

ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Οι υπογράφουσες φοιτήτριες του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου Κρήτης, δηλώνουμε υπεύθυνα ότι αυτή η εργασία με τίτλο:

«Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

είναι προϊόν δικής μας δουλειάς και όλες οι πηγές αναφέρονται αναλυτικά στη βιβλιογραφία. Δεν χρησιμοποιήθηκε καμία εξωτερική μη αδειοδοτημένη βοήθεια και δεν έχει αξιολογηθεί από κανέναν, ούτε έχει δημοσιευτεί μέρος της ή στο σύνολό της.

Ζίρκα Εμιλιάννα-Ελπίδα



Μαριστάνογλου Ειρήνη-Μαρκέλλα



Ξάφη Ιουλία



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ενσυναίσθηση είναι η αναγνώριση συναισθημάτων ενός ανθρώπου από κάποιον άλλον. Όταν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας λειτουργούν με αυτήν, είναι ευκολότερο να αναπτυχθεί μια υγιής σταθερή θεραπευτική σχέση. Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να διερευνηθεί ή έννοια της ενσυναίσθησης από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η εφαρμογή της στη θεραπευτική σχέση και οι παράγοντες που επιδρούν θετικά ή αρνητικά στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης.

Μεθοδολογία: Η έρευνα ήταν ποιοτική και σε αυτήν συμμετείχαν 15 επαγγελματίες οι οποίοι εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας για τουλάχιστον 2 χρόνια και ανήκουν στις ειδικότητες του ψυχολόγου, του ψυχιάτρου ή του κοινωνικού λειτουργού.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψαν οι πέντε παρακάτω θεματικοί άξονες: 1) Η έννοια της ενσυναίσθησης και τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών, 2) Οφέλη και εμπόδια της ενσυναίσθησης, 3) Εφαρμογή της ενσυναίσθησης, 4) Η ενσυναίσθηση σε καταστάσεις κρίσης και 5) Παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Η ενσυναίσθηση για τους επαγγελματίες είναι το να προσπαθούν να μπαίνουν στη θέση του εξυπηρετούμενου, να τον ακούν προσεκτικά, κατανοώντας τα κίνητρα και τη συμπεριφορά του. Ένας επαγγελματίας που λειτουργεί ενσυναισθητικά, δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και ο ασθενής εκφράζεται ευκολότερα. Βέβαια, οι επαγγελματίες αντιμετωπίζουν και δυσκολίες όπως ο φόρτος εργασίας και οι προκαταλήψεις. Σε κάθε στάδιο της θεραπευτικής σχέσης, υπάρχουν βήματα που πρέπει να ακολουθούνται για την καλή εξέλιξη της θεραπείας. Παράγοντες που επιδρούν θετικά στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης είναι η πρακτική άσκηση και η εποπτεία, ενώ αρνητικά ο φόρτος εργασίας και η απουσία φορέων υποστήριξης των επαγγελματιών.

Συμπεράσματα: Από την συγκεκριμένη έρευνα προέκυψε ότι κάθε επαγγελματίας θα εστιάσει σε διαφορετική δυσκολία ανάλογη της ειδικότητας του, καθώς και το να λειτουργεί κανείς με ενσυναίσθηση μπορεί να βοηθήσει πολύ στο να εκφράζεται πιο ελεύθερα και χωρίς δισταγμούς ο εξυπηρετούμενος, εδραιώνοντας έτσι την

θεραπευτική σχέση. Ακόμη, ο φόρτος εργασίας καθώς και γενικότερα η επαγγελματική εξουθένωση είναι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την παροχή υπηρεσιών με γνώμονα την ενσυναίσθηση.

Λέξεις-Κλειδιά: Ενσυναίσθηση, Επαγγελματίες, Ψυχική Υγεία, Ποιοτική Έρευνα

ABSTRACT

Introduction: Empathy is the recognition of one person's feelings by another. When mental health professionals work with her, it is easier to develop a healthy, stable therapeutic relationship. The purpose of this research was to investigate the concept of empathy by mental health, its application in the therapeutic relationship and the factors that positively or negatively affect the development of empathy.

Methodology: The research was qualitative and involved 15 professionals who work in the field of mental health for at least 2 years and belong to the specialties of psychologist, psychiatrist or social worker.

Results: The analysis of the interviews revealed the following five themes: 1) The concept of empathy and the characteristics of professionals, 2) Benefits and obstacles of empathy, 3) Application of empathy, 4) Empathy in crisis situations and 5) Factors that positively or negatively affect the development of empathy. The empathy for professionals is to try to put themselves in the position of the customer, to listen to him carefully, understanding his motivations and behavior. A professional who works empathetically, creates a sense of security and the patient expresses himself more easily. Of course, professionals also face difficulties such as workload and prejudices. At each stage of the therapeutic relationship, there are steps that must be followed for the good progress of the treatment. Factors that positively affect the development of empathy are practice and supervision, while negatively the workload and the absence of professional support bodies.

Conclusions: The specific research showed that each professional will focus on a different difficulty depending on his specialty, as well as working with empathy can help a lot to express more freely and without hesitation the client, thus consolidating the therapeutic relationship. Furthermore, workload as well as burnout in general are factors that negatively affect the provision of services based on empathy.

Keywords: Empathy, Professionals, Mental Health, Quality Research

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτρια μας και επιβλέπουσα της εργασίας μας κυρία Κουκούλη Σοφία για την καθοδήγηση, τη στήριξη και την εμπιστοσύνη που μας έδειξε καθ' όλη την διάρκεια υλοποίησης της πτυχιακής μας εργασίας. Επιπλέον, θέλουμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια μας κυρία Μουδάτσου Μαρία που στάθηκε συνοδοιπόρος σε αυτή μας την προσπάθεια και ήταν δίπλα μας κάθε στιγμή που τη χρειαστήκαμε, μεταλαμπαδεύοντάς μας τις γνώσεις και τις ιδέες της. Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που δέχτηκαν να συνεργαστούν μαζί μας και να μας παραχωρήσουν συνεντεύξεις. Ακόμη ένας σημαντικός αρωγός στην προσπάθειά μας είναι η οικογένεια μας που μας στήριξε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας. Τέλος, επιθυμούμε να ευχαριστήσουμε η μια την άλλη για την ομαδικότητα και τη συνεργασία που δείξαμε για να καταφέρουμε να φέρουμε εις πέρας την συγγραφή αυτής της εργασίας γιατί προσπαθήσαμε να κινητοποιήσουμε και να δώσουμε δύναμη η μία στην άλλη.

Πίνακας περιεχομένων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΜΕΡΟΣ Α'	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	14
1.1. <i>Εννοιολογικά στοιχεία</i>	14
1.2 <i>Ιστορική αναδρομή</i>	17
1.3 <i>Προϋποθέσεις πρακτικής της ενσυναίσθησης</i>	20
1.4 <i>Διαστάσεις Ενσυναίσθησης</i>	21
1.4.1 <i>Συναισθηματική – Θυμική ενσυναίσθηση</i>	22
1.4.2 <i>Γνωστική ενσυναίσθηση</i>	23
1.4.3 <i>Συνύπαρξη γνωστικής – συναισθηματικής ενσυναίσθησης</i>	24
1.4.4 <i>Επικοινωνιακή διάσταση της ενσυναίσθησης</i>	25
1.4.5 <i>Θεραπευτική διάσταση ενσυναίσθησης</i>	26
1.4.6 <i>Πολιτισμική διάσταση</i>	27
1.4.7 <i>Πολυδιάστατη φύση της ενσυναίσθησης</i>	28
1.5 <i>Επίπεδα Ενσυναίσθησης</i>	28
1.5.1 <i>Παράγοντες που επηρεάζουν την Ενσυναίσθηση</i>	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	33
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	33
2.1 <i>Η σημασία της ενσυναίσθησης στον τομέα της υγείας</i>	33
2.2 <i>Η ιδιαιτερότητα της ενσυναίσθησης στον τομέα της ψυχικής υγείας</i>	36
2.3 <i>Δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους</i>	37
2.4 <i>Ανάγκες που πρέπει να καλύψουν οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους</i>	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	44
ΕΜΠΟΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ	44
3.1 <i>Υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα</i>	44
3.2 <i>Προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας</i>	48
3.3 <i>Οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας</i>	50
3.4 <i>Επαγγελματική Εξουθένωση</i>	51
3.4.1. <i>Ορισμός και στάδια</i>	51
3.4.2 <i>Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης</i>	53
3.4.3 <i>Ποιοι είναι οι λόγοι που συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση και</i>	

<i>ποια τα αποτελέσματα</i>	56
3.4.4. <i>Τα συμπτώματα της σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας</i>	58
ΜΕΡΟΣ Β'	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	61
5.1 <i>Σκοπός και στόχοι μελέτης</i>	61
5.2 <i>Μέθοδος: Ποιοτική Προσέγγιση</i>	61
5.3 <i>Μέθοδος Συλλογής Στοιχείων-Εργαλείο Έρευνας</i>	62
5.4 <i>Επιλογή Δείγματος</i>	62
5.5 <i>Θεματικοί Άξονες</i>	63
5.6 <i>Δυσκολίες κατά τη διεξαγωγή της έρευνας</i>	65
5.7 <i>Ανάλυση περιεχομένου</i>	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	67
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	67
6.1 <i>Έννοια της ενσυναίσθησης και χαρακτηριστικά επαγγελματιών</i>	72
6.2 <i>Οφέλη και εμπόδια ενσυναίσθησης</i>	76
6.3 <i>Εφαρμογή της ενσυναίσθησης</i>	78
6.4 <i>Ενσυναίσθηση σε καταστάσεις κρίσης</i>	81
6.5 <i>Παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης</i>	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	86
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	98

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στα πλαίσια του προγράμματος προπτυχιακών σπουδών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, της σχολής Επαγγελματών Υγείας, του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου που εδρεύει στο Ηράκλειο, πραγματοποιήθηκε η παρούσα πτυχιακή εργασία. Η συγκεκριμένη πτυχιακή διερευνά την ενσυναίσθηση σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να διερευνήσουμε τι ορίζουν οι επαγγελματίες υγείας ως ενσυναίσθηση και τον βαθμό στον οποίο εφαρμόζεται από τους εργαζόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας, είτε σε δημόσιους, είτε σε ιδιωτικούς φορείς. Από τη μία, θα ερευνήσουμε τον ρόλο της ενσυναίσθησης και κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) την χρησιμοποιούν καθ' όλη την διάρκεια της συνεργασίας τους με τους εξυπηρετούμενους, οι οποίοι στην περίπτωσή μας θα είναι αποδέκτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Από την άλλη, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τη σημασία της ενσυναίσθησης για τον ασθενή και τη θεραπευτική διαδικασία, καθώς και τα εμπόδια που συναντούν οι επαγγελματίες στην εφαρμογή της στην καθημερινή πρακτική. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να διαπιστωθούν οι διαφορές που τυχόν διαπιστώνονται μεταξύ επαγγελματιών ή κατηγοριών ασθενών στην εφαρμογή της. Τέλος, επιλέξαμε να ασχοληθούμε τόσο με δημόσιους όσο και με ιδιωτικούς φορείς καθώς θα θέλαμε να έχουμε μια εμπειριστατωμένη άποψη όσον αφορά στο θέμα αυτό, να διαπιστώσουμε εάν υπάρχουν διαφορές στον τρόπο χειρισμού των εξυπηρετούμενων. Το κίνητρο μας για αυτήν την έρευνα ήταν να διαπιστώσουμε κατά πόσο σημαντική η ενσυναίσθηση στον τομέα της ψυχικής υγείας και πως μπορεί να την χρησιμοποιήσει ένας επαγγελματίας έτσι ώστε να έχει αποτέλεσμα στην θεραπεία, στην συμβουλευτική και στην αποκατάσταση ενός εξυπηρετούμενου αλλά και πόσο βοηθάει τόσο τον ίδιο όσο και τα μέλη με τα όποια εργάζεται. Η παρούσα πτυχιακή εργασία χωρίζεται σε δυο κύρια μέρη: το θεωρητικό μέρος και το ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος απαρτίζεται από τρία κεφάλαια, τα οποία με τη σειρά τους αποτελούνται από επί μέρους υποκεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται σε εννοιολογικά στοιχεία, στην ιστορική αναδρομή, στη ενσυναίσθηση ως τεχνική, στα είδη και στα επίπεδα της ενσυναίσθησης καθώς και στους παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση. Το δεύτερο κεφάλαιο ασχολείται με τον ρόλο της ενσυναίσθησης στο χώρο της

υγείας και της ψυχικής υγείας και *απαρτίζεται από τέσσερις υποενότητες οι οποίες είναι α) η σημασία της ενσυναίσθησης στον τομέα της υγείας β) η ιδιαιτερότητα της ενσυναίσθησης στον τομέα της ψυχικής υγείας γ) οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους δ) και οι ανάγκες που πρέπει να καλύψουν οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους.* Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται τα εμπόδια για την εφαρμογή της ενσυναίσθησης στην καθημερινή πρακτική και χωρίζεται σε δυο υποενότητες. Η πρώτη υποενότητα περιγράφει τις *συνθήκες εργασίας στις υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας :α) τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, β)τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και γ) την οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.* Η δεύτερη υποενότητα περιγράφει την *Επαγγελματική Εξουθένωση: α) ορισμός και στάδια β)θεωρητικά μοντέλα γ)παράγοντες που συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση και ποιες οι συνέπειές της δ)τα συμπτώματά της σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας ε)διαφοροποίηση επαγγελματικού στρες και εξουθένωσης ζ)προγράμματα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της.* Μέσα από την βιβλιογραφική μας ανασκόπηση διαπιστώσαμε ότι είναι σημαντικό να εξεταστεί ο ρόλος της στην συμβουλευτική και στην ψυχοθεραπεία σε επαγγελματίες που ασχολούνται με την ψυχική υγεία. Αναφορικά με τη μελέτη της βιβλιογραφίας ο Rogers περιγράφοντας την ενσυναίσθηση, υποστήριξε ότι αποτελείται από τρία στοιχεία : ένα θυμικό (ευαισθησία), ένα γνωστικό (παρατήρηση και πνευματική διεργασία) και τέλος ένα επικοινωνιακό (αντίδραση - απάντηση του θεραπευτή). Σημαντικό είναι να τονιστεί ότι η ενσυναίσθηση θεωρείται από πολλούς ως μία διαπροσωπική διεργασία η οποία έχει πολλά διαφορετικά επίπεδα, τα οποία συνήθως επηρεάζονται από προσωπικούς αναπτυξιακούς και κοινωνικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, ο Rogers αναγνώρισε δύο κυρίως επίπεδα α) την προσωρινή βίωση της ζωής του πελάτη του και β) την επικοινωνία (μεταβίβαση) στο συμβουλευόμενο αυτής της διεξόδου στο νόημα της ζωής του. Από τους παραπάνω ορισμούς προκύπτει ότι η ενσυναίσθηση διακρίνεται από μια γνωστική, μια συναισθηματική, και μια επικοινωνιακή διάσταση. Η γνωστική διάσταση συνδέεται με το στοιχείο της κατανόησης, του πως αισθάνεται ο ασθενής, ενώ η συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης συνδέεται με την συναισθηματική επικοινωνία, την συναισθηματική επαφή συμβούλου-ασθενή.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, εφόσον η έρευνά μας θα εστιάζει σε επαγγελματίες που εργάζονται με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, πρέπει αυτή να

οριστεί. Η ψυχική ασθένεια έχει μια διττή σημασία, καθώς αναφέρεται τόσο σε σκέψεις όσο και σε συμπεριφορές. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν δυσκολίες επικοινωνίας ή ανάπτυξης σχέσεων με άλλους ανθρώπους σε μικρό ή μεγάλο βαθμό. Η θεραπεία της ψυχικής ασθένειας στην εποχή μας ποικίλλει, και σε αρκετές περιπτώσεις εστιάζει στην καταστολή, καθώς η πλήρης ίαση είναι αδύνατη, με βασικούς πυλώνες την ψυχοθεραπεία και την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Οι ψυχικές ασθένειες συχνά σχετίζονται με θλίψη ή ανικανότητα σε κοινωνικές, επαγγελματικές ή άλλες σημαντικές δραστηριότητες. Μια αναμενόμενη ή πολιτισμικά αποδεκτή αντίδραση σε μια στρεσογόνο κατάσταση ή μια απώλεια, όπως ο θάνατος κοντινών ατόμων, δεν θεωρείται ψυχική διαταραχή. Κοινωνικά αποκλίνουσα συμπεριφορά (πολιτικού, θρησκευτικού ή σεξουαλικού περιεχομένου) και αντιπαράθεσεις μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας δεν θεωρούνται ψυχικές διαταραχές, εκτός των περιπτώσεων όπου η απόκλιση ή η αντιπαράθεση προέρχεται από μια δυσλειτουργία του ατόμου, όπως αυτές που περιγράφηκαν παραπάνω». Η ενσυναίσθηση αποτελεί μια δεξιότητα την οποία θα πρέπει να διαθέτουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, αφού έχει αποδειχθεί μετά από έρευνες, πως γιατροί και γενικά επαγγελματίες υγείας με ανεπτυγμένα επίπεδα ενσυναίσθησης επιδρούσαν θετικά και στην κλινική εικόνα των ασθενών τους (Hojat, 2011). Η ενσυναίσθηση δεν είναι απλά ένα συστατικό-κλειδί των διαπροσωπικών σχέσεων και δεξιότητα επικοινωνίας, θεωρείται ως απαραίτητη ιδιότητα για έναν επαγγελματία φροντίδας υγείας (Hojat, 2007 & Segrin, 2012). Στις ψυχοθεραπείες, οι ασθενείς με θετική στάση που αλληλεπιδρούν με ένα ζεστό και γνήσιο θεραπευτή (θεραπευτική συμμαχία) έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κλινική βελτίωση, ανεξάρτητα από τις μεθόδους του θεραπευτή. Επίσης βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συγκριτικά με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν σε γενικές γραμμές παρόμοια στάση και ένα παρόμοιο βαθμό ενσυναίσθησης προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές (Gatershill et al, 2011). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έδειξαν πιο θετική στάση από τους άλλους επαγγελματίες υγείας στην αντιμετώπιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές και εξέφρασαν την επιθυμία να τους βοηθήσουν. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με την αυξημένη επαφή που έχουν με τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και, φυσικά, το γεγονός ότι η φροντίδα ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι το κύριο έργο τους. Αντίθετα, επαγγελματίες υγείας που δεν εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας θεωρούν τα άτομα με

ψυχικές διαταραχές ως σημαντικά πιο επικίνδυνα και απρόβλεπτα από ό,τι η ομάδα ψυχικής υγείας (Gateshill, Kucharska-Pietura & Wattis, 2011).

Σήμερα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να βρουν νέους και διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης της οικογενείας, γιατί η οικογένεια του ψυχικά αρρώστου έχει ανάγκη από:

- υπεύθυνη ενημέρωση, για να κατανοήσει την ψυχική διαταραχή και τις σύγχρονες θεραπείες
- εκπαίδευση, για να αποκτήσει δεξιότητες ούτως ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της αρρώστιας και να επιλύει αποτελεσματικά τα προβλήματα και τις δυσκολίες
- υποστήριξη, πρακτική και συναισθηματική, για να αντιπαλέψει τα συναισθήματα της απομόνωσης και του στίγματος (Οικονόμου, 2007).

Η ψυχική ασθένεια και ιδίως αυτή που χαρακτηρίζεται ως σοβαρή και χρόνια, έχει δυσμενείς και πολλές φορές αποδιοργανωτικές συνέπειες στον ίδιο τον άρρωστο αλλά παράλληλα έχει και διαλυτικές επιπτώσεις στην οικογένεια, μιας και επηρεάζει όλες τις πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής ζωής της οικογένειας και αποδιαρθρώνει τις οικογενειακές σχέσεις και την οικογενειακή ατμόσφαιρα. Πολλά και ποικίλα είναι τα συναισθήματα που νοιώθουν τα μέλη μιας οικογένειας, όταν μαθαίνουν ότι ένα αγαπημένο πρόσωπο πάσχει από μια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Είναι δύσκολο να αποδεχθούν την αλήθεια και να συμφιλιωθούν με τη νέα πραγματικότητα. Νοιώθουν ότι γκρεμίζονται οι προσδοκίες και τα όνειρα που είχαν κτίσει για το μέλλον του αγαπημένου τους προσώπου. Σ' αυτό το κλίμα αναπτύσσονται συναισθήματα ματαιώσης και απογοήτευσης, ενοχής και ντροπής, άγχους και φόβου, δυσαρέσκειας και οργής, πικρίας, θλίψης και απελπισίας. Η αντίδραση της κοινότητας απέναντι στην παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και κυρίως σε αυτή που εμφανίζεται στα πλαίσια μιας σοβαρής ψυχικής αρρώστιας, είναι εξαιρετικά στιγματιστική και οδηγεί συχνά στην απόρριψη, την ετικετοποίηση, την περιθωριοποίηση και την απομόνωση (Οικονόμου, 2007).

Είναι ήδη σαφές από όλα τα παραπάνω ότι η ενσυναίσθηση είναι βασική δεξιότητα που πρέπει να εφαρμόζει ένας/μια κοινωνικός/ή λειτουργός είτε ασχολείται με τον τομέα της ψυχικής υγείας, είτε με οποιονδήποτε άλλο τομέα, γι' αυτό και διδάσκεται στην σχολή της κοινωνικής εργασίας. Είναι όμως σημαντικό να γνωρίζουμε εάν αυτό συμβαίνει στην πραγματικότητα, αλλά και εάν εφαρμόζεται και από τους υπόλοιπους επαγγελματίες

υγείας, μιας και η έννοια της ενσυναίσθησης δεν αφορά μόνο κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους ή ψυχιάτρους, αλλά και άλλους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας. Όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, αποτέλεσαν το κίνητρό μας για την εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας με θέμα την ενσυναίσθηση. Επιπλέον κίνητρο αποτέλεσε το γεγονός ότι ενώ έχουν γίνει στην Ελλάδα κάποιες έρευνες που αφορούν σε αυτήν, δεν έχει πραγματοποιηθεί καμία με αντίστοιχο περιεχόμενο που να εμπλέκει όλους τους επαγγελματίες υγείας, και συγκεκριμένα όλοι τους να έχουν εργαστεί στον χώρο της ψυχικής υγείας. Καθώς το ζήτημα της ενσυναίσθησης είναι βαρύνουσας σημασίας για τους κοινωνικούς λειτουργούς, μέσα από την πτυχιακή αυτή εργασία, θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε το εάν και πόσο εφαρμόζεται, τόσο από κοινωνικούς λειτουργούς, όσο και από άλλους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, ψυχιάτρους, νοσηλευτές και παθολόγους). Ο βαθμός στον οποίο χρησιμοποιείται από όλους τους παραπάνω επαγγελματίες, παίζει καθοριστικό ρόλο στις σχέσεις τους με τους εξυπηρετούμενους-πελάτες, και στην αποκατάσταση και θεραπεία των τελευταίων. Με βάση όλα τα παραπάνω χωρίσαμε και το ερευνητικό μέρος όπου γίνεται η ανάλυση και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Με λίγα λόγια γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων και αναφέρονται οι περιορισμοί της έρευνας. Οι ενότητες με τις οποίες ασχοληθήκαμε είναι: α) Η έννοια της ενσυναίσθησης και χαρακτηριστικά επαγγελματιών β)οφέλη και εμπόδια ενσυναίσθησης γ)εφαρμογή της ενσυναίσθησης δ)ενσυναίσθηση σε καταστάσεις κρίσεις ε) παράγοντες που συμβάλουν στην εξέλιξη της ενσυναίσθησης. Στο τελευταίο κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα της έρευνας και η πιθανή αξιοποίησή τους.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

1.1. Εννοιολογικά στοιχεία

Η ανάλυση της έννοιας της ενσυναίσθησης από την επιστημονική κοινότητα δημιουργεί έντονες συζητήσεις αλλά και τεράστιες συγχύσεις. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό οφείλεται στη σύνθετη και πολυδιάστατη έννοια της που δύσκολα ορίζεται, μετριέται μια και το νόημά της συνεχώς εξελίσσεται (Hojat&LaNoue, 2014, Mercer & Reynolds, 2002, Stepien & Baernstein, 2006). Σύμφωνα με τον Carl Rogers, που ήταν και ένας από τους πιο βασικούς υποστηρικτές της ενσυναίσθησης, θεωρεί ότι είναι «μια από τις πιο σημαντικότερες ικανότητες που θα πρέπει να διαθέτει όποιος ενδιαφέρεται να βοηθήσει ψυχολογικά έναν άλλον άνθρωπο» (Μαλικιώζη, 2003).

Μετά από αυτήν την πιο πάνω προεισαγωγή, σημαντικό ρόλο στην κατανόησή της παρείχαν οι Η. Kohut και C. Rogers. Σύμφωνα με τον Η. Kohut η ενσυναίσθηση ορίστηκε ως «ετεροενδοσκόπηση» (Σταλίκας & Χαμόδρακα, 2004). Η ενσυναίσθηση στο χώρο της ψυχανάλυσης έχει προέχουσα θέση, μια και ο ίδιος, όντας ιδρυτής της πελατοκεντρικής θεωρίας, έδωσε ιδιαίτερη έμφαση.

Η ενσυναίσθηση κατά τον Carl Rogers (1957) είναι μία από τις «απαραίτητες και επαρκείς προϋποθέσεις για θεραπευτική αλλαγή της προσωπικότητας». «Ο θεραπευτής έχει την ικανότητα», λέει ο Rogers, «να αισθάνεται τον εσωτερικό κόσμο του πελάτη σαν να ήταν δικός του, αλλά χωρίς ταυτόχρονα αυτός να χάνει την «σαν να» ιδιότητα του». Βάσει αυτής της τοποθέτησης, ο θεραπευτής πρέπει μεν να βιώσει τα συναισθήματα του πελάτη του «σαν να» ήταν δικά του, αλλά να μη ταυτίζεται με αυτά. Στην πορεία όμως ο Rogers άλλαξε λίγο αυτή την τοποθέτησή του και διατύπωσε ότι ο θεραπευτής προσωρινά μπαίνει στη θέση του άλλου χωρίς όμως να ασκεί κριτική, μοναδικός του σκοπός είναι η κατανόηση των εμπειριών και των συναισθημάτων που κατακλύζουν τον πελάτη.

Εκτός από τον Roger, υπήρξαν και άλλοι μελετητές που διατύπωσαν διάφορους ορισμούς για την ενσυναίσθηση.

Αναφέρουμε μερικούς, σύμφωνα με τους Salovey & Mayer (1990) η ενσυναίσθηση είναι μία θεμελιώδη ανθρώπινη ικανότητα που απαρτίζεται από α) την αυτογνωσία, β) τον συναισθηματικό έλεγχο, γ) την αυτό-ενεργοποίηση και δ) τον χειρισμό σχέσεων. Αντίστοιχα σύμφωνα με τους Goldstein και Michael (1985) θεωρούν ότι με την ενσυναίσθηση το άτομο ευαισθητοποιείται στον μέγιστο βαθμό όσον αφορά τη συναισθηματική κατάσταση του άλλου και έτσι μπορεί να προχωρήσει βαθύτερα στις επιμέρους διαδικασίες της συναισθηματικής αντίληψης της γνωστικής ανάλυσης και της ακριβούς ανατροφοδότησης.

Σύμφωνα με έναν άλλο μελετητή-ερευνητή, τον Adler υποστηρίζει ότι ενσυναίσθηση είναι «το να μπορούμε να βλέπουμε με τα μάτια του και να ακούμε με τα αυτιά του», όπως αναφέρουν οι Σταλίκας & Χαμόδρακα (σ.172, 2004), ένας άλλος μελετητής, ο Mead την ορίζει σαν «την ικανότητα να παίρνει κανείς το ρόλο του άλλου και να υιοθετεί εναλλακτικές προοπτικές σχετικά με τον εαυτό του». Ένας άλλος μελετητής, ο Piaget, θεωρούσε την ενσυναίσθηση, «σαν μια γνωστική διεργασία που σχετίζεται με την «απελευθέρωση» ενός ατόμου από την δική του οπτική των πραγμάτων και την δυνατότητα του να μπει στη θέση του άλλου» (<http://neuroskoki.pl/en/empathy-in-children-piaget-was-notright>). Πάντα σύμφωνα με τον Piaget, πίστευε ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να αποκτηθεί στην ηλικία των 7 – 12 ετών (Σταλίκας και Χαμοδράκα, 2004).

Παρατηρούμε ότι οι εννοιολογικοί όροι σχετικά με την ενσυναίσθηση είναι πολυάριθμοι, υπάρχει λοιπόν «μια υπεραφθονία λειτουργικών ορισμών» όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Decety & Moriguchi (2007). Εκτός του ότι οι ορισμοί είναι πολυάριθμοι δεν υπάρχει και μια συμφωνία μεταξύ των μελετητών-ερευνητών. Και αυτό είναι κάτι το φυσιολογικό, καθώς υπάρχει εξέλιξη, οι γνώσεις διευρύνονται και συλλέγονται νέα στοιχεία. Παράδειγμα αυτής της «ασυμφωνίας» αποτελεί η άποψη που είχε διατυπωθεί από τον Hoffman (1975), ο οποίος όριζε σαν ενσυναίσθηση «τη γνωστική επίγνωση της εσωτερικής κατάστασης ενός άλλου προσώπου και την αυθόρμητη συναισθηματική ανταπόκριση προς αυτό». Και ο ίδιος το 2000 διατύπωνε ότι η ενσυναίσθηση είναι μια συναισθηματική ανταπόκριση περισσότερο κατάλληλη για τον άλλο από ότι για τον ίδιο.

Ο Bachrach το 1976 υποστηρίζει ότι «η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα του θεραπευτή να μπορεί να ακολουθήσει το πλαίσιο αναφοράς του πελάτη», ο Hogan το 1969 ορίζει την ενσυναίσθηση «ως την κατανόηση των αισθημάτων και των σχέσεων των ψυχικών καταστάσεων του άλλου ατόμου, θεωρώντας ότι η ανάπτυξή της

σχετίζεται με τέσσερις παράγοντες: την νοημοσύνη, την ικανότητα για αφομοίωση ξένων προοπτικών, τα ατομικά χαρακτηριστικά και με την απουσία μηχανισμών στο άτομο που εμποδίζουν το άνοιγμά του σε εσωτερικές εμπειρίες». Η διατύπωση ορισμών συνεχίζονται και από άλλους ερευνητές, ο Barker το 2003 θεώρησε ως ενσυναίσθηση «την προσπάθεια του θεραπευτή να μπει στο πλαίσιο αναφοράς του πελάτη και να προσπαθήσει να βιώσει τα ίδια συναισθήματα με αυτόν, ώστε τελικά να γίνει μέρος του εσωτερικού κόσμου του» (Τσίτσας, 2009).

Ο Coutu το 1951, θεωρεί «ότι η ενσυναίσθηση είναι μια διαδικασία κατά την οποία κάποιος ταυτίζεται συναισθηματικά, δηλαδή νιώθει ότι είναι κάποιος άλλος για μια στιγμή, και κατά συνέπεια έτσι μπορεί να κατανοήσει, αλλά και να εξηγήσει τη συμπεριφορά του άλλου για κάποια συγκεκριμένη χρονική στιγμή». Ο Freud το 1921, θεωρεί «ότι η ενσυναίσθηση είναι καθοριστική για την κατανόηση αυτού που είναι ξένο σε εμάς» και ο χορός ως προς τους ορισμούς για την ενσυναίσθηση «καλά κρατεί» ο Zinn το 1993, περιγράφει την ενσυναίσθηση «σαν μία διαδικασία η οποία βιώνεται συναισθηματικά, ή με σκέψεις και συμπεριφορές άλλων» (Σταλίκας και Χαμοδράκα, 2004).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τη Hollin το 1994, «η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα να βλέπεις τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένου της συμπεριφοράς κάποιου, μέσα από την οπτική πλευρά ενός άλλου ατόμου», ενώ οι Eisenberg και Strayer το 1987, ισχυρίστηκαν ότι «ενσυναίσθηση είναι η συναισθηματική απόκριση που προέρχεται από την συναισθηματική κατάσταση του άλλου και η οποία είναι σύμφωνη με την συναισθηματική κατάσταση του άλλου» (Smith, 2006).

Σύμφωνα με το ψυχολόγο C. Daniel Batson (Batson, Ahmad, Lishner & Tsang, 2016), η ενσυναίσθηση έχει οκτώ διαφορετικές χρήσεις ως απόρροια στην ψυχολογική, φιλοσοφική και νευροεπιστημονική βιβλιογραφία.

1. Είναι η γνωριμία του εσωτερικού κόσμου ενός άλλου ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των σκέψεων και των συναισθημάτων του.
2. Είναι η υιοθέτηση της στάσης ή η αντιστοίχιση των νευρωνικών απαντήσεων ενός άλλου παρατηρούμενου
3. Είναι η αίσθηση του πώς αισθάνεται ένα άλλο άτομο
4. Είναι το ενδιαφέρον ή προβολή του εαυτού στην κατάσταση του άλλου
5. Είναι η σκέψη για το πώς σκέφτεται και αισθάνεται ένας άλλος
6. Είναι η σκέψη για το πώς θα σκεφτόταν και θα αισθανόταν ένας άλλος
7. Είναι το αίσθημα κακουχίας σύμφωνα με τη μαρτυρία του άλλου προσώπου

8. Είναι το αίσθημα κακουχίας για άλλο άτομο που πάσχει

Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες Ελλήνων – μελετητών υποστηρίζουν ότι η ενσυναίσθηση είναι: «η ικανότητα του συμβούλου να ακούει με ακρίβεια, να αισθάνεται τον εμπειρικό κόσμο του άλλου ατόμου και να αντιλαμβάνεται το πρόβλημα του συμβουλευόμενου, ανακόπτοντας τις σκέψεις και τα συναισθήματα που πηγάζουν από το δικό του γνωστικό, συναισθηματικό, κοινωνικοοικονομικό και ψυχικό περιβάλλον. Πρόκειται για μια διαδικασία που εμπεριέχει αρκετές δυσκολίες, αφού αφορά το φαινομενολογικό κόσμο κάθε ανθρώπου», σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο (2000)

Σύμφωνα με τη Μαλικιώση-Λοΐζου (2003), «ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα της εμπίωσης (εμβίω= ζω εν τινι) της κατάστασης του άλλου, είναι η ικανότητα της κατανόησης και του μοιράσματος των συγκινήσεων, των σκέψεων και της συμπεριφοράς του άλλου ατόμου» και προσθέτει ότι «δηλώνει συναισθηματική συμμετοχή». Πάντα με την ίδια ερευνήτρια η ενσυναίσθηση «είναι μια στάση και επιδεικνύεται μέσα από τη συμπεριφορά που τηρεί κάποιος απέναντι σε έναν άλλο». Τέλος, ένας ακόμα ορισμός είναι: «η επίγνωση και η διορατικότητα για τα αισθήματα, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά ενός άλλου ατόμου καθώς και για το νόημα και τη σημασία τους». Δεν είναι το ίδιο με τη συμπάθεια, η οποία συνήθως είναι μη αντικειμενική και μη κριτική. (<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/ensynaisthisi.html>)

Εν κατακλείδι, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να ταυτίσουμε τον όρο ενσυναίσθηση με τον όρο συμπάθεια. Μια τέτοια περίπτωση είναι λανθασμένη, καθώς «η έννοια της συμπάθειας περικλείει στοιχεία όπως οίκτο, συλλύπηση και/ ή συμφωνία, κανένα από τα οποία δεν χαρακτηρίζει την ενσυναίσθηση»(Ehmann,1971 όπως αναφέρεται στους Σταλικά & Χαμοδράκα,2004).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Τι εννοούμε λέγοντας ενσυναίσθηση; Από που προέρχεται ο όρος της, ποια είναι η ετυμολογία της; Ερωτήματα που ίσως να ακούγονται περίπλοκα, ή και να μας μπερδεύουν. Τίποτα απ' όλα αυτά μιας και θα προσπαθήσουμε να τα εξηγήσουμε και να αναλύσουμε όσο πιο απλοϊκά γίνεται.

Από την εποχή του Αριστοτέλη, γίνεται αναφορά στον όρο «ενσυναίσθηση», ο φιλόσοφος παρουσίαζε μια κατάσταση που έμοιαζε με την ενσυναίσθηση και την ανέφερε στα Ηθικά Νικομάχεια, ήταν η έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης. Οι ορισμοί που έχουν δοθεί για την ενσυναίσθηση ποικίλουν ανάλογα με τον κύκλο των επιστημονικών και μη επιστημονικών κλάδων.

Στις αρχές της δεκαετίας του 19^{ου} έως τον 20 αιώνα η ενσυναίσθηση ήταν «το μέσο για την απόκτηση της γνώσης των συναισθημάτων των άλλων και ως η μέθοδος που ταιριάζει απόλυτα στις ανθρωπιστικές επιστήμες». Στο δεύτερο μισό του περασμένου αιώνα, οι ψυχολόγοι αρχίζουν να μελετούν τον όρο ενσυναίσθηση και κυρίως οι κοινωνικοί ψυχολόγοι θεωρούν ότι είναι ένα φαινόμενο που προκαλεί αιτιακή εμπλοκή στη δημιουργία φιλοσοφικών στάσεων και συμπεριφοράς σύμφωνα με τους Duan & Hill, 1996. Η ενσυναίσθηση φέρνει τους ανθρώπους κοντά, αφού σύμφωνα με τους ρομαντικούς διανοητές Herder και Novalis η ενσυναίσθηση βοηθά τους ανθρώπους να επικοινωνούν με τη φύση ως ζωτικής σημασίας αντίδοτο στη μοντέρνα επιστημονική άποψη της απλής κατάτμησης της φύσης στα συστατικά της στοιχεία (Stueber, Karsten, 2016).

Το 1909 ο Βρετανός ψυχολόγος Edward Brandford Titchener (1867-1927) εισήγαγε τον όρο «ενσυναίσθηση» στην αγγλική γλώσσα για την Experimental Psychology of the Thought Processes, ο οποίος ήταν μετάφραση του γερμανικού όρου "Einfühlung", που σήμαινε στην κυριολεξία «ότι αισθάνομαι μέσα σε κάποιον/κάτι, ότι δηλαδή το άτομο αυτοπαρουσιάζεται σε άλλα άτομα ή αντικείμενα τα οποία μπορεί ο ίδιος να αντιληφθεί» (Wispe, 1986). Συνεπώς, το άτομο ταυτίζεται συναισθηματικά και μπορεί να κατανοήσει καλύτερα το άλλο άτομο ή αντικείμενο (Σταλίκας και Χαμοδράκα, 2004). Μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα διάφοροι γερμανικοί φιλοσοφικοί κύκλοι αναφερόταν στη διαδικασία λέγοντας ότι μπορούν οι συνομιλητές να μπουν στη θέση του άλλου και να αναπτύσσουν αμοιβαία κατανόηση και εμπιστοσύνη. Ο Robert Vischer το 1873 ήταν ο πρώτος που εισήγαγε τον όρο "Einfühlung" με μια πιο τεχνική έννοια: μια συμβολή στην αισθητική (Σταλίκας και Χαμοδράκα, 2004) (http://www.educircle.gr/periodiko/images/teuxos/2015/teuxos3/3_3_6.pdf).

Για πρώτη φορά ο όρος χρησιμοποιήθηκε το 1897 από τον Γερμανό ψυχολόγο Theodore Lipps. Ο ίδιος χρησιμοποίησε τη λέξη «Einfühlung», Eih-fuhlung (ein=

εντός (εν-), μέσα + Fuhlung = συναίσθημα) για να περιγράψει τη ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου που χάνει την αυτοσυναίσθησή του και ταυτόχρονα επηρεάζεται από πτυχές ενός γεγονότος, ενός προσώπου ή ενός αισθητικού έργου τέχνης (Νάκου, 2000). Η αγγλική απόδοση που δόθηκε στον όρο είναι αυτή του «empathy» και χρησιμοποιήθηκε από τον αμερικανό ψυχολόγο του Πανεπιστημίου του Cornell Edward Titchener το 1903, υποστηρίζοντας ότι πρόκειται για «τη διαδικασία με την οποία εξανθρωπίζουμε τα αντικείμενα, διαβάζουμε ή αισθανόμαστε τον εαυτό μας μέσα σε αυτά» (όπως αναφέρεται στο Σταλίκας & Χαμοδράκα, 2004 και στο επιστημονικό εκπαιδευτικό περιοδικό στο http://www.educircle.gr/periodiko/images/teuxos/2015/teuxos3/3_3_6.pdf

Στην Ελλάδα ο όρος αποδόθηκε από τον Ευάγγελο Παπανούτσο ως «ενσυναίσθηση» και έγινε σαφής διάκριση από την «εμπάθεια», αφού δεν υφίσταται κάποια εννοιολογική σχέση μεταξύ των δύο (Παπανούτσος, 1985).

Κατά τον Theodor Lipps (όπ. αναφ. στο Μπεκιάρης, 2012) γίνεται μια προσπάθεια ο όρος της ενσυναίσθησης που προϋπήρχε στην Ψυχολογία και τη Φιλοσοφία να μεταφερθεί στον κλάδο των Κοινωνικών και Ανθρωπιστικών Επιστημών. Για εκείνον, η ενσυναίσθηση δεν παίζει ρόλο μόνο στην αισθητική μας κατανόηση των αντικειμένων αλλά επιπλέον αποτελεί την πρωτεύουσα βάση για να αναγνωρίζουμε ο ένας τον άλλον ως σκεπτόμενα όντα: «Ενσυναίσθηση, είναι η ικανότητά μας να αναγνωρίζουμε συναισθήματα που βιώνονται από κάποιο άλλο ον που διαθέτει επίσης αισθήσεις». Πρόκειται για την «ικανότητά μας να νοιαζόμαστε για τον άλλο», για την επιθυμία μας «να κατανοήσουμε εκείνα που σκέπτεται ή αισθάνεται και να τον συνδράμουμε», για τη δυνατότητά μας «να βιώνουμε συγκινήσεις που αντιστοιχούν στις συγκινήσεις εκείνου για τον οποίο συναισθανόμαστε κάτι, να μπαίνουμε στη θέση του χωρίς να ταυτιζόμαστε μαζί του αλλά να υποφέρουμε εξίσου, να γεφυρώνουμε τη διαχωριστική γραμμή μεταξύ του εαυτού και του άλλου» (<http://www.gallerygenesisathens.com/Catalogs/hariton-bekiaris.pdf>).

Σύμφωνα με τη μελέτη του Γερμανού Ψυχολόγου διαπιστώθηκε ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί κάτι βαθύτερο από τη φαινομενολογική αντιληπτική μας προσέγγιση στα πράγματα, κάτι ουσιαστικότερο από το θαυμασμό και την κατανόησή μας για ένα αισθητικό αντικείμενο: πρόκειται κυρίως για ένα ψυχολογικό

φαινόμενο που εκκινεί πολύπλοκες διεργασίες που επιτρέπουν στενότερες, εμπειρικές επαφές με το αντικείμενο της παρατήρησής μας. Βοηθά τους ανθρώπους να καταλάβουν ο ένας τον άλλο, έτσι αναπτύσσεται ένας αμοιβαίος σεβασμός μεταξύ τους. Αν για παράδειγμα τα συναισθήματα συνδέονται με τη σωματική συμπεριφορά, τότε η παρατήρηση της σωματικής συμπεριφοράς του άλλου, αποτελεί προϋπόθεση για την ενσυναίσθηση. Συνδέοντας λοιπόν την έννοια της ενσυναίσθησης με αυτήν της συμπόνιας, ο ίδιος, επισημαίνει ότι για την επίτευξη της δεύτερης απαραίτητο βήμα είναι πρώτα η κατάκτηση της ενσυναίσθησης, εφόσον αυτή συνδέεται με την κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης του άλλου. Αν πάλι τα συναισθήματα απορρέουν από έναν συνδυασμό πεποιθήσεων και επιθυμιών, τότε η δική τους κατανόηση είναι αυτή που θα οδηγήσει στην ενσυναίσθηση, άλλοτε μέσω μιας συνειδητής και άλλοτε μέσω μιας ασυνείδητης παρατήρησης. Τη διαδικασία εξάλλου αυτή υποδεικνύει και ο Heinz Kohut, βασικός εισηγητής της σημασίας της ενσυναίσθησης στην ψυχανάλυση, ενώ ορισμένοι φιλόσοφοι όπως η Martha Nussbaum, υποστηρίζουν ότι η ανάγνωση της λογοτεχνίας καλλιεργεί την ενσυναίσθηση των αναγνωστών, μετατρέποντάς τους σε καλύτερους «παγκόσμιους πολίτες». <http://www.gallerygenesisathens.com/Catalogs/hariton-bekiaris.pdf>

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με το Theodor Lipps (1851-1914) η ενσυναίσθηση αποτελεί το κλειδί για τη φιλοσοφική και ψυχολογική ανάλυση των αισθητικών εμπειριών. Το έργο του μεταμόρφωσε την ενσυναίσθηση από την έννοια της φιλοσοφικής αισθητικής σε μια κεντρική κατηγορία της φιλοσοφίας των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών. Για αυτόν, η ενσυναίσθηση όχι μόνο παίζει ρόλο στην αισθητική εκτίμηση αντικειμένων, αλλά πρέπει επίσης να γίνει κατανοητό ότι είναι η κύρια βάση για την αναγνώρισή τους (Jahoda, 2005).

1.3 Προϋποθέσεις πρακτικής της ενσυναίσθησης

Σύμφωνα με τον Goleman (2011)²⁵ η ενσυναίσθηση χτίζεται πάνω στην αυτοεπίγνωση. Ακούγοντας αυτό οι άνθρωποι κατανοούν ότι όσο περισσότερο ανοικτοί είναι στις ίδιες τις συγκινήσεις τους, τόσο περισσότερο ικανοί θα είναι στο να αντιληφθούν τα συναισθήματα τους και να τα ρυθμίσουν ανάλογα με την περίσταση. Αν δεν έχουν αναπτύξει τη δεξιότητα να νιώθουν τα δικά τους

συναισθήματα, και τη δεξιότητα να τα ρυθμίζουν, αυτό πιθανότατα θα σημαίνει πως δεν θα μπορέσουν να αναγνωρίσουν τα συναισθήματα των άλλων και να τοποθετήσουν τον εαυτό τους στη θέση τους. Αυτό βρίσκει τεράστια εφαρμογή στο χώρο της υγείας και κυρίως ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι συναναστρέφονται με ανθρώπους που πολλές φορές έχουν χάσει το νόημα της ζωής τους και χρειάζονται στήριξη και ενθάρρυνση.

Και ο Goleman συνεχίζοντας δηλώνει ότι η ενσυναίσθηση απαιτεί αρκετή ηρεμία, έτσι ώστε ο συγκινησιακός εγκέφαλος ενός ανθρώπου να είναι σε θέση να προσλάβει τόσο τα λεκτικά, όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα του συνομιλητή μας. Επίσης, όπως γνωρίζουμε τα ανθρώπινα συναισθήματα σπάνια περιγράφονται. Σχεδόν πάντα όμως εκδηλώνονται μέσα από άλλα σήματα. Επομένως, μια πολύ σημαντική δεξιότητα που απαιτείται είναι, να μπορεί κανείς να διαβάζει τα μη λεκτικά στοιχεία της επικοινωνίας. Να ερμηνεύει τον τόνο της φωνής, τις χειρονομίες, την έκφραση του ατόμου και άλλα μη λεκτικά μηνύματα. Ιδιαίτερα στη χώρα μας, που είναι μεσογειακή και οι άνθρωποι εκφράζονται μέσω της λεκτικής επικοινωνίας, ο ακροατής μπορεί να αντλήσει σημαντικές πληροφορίες αρκεί να είναι παρατηρητικός.

Φυσικά, η ενσυναίσθηση απαιτεί ενδιαφέρον από τους επαγγελματίες, διότι πολλές φορές μπορεί να χρειαστεί να κάνουν περαιτέρω ερωτήσεις για να μάθουν, και απαιτεί και δεκτικότητα. Οι ακροατές πρέπει να ενθαρρύνουν τους συνομιλητές τους να εκφραστούν ελεύθερα και να δείξουν ότι το μόνο που τους ενδιαφέρει είναι να τον κατανοήσουν χωρίς να τον διακόψουν ή να τον κρίνουν ή να του υποδείξουν τι θα κάνει.

1.4 Διαστάσεις Ενσυναίσθησης

Αρκετοί θεωρητικοί μελετητές έχουν εντυπώσει τις διάφορες μορφές της ενσυναίσθησης. Συχνά συνδέεται με αναπτυξιακές έννοιες της ανάληψης ρόλου και ανάληψης προοπτικών (Borke, 1971). Το 1960 δόθηκε πιο συναισθηματικό νόημα από τους κοινωνικούς ψυχολόγους (Batsonetal., 1987). Η κατανόηση της άποψης κάποιου άλλου θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση της ενσυναίσθησης και ορίζεται είτε με το να αισθάνεται κάποιος οποιαδήποτε υποκειμενική συγκίνηση, είτε να αισθάνεται την ίδια συγκίνηση με κάποιον άλλο ή απλά να συναισθάνεται χωρίς να

ταυτίζεται με τη συγκίνηση του άλλου, οδηγώντας σε διαφορετικές υποκειμενικές αντιδράσεις, αντιλήψεις και τελικά έκταση της ενσυναίσθησης (Stotland, 1969). Στο τέλος της δεκαετίας του 70, χρησιμοποιήθηκε πιο στοχευμένα για να αναφερθεί σε ένα συγκεκριμένο είδος συναφών αντιπροσωπευτικών συναισθημάτων, εκείνων που είναι περισσότερο κατευθυνόμενα από άλλους παρά αυτοκατευθυνόμενα, δηλαδή συναισθήματα τα οποία προκαλούνται ως απάντηση όταν γίνεται αντιληπτή η κατάσταση ενός ατόμου που έχει ανάγκη (Batson, et al., 1987). Οι Preston & de Waal, (2002), θεωρούν ότι η λογοτεχνία εστιάζεται στο εάν η ενσυναίσθηση είναι μια συναισθηματική ή γνωστική διαδικασία και τη διακρίνουν από τη συναισθηματική μετάδοση, τη συμπάθεια και τη λήψη της προοπτικής του άλλου, οι οποίες διακρίσεις είναι εμπειρικές και συμβάλλουν στην κατηγοριοποίηση της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με μελέτες που έκαναν οι Zahn-Waxler & Radke-Yarrow το 1990, η ενσυναίσθηση αναφέρεται με διάφορους τρόπους στην εμπειρία της συναισθηματικής ή ψυχολογικής κατάστασης ενός άλλου και έχει τόσο συναισθηματικά όσο και γνωστικά συστατικά.

1.4.1 Συναισθηματική – Θυμική ενσυναίσθηση

Κάποιοι ερευνητές περιγράφουν την ενσυναίσθηση πρωτίστως ως συναισθηματικό φαινόμενο (Duan & Hill, 1996), δηλαδή, συναισθηματική απάντηση από το άμεσο βίωμα των συναισθημάτων του άλλου (Gladstein, 1983), η οποία περιέχει ηθικά και συμπεριφορικά στοιχεία. Στη συναισθηματική ενσυναίσθηση παρατηρείται απόλυτο ή παραπλήσιο ταίριασμα ενός ατόμου με τα συναισθήματα κάποιου άλλου (π.χ. ενοχή ως απάντηση στην ενοχή κάποιου άλλου). Μπορεί να προκύψει συναισθηματική μετάδοση (emotional contagion) ή ενσυναίσθητο-συμπαθητικό ενδιαφέρον (empathic concern), συμπάθεια ή προσωπική δυσφορία (personal distress). Το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον περιγράφει την αντίδραση στην θλίψη και τη λύπη του άλλου, περιλαμβάνοντας τη συμπόνια και τη συμπάθεια (Zahn-Waxler & Radke-Yarrow, 1990). Η συμπάθεια, ως αντιφατική συναισθηματική αντίδραση, συνίσταται σε συναισθήματα θλίψης ή ανησυχίας για τους άλλους και η προσωπική δυσφορία, ορίζεται ως μια αυτοσυντηρούμενη, αποτρεπτική αντίδραση στην κατάσταση ενός άλλου, βιώνεται ως άγχος ή αγωνία και έπεται της ενσυναίσθησης ως απόρροια αυτής.

(Zahn-Waxler, et al., 1979). Οι Eisenbergetal, (1989) διαχωρίζουν εννοιολογικά την ενσυναίσθηση και τη συμπάθεια και υποδεικνύουν τη δυσκολία της εμπειρικής διάκρισης μεταξύ των δύο. Η πρωταρχική τεχνική έννοια της ενσυναίσθησης είναι η «κινητική μίμηση», η οποία υποχωρεί από την ηλικία των 2,5 όπου συνειδητοποιείται πλέον ότι ο πόνος είναι διαφορετικός για τον καθένα και δύναται να παρηγορηθεί ο ασθενής (Goleman, 2011). Στην πορεία ακολουθεί η εναρμόνιση, η οποία μεταφέρει την αίσθηση της συναισθηματικής επαφής, αποτελώντας πράξη αμοιβαίας ενσυναίσθησης (Goleman, 2011). Οι μελέτες που έγιναν κυρίως μέσω της παρατήρησης των δυαδικών σχέσεων μητέρων-απογόνων, στις οποίες η συναισθηματική σύνδεση διευκολύνει το δεσμό προκαλώντας αυτόνομη διέγερση μέσω αλληλεπίδρασης των εκφράσεων της μητέρας στο βρέφος (φόβος, αγωνία) με τις εκφράσεις του βρέφους στη μητέρα (φωνή, χαμόγελο). Επομένως, χωρίς την παρεμβολή της γνωστικής ενσυναίσθησης, λειτουργεί ως ένα, χωρίς όρους, ερέθισμα/κίνητρο το οποίο παρακινεί για έγκαιρες ενέργειες, επιδρώντας στην αναπαραγωγική επιτυχία, παρέχοντας βάσεις για ενσυναίσθηση (Preston & de Waal, 2002). Η συναισθηματική ενσυναίσθηση παροτρύνει τους ανθρώπους να συμπεριφέρονται αλτρουιστικά προς τους συγγενείς, τους συντρόφους και τους ομοειδείς/συμμάχους (Smith, 2006). Σύμφωνα με το Smith (2006) η ενεργοποίηση των ηθικών αρχών αποτελεί βασικό μοχλό αναστολής της βίας και της συνοχής των ομάδων.

1.4.2 Γνωστική ενσυναίσθηση

Βεβαίως άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ενσυναίσθηση είναι πρωτίστως γνωστική (Barrett Lennard, 1981). Κατά τη γνώμη τους αφορά την ικανότητα του υποκειμένου να υιοθετεί την άποψη του αντικειμένου, κατανοώντας τον τρόπο που σκέφτεται και αντιδρά στα διάφορα γεγονότα της ζωής του, το οποίο περιγράφεται ως ανάληψη της προοπτικής του άλλου (perspective taking) (Zahn-Waxler & Radke-Yarrow, 1990). Θα μπορούσαμε να πούμε ότι πέραν της ανάληψης προοπτικής, στην γνωστική ενσυναίσθηση ανήκει και η φαντασιακή ενσυναίσθηση (fantasy) κατά την οποία υπάρχει συναισθηματική ταύτιση με φανταστικούς χαρακτήρες (Davis, 1983). Στη φαντασιακή διάστασή της, προκαλείται μέσω της αφήγησης μιας πραγματικής βιοματικής ιστορίας, η οποία αναπτύσσει την ικανότητα των ατόμων να συναισθάνονται με τις εμπειρίες άλλων, σεβόμενοι την ιδιωτικότητα των χρηστών

των υπηρεσιών και των ασθενών (Fairbairn, 2002). Η φαντασιακή μετακύλιση ενός ανθρώπου με τρόπο που να δομείται από τις σκέψεις και ενέργειες κάποιου άλλου, αναπτύσσει μία «γνωστική ικανότητα αναγνώρισης» στο υποκείμενο για το ρόλο του αντικειμένου η οποία μερικές φορές αναφέρεται ως ενσυναίσθητη ακρίβεια (Ickes, 1993). Η γνωστική ενσυναίσθηση ενισχύει την κοινωνική λειτουργία ώστε να ανταποκριθούν τα άτομα στο πολύπλοκο κοινωνικό περιβάλλον (Smith, 2006). Δίνει τη δυνατότητα κατανόησης και πρόβλεψης της συμπεριφοράς των άλλων μέσα από τις πνευματικές καταστάσεις που αποδίδονται από τη συναναστροφή, διευκολύνει τη συνομιλία και την κοινωνική εμπειρογνωμοσύνη (Smith, 2006). Εξελίσσεται στο προσχολικό έτος, με στοιχεία που υποδηλώνουν ότι αυτές οι πρώιμες διαθέσεις προς την ενσυναίσθηση και την κοινωνική συμπεριφορά μπορεί να είναι συνεπείς και σταθερές με την πάροδο του χρόνου (McDonald & Messinger, 2010). Τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες, η ανάληψη προοπτικής σχετίζεται με μεγαλύτερη ενσυναίσθηση, κοινωνική συμπεριφορά και ευνοϊκότερη αντιμετώπιση του προσώπου/ομάδας που γίνονται λήπτες της προοπτικής (Hodges, 2008).

1.4.3 Συνύπαρξη γνωστικής – συναισθηματικής ενσυναίσθησης

Θα μπορούσαν κάποιοι να υποστηρίξουν ότι γνωστική και συναισθηματική ενσυναίσθηση συνυπάρχουν, ή άλλοτε υπάρχει συναισθηματική και άλλοτε γνωστική ενσυναίσθηση, ανάλογα με την περίπτωση (Gladstein, 1977). Αν και ο όρος «ενσυναίσθηση» δεν είχε χρησιμοποιηθεί ακόμα εκείνη την εποχή, σύμφωνα με τον Adam Smith η συνύπαρξη γνωστικής και συναισθηματικής ενσυναίσθησης αφορά την ενστικτώδη συναισθηματική συμπάθεια (emotional sympathy), δηλαδή τη γρήγορη, ακούσια, φαινομενικά συναισθηματική αντίδραση στις εμπειρίες των άλλων, η οποία διακρίνεται από τη διανοητική συμπάθεια (intellectualized sympathy), ή ικανότητα αναγνώρισης της συναισθηματικής εμπειρίας των άλλων, χωρίς όμως παράλληλη βίωση της κατάστασης. Ο Strayer περιγράφει πως και η γνωστική και η συναισθηματική ενσυναίσθηση συμβάλλουν στις ατομικές διαφορές στην ενσυναίσθητη ανάπτυξη και δεν τις διαχωρίζει στη μέτρηση της ενσυναίσθησης (Strayer, 1987). Επίσης θεωρείται ότι η γνωστική ενσυναίσθηση είναι προϋπόθεση για τη συναισθηματική ενσυναίσθηση (Blair, et al., 1996). Σύμφωνα με τον Hoffman η γνωστική και η συναισθηματική ενσυναίσθηση αλληλοεπιδρούν, δηλαδή η ενσυναίσθητη αντίδραση στη δυσφορία κάποιου προκαλεί δύο βασικές επιρροές, την

ενσυναίσθητη δυσφορία και τη συμπαθητική δυσφορία. Πάντα σύμφωνα με τον ίδιο τα γνωστικά και συναισθηματικά συστατικά της ενσυναίσθησης περιλαμβάνουν ένα αλληλεξαρτώμενο σύστημα στο οποίο το καθένα συστατικό επηρεάζει το άλλο και δεν μπορεί ποτέ να γίνει πλήρως κατανοητό όσο οι ερευνητικές προσπάθειες επικεντρώνονται στη μια πτυχή με σχετικό αποκλεισμό της άλλης (Hoffman, 1977).

1.4.4 Επικοινωνιακή διάσταση της ενσυναίσθησης

Μια άλλη διάσταση είναι η συναισθηματική μετάδοση, που προκαλείται μέσω της έκφρασης και είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντική και αποτελεσματική κατά το πρώτο ηλικιακό έτος. Για τη συγκεκριμένη επικοινωνιακή διάσταση της ενσυναίσθησης έχουμε αναφορές από τον Rogers (1957). Σύμφωνα με τον Barrett-Lennard (1993) η εμπειρία της ενσυναίσθησης διαχωρίζεται από την επικοινωνιακή διάσταση της ενσυναίσθησης. Φαινομενολογικά, η εμπειρία της ενσυναίσθησης αφορά τη συμμετοχή στη συναισθηματική κατάσταση ενός άλλου και την κατανόησή του. Στην επικοινωνία, αν και το συναίσθημα είναι κοινό/αμφίδρομο, είναι κρίσιμο, ο παρατηρητής να διατηρεί την ποιότητα της συμμετοχής του άλλου ατόμου. Έτσι διακρίνεται η ενσυναίσθηση από τη συναισθηματική μετάδοση, στην οποία δεν μεταδίδεται η γνώση από την εσωτερική κατάσταση του άλλου, επομένως η κοινωνικο-γνωστική συνιστώσα της ενσυναίσθησης παραμελείται (Bischof-Köhler, 1991). Η ενσυναίσθητική αντίληψη, ή η «καθημερινή ανάγνωση του νου», αποτελεί μια μορφή σύνθετου ψυχολογικού συμπεράσματος στο οποίο η παρατήρηση, η μνήμη, η γνώση και η συλλογιστική συνδυάζονται για να δώσουν πληροφορίες για την υποκειμενική εμπειρία των άλλων. Στο μοντέλο κοινωνικής επικοινωνίας, η ενσυναίσθηση αποτελεί βασικό στοιχείο ως βιολογική βάση, ως αυθόρμητη διαδικασία, η οποία είναι θεμελιώδους σημασίας για όλους τους ζωντανούς οργανισμούς και περιλαμβάνει εγγενείς μηχανισμούς αποστολής και λήψης (οπτικές, ακουστικές ή χημικές απεικονίσεις και προετοιμασίες για αυτές τις απεικονίσεις, αντίστοιχα). Η ενσυναίσθητη ακρίβεια εξαρτάται από την ικανότητα του καθενός να χρησιμοποιεί τα στοιχεία της επικοινωνίας (Buck & Ginsburg, 1997).

Ανακεφαλαιώνοντας, δύο μοντέλα διέγερσης μπορούν να προκαλέσουν μια ενσυναίσθητη απόκριση, η εκφραστική συμπεριφορά ενός άλλου (πρόκληση συμπαράστασης από εκφράσεις) και η κατάσταση του άλλου, ενεργοποιώντας τη

συναισθηματική συνιστώσα (συμμετοχή στο συναίσθημα), την κοινωνικο-γνωστική (κατανόηση συναισθήματος) και το στοιχείο των κινήτρων (Bischof-Köhler, 1991). Η ανάληψη γνωστικών ρόλων συνεπάγεται με υποθέσεις σχετικά με σκέψεις, κίνητρα ή προθέσεις ενώ η συναισθηματική ανάληψη ρόλων συνεπάγεται με συμπεράσματα σχετικά με τα συναισθήματα (Davis, 1994). Αποδεικνύεται ότι σε μια φυσική κατάσταση ο παρατηρητής εμπλέκεται αρχικά σε ενσυναίσθητες διαδικασίες, εν συνεχεία ακολουθεί η γνώση. Παρελθόντα βιώματά του τον προετοιμάζουν συναισθηματικά και τον συσχετίζουν με την κατάσταση. Η λεκτική επικοινωνία και τα γνωστικά δίκτυα λειτουργούν καθώς ο παρατηρητής ανταποκρίνεται με ενσυναίσθηση και σχηματίζει συμπεράσματα από τις προφορικές ενδείξεις

Συνοψίζοντας, η ενσυναίσθηση διακρίνεται από συναισθηματική, γνωστική και επικοινωνιακή διάσταση. Υπάρχει σύνδεση της γνωστικής διάσταση με την κατανόηση, της συναισθηματικής με τη συναισθηματική επικοινωνία μέσω λέξεων, χειρονομιών, πράξεων και η επικοινωνιακή αφορά τον τρόπο μεταβίβασης της ενσυναίσθησης με λεκτικά και μη-λεκτικά μηνύματα, μέσα από μια ισότιμη συμβουλευτική σχέση (Malikiosi-Loizos, 2008).

1.4.5 Θεραπευτική διάσταση ενσυναίσθησης

Είναι άξιο λόγου ότι η θεραπευτική ενσυναίσθηση περιγράφεται ως αλληλεπίδραση κατά την οποία ο θεραπευτής γνωρίζει και κατανοεί τον θεραπευόμενο ώστε να συμβάλει στην εξέλιξή του και στη λύση των προβλημάτων του (Bohart & Greenberg, 1997). Οι δύο θεραπευτικές προσεγγίσεις που βασίζονται στον συναισθηματικό και ψυχαναλυτικό τρόπο, έχουν επικεντρωθεί στις πτυχές της γνωστικής/προοπτικής, εστιάζοντας κυρίως στην κατανόηση του πλαισίου αναφοράς του ασθενούς ή του τρόπου εξέτασης του κόσμου, τονίζοντας δηλαδή τις συνειδητές διαδικασίες λήψης προοπτικών σε σχέση με τις αυτόματες, σωματικά βασισμένες διαδικασίες συναισθηματικής προσομοίωσης (Elliott, et al., 2011). Υπάρχουν τρεις κύριοι τρόποι θεραπευτικής ενσυναίσθησης, οι οποίοι δεν αλληλοαποκλείονται. Οι διαφορές τους είναι θέμα έμφασης. Η ενσυναισθητική σχέση, όπου ο θεραπευτής παρουσιάζει συμπνετική στάση απέναντι στον ασθενή, αποδεικνύει ότι κατανοεί την εμπειρία του ώστε να θέσει το πλαίσιο για αποτελεσματική θεραπεία. Ο επικοινωνιακός συντονισμός, συνίσταται σε μια ενεργό, συνεχή προσπάθεια

συγχρονισμού με τις επικοινωνιακές δεξιότητες του ασθενή και την προϋπάρχουσα εμπειρία. Υποστηρίζεται πιο συχνά κυρίως από ασθενείς και έμπειρους θεραπευτές μέσω ενσυναίσθητων αντιδράσεων. Τέλος, η προσωπική ενσυναίσθηση, αφορά συνεχή προσπάθεια κατανόησης των συνολικών εμπειριών του ασθενή που αποτελούν το υπόβαθρο της τρέχουσας εμπειρίας του (Elliottetal., 2011).

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας μεσαίου μεγέθους αλλά μεταβλητός προγνωστικός παράγοντας των εκβάσεων. Είναι μια αμοιβαία διαδικασία κοινού επικοινωνιακού συντονισμού όπου ο ασθενής επηρεάζει το επίπεδο της θεραπευτικής ενσυναίσθησης (Elliottetal., 2011) και η αποκάλυψη του βίου του συνιστά βασικό σύνδεσμο στον κύκλο της ενσυναίσθησης (Barrett-Lennard, 1981). Η ενσυναίσθηση του θεραπευτή θεωρείται συχνά ως βασικό συστατικό της συνεργατικής θεραπευτικής συμμαχίας (Duan & Hill, 1996). Αρχικά ο θεραπευτής προσπαθεί να κατανοήσει κυρίως εμπειρίες και γενικούς στόχους του ασθενή παρά τα λόγια. Τον βοηθά να εκφραστεί, παρακολουθεί τις συναισθηματικές απαντήσεις, επιτρέποντάς του να εμβαθύνει στην εμπειρία και να εξετάσει αντανακλαστικά συναισθήματα, αξίες και στόχους. Τελικά, μέσω ενσυναίσθητων υποθέσεων επιχειρείται η αποκάλυψη των «σιωπηρών» αφηγήσεων του ασθενούς. Συνεπώς, οι θεραπευτές παρακολουθούν λεκτικά και μη μηνύματα, επιδεικνύουν κατανόηση και εξατομικεύουν τις απαντήσεις ώστε να ανταποκρίνονται με ακρίβεια στις αντιλαμβανόμενες ανάγκες του ασθενή (Elliottetal., 2011). Η ενσυναίσθηση επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις, την έγκαιρη προσκόλληση μεταξύ θεραπευτή-ασθενή, φροντίζει την ευημερία και διευκολύνει τη συνεργασία (Decety & Cowell, 2014). Είναι αποτελεσματική μόνο όταν στηρίζεται στην αυθεντική φροντίδα ασθενούς και συνιστά «συστατικό» μιας υγιούς θεραπευτικής σχέσης (Elliottetal., 2011). Αποδεικνύεται ότι η θεραπευτική ενσυναίσθηση δεν είναι μια βαθιά ή επιφανειακή δράση, είναι ο θεμέλιος λίθος προκειμένου να κατανοήσουμε τη σωματική και ψυχική μας ύπαρξη (Larson & Yao, 2005).

1.4.6 Πολιτισμική διάσταση

Όσον αφορά την πολιτισμική διάσταση της ενσυναίσθησης στην εποχή της παγκοσμιοποίησης αμφισβητείται η κατανόηση των ανθρώπινων συναισθημάτων σε διαπολιτισμικό επίπεδο. Η πολιτισμική διάσταση της ως ειδική διάστασή της,

αναφέρεται στην ικανότητα της ακριβούς κατανόησης των προσωπικών εμπειριών ατόμων που προέρχονται από άλλους πολιτισμούς και της επικοινωνίας με τρόπο που δείχνει αληθινό ενδιαφέρον. Η γνώση μιας συγκεκριμένης κουλτούρας, παρόλο που χρησιμεύει στο ξεκίνημα μιας σχέσης, δεν αρκεί. Απαιτείται η κατανόηση του ατόμου μέσα στη συγκεκριμένη κουλτούρα. Η ενσυναίσθηση συμβάλλει καταλυτικά στην αντιμετώπιση των ανθρώπινων ζητημάτων σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία, επιτρέποντας μια αίσθηση αμοιβαιότητας και κατανόησης μεταξύ των διαφορών που υπάρχουν σε αξίες και προσδοκίες των διαπολιτισμικών ανταλλαγών (Malikiosis-Loizos, 2008). Σύμφωνα με τους Dyché & Zayas, (2001) η αντιμετώπιση των προβλημάτων των συνανθρώπων μας με ειλικρίνεια αλλά χωρίς να αποκλίνουμε από τα πιστεύω μας και τις πεποιθήσεις μας, αποτελεί τη θεμελιώδη διαδικασία προσέγγισης της ενσυναίσθησης.

1.4.7 Πολυδιάστατη φύση της ενσυναίσθησης

Στην ενσυναίσθηση, μπορούν να συνυπάρξουν διαφορετικοί υπότυποι, όψεις, εκφράσεις και τρόποι λειτουργίας όπου οι διάφορες πτυχές της εμπειρίας του ασθενή μπορούν να αποτελέσουν το επίκεντρο της ενσυναίσθησης. Ως εκ τούτου, η ενσυναίσθηση κατανοείται καλύτερα ως ένα σύνθετο κατασκευάσμα που αποτελείται από μια ποικιλία διαφορετικών πράξεων που χρησιμοποιούνται με διαφορετικούς τρόπους. Ωστόσο, βασικό ερώτημα στην έρευνα σχετικά με την ενσυναίσθηση είναι τα διαπροσωπικά κίνητρα που μπορεί να ενεργοποιηθούν με την ενσυναίσθηση.

Σύμφωνα με τους Duan & Hill (1996), η ενσυναίσθηση έχει χρησιμοποιηθεί για να αντιπροσωπεύει αποκλίνουσες δομές που μπορούν όλες να δικαιολογηθούν από το περιεχόμενο και το πλαίσιο μέσα στο οποίο μελετώνται.

Κάποιος μπορεί να βρεθεί στη θέση του άλλου συναισθηματικά, νοητικά, τυχαία ή προσπαθώντας να κατανοήσει μια γενική αίσθηση για κάποιον άλλο, με διάφορους τρόπους.

1.5 Επίπεδα Ενσυναίσθησης

Ο Freud (1921/1923) περιέγραψε τέσσερα επίπεδα ενσυναίσθησης, συγκεκριμένα: (α) την απλή αναγνώριση, (β) τη σκόπιμη αναγνώριση, (γ) την

αντίσταση, και (δ) τη σκόπιμη, εκ νέου, αναγνώριση (Stewart, 1956). Σε αντίθεση ο Barrett-Lennard (1981), επηρεασμένος από τις ιδέες του Carl Rogers, μίλησε, σε ένα πολύ ενδιαφέρον άρθρο του για τον κύκλο που κάνει η διαπροσωπική ενσυναίσθηση, ο οποίος χωρίζεται σε πέντε επίπεδα: (α) Την ενσυναίσθητη διάθεση, όπου ο ψυχοθεραπευτής παρακολουθεί με προσήλωση και ενεργητικά τον πελάτη του. (β) Την ενσυναίσθητη αντήχηση, όπου το άτομο που διαθέτει την ικανότητα για ενσυναίσθηση απαντά με συναίσθημα στο συνομιλητή του. (γ) Την εκφρασμένη ενσυναίσθηση, που είναι η επικοινωνιακή ενέργεια. (δ) Την προσληφθείσα ενσυναίσθηση, δηλαδή, πώς αντιλαμβάνεται ο παραλήπτης την ενσυναίσθητη αντίδραση του αποστολέα της, και (ε) την ανατροφοδότηση. Ο Carl Rogers (1975) αναγνώρισε δύο κυρίως επίπεδα: (α) την προσωρινή εμβίωση της ζωής του πελάτη του, και (β) την επικοινωνία (τη μεταβίβαση) στο συμβουλευόμενο αυτής της διείσδυσης στο νόημα της ζωής του. Ανακεφαλαιώνοντας, η ενσυναίσθηση θεωρείται από πλήθος ατόμων ότι είναι μια διαπροσωπική διεργασία, η οποία είναι πολυεπίπεδη και έχει μια χρονική αλληλουχία.

Οι Bohart και Greenberg (1997a) αναγνωρίζουν και προτείνουν τρία επίπεδα ενσυναίσθησης, κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας: (α) Την ενσυναίσθητη επικοινωνία, με την οποία αναφέρονται στην απλή έννοια της ενσυναίσθησης, όπως την κατανοεί ο περισσότερος κόσμος και η οποία βοηθάει στο χτίσιμο της σχέσης, αλλά δεν προχωράει σε βαθύτερα επίπεδα κατανόησης, όπως τα επόμενα δύο επίπεδα. (β) Την εμπειρική κατανόηση του κόσμου του θεραπευόμενου ενσυναίσθηση, μέσω της οποίας εννοείται η προσπάθεια του θεραπευτή να συλλάβει την όλη κατάσταση του θεραπευόμενου, όπως ο ίδιος την αντιλαμβάνεται και όπως την έχει ζήσει, και (γ) την επικοινωνιακή προσαρμογή, η οποία τονίζεται ιδιαίτερα από την προσωποκεντρική προσέγγιση και περικλείει την ικανότητα του θεραπευτή να είναι συγχρονισμένος με τον πελάτη του έτσι ώστε να αντιλαμβάνεται τι αισθάνεται και τι προσπαθεί να επικοινωνήσει, κάθε στιγμή (άμεση εμπειρία).

Βάσει όσων προαναφέρθηκαν καταλήγουμε ότι υπάρχει κατ' αρχήν ένα συναισθηματικό επίπεδο ενσυναίσθησης, το οποίο ακολουθείται από ένα είδος γνωστικής δραστηριότητας. Επίσης αναμφίβολα διάφοροι προσωπικοί, αναπτυξιακοί αλλά και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τα επίπεδα ενσυναίσθησης.

1.5.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την Ενσυναίσθηση

Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε κάποιους παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση:

➤ Ηλικία και Ενσυναίσθηση

Η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ενσυναίσθηση καθώς διαφορετικά εκφραζόμαστε στην παιδική απ' ότι στην ενήλικη ηλικία. Αντίστοιχες έρευνες δείχνουν ότι ακόμη και τα πολύ μικρά παιδιά, κάτω των τριών ετών, έχουν την δυνατότητα και αντιδρούν συναισθηματικά (θυμικό επίπεδο) όταν παρατηρούν άλλα άτομα (Goleman, 1997) ίσως, όμως, όχι ακόμη γνωστικά. Αυτό το είδος της ενσυναίσθησης εμφανίζεται αργότερα, έπειτα από τα επτά έτη (Gladstein & Associates, 1987). Οι διαφορές έκφρασης ανάλογα με το ηλικιακό επίπεδο δεν είναι ξεκάθαρο αν οφείλονται στη διαδικασία ωρίμανσης ή μάθησης του ατόμου. Αρκετοί θεωρητικοί (Gottman, Katz, & Hooven, 1996) θεωρούν ότι η ενσυναίσθηση εξελίσσεται στο άτομο ως απόρροια της μίμησης προτύπων του περιβάλλοντός του. Η ψυχαναλυτική προσέγγιση σημειώνει τη σημαντικότητα του δεσμού της μητέρας με το παιδί της. Από τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του βρέφους η μητέρα, αποκρινόμενη και προσπαθώντας να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, ξεκινά να αναπτύσσει μια σχέση συναισθηματικής συμμετοχής μαζί του, η οποία καθιστά το βρέφος ικανό να αναπτύξει ικανότητα ενσυναίσθησης (Bergman & Wilson, 1984). Η συμβολή της οικογένειας καθώς και οι σχέσεις μεταξύ των μελών της παίζουν καθοριστικό ρόλο στην απόκτηση της ενσυναίσθησης από το παιδί (Feshbach, 1995). Σύμφωνα με διάφορες έρευνες ο τρόπος που συμπεριφέρονται οι γονείς στα παιδιά τους αλλά και η διαχείριση των συναισθημάτων των ανδρογύνων επιδρούν σημαντικά στη συναισθηματική ζωή των παιδιών τους (Gottman, Katz, & Hooven, 1996). Τα παιδιά μαθαίνουν και ενισχύονται συναισθηματικά μέσα από τις συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις της οικογένειας (Gottman, 2000).

➤ Φύλο και Ενσυναίσθηση

Βάσει διάφορων ερευνών σχετικά με την ενσυναίσθηση και το φύλο παρουσιάζονται κάποιες διαφορές που έχουν να κάνουν τόσο με τις φυλογενετικές όσο και τις λειτουργικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς την ενσυναίσθηση

(Eisenberg, Fabes, Schaller, Carlo, & Miller, 1991. Hoffman, 1977, 1982). Στα μωρά κορίτσια η ενσυναίσθηση οφείλεται στην διαδικασία της κοινωνικοποίησής και ταύτισης με τη μητέρα τους, που τονίζει την καλλιέργεια τέτοιου είδους θετικών συναισθημάτων, ενώ στα αγόρια η ενσυναίσθηση μπορεί να προέρχεται από άλλες εμπειρίες κοινωνικοποίησης που δε ταυτίζονται με το γονεϊκό πρότυπο του ίδιου φύλου (Feshbach, 1997).

➤ *Προσωπικότητα και Ενσυναίσθηση*

Οι έρευνες και οι μελέτες δε σταματούν ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση. Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ανθρώπου όπως επίτευξη, ευμεταβλητότητα, επιθετικότητα και άλλα αποτελούν αντικείμενο ερευνών σε σχέση με την ενσυναίσθηση. Αποδεικνύεται ότι η ενσυναίσθηση συσχετίζεται με θετικές κοινωνικές συμπεριφορές όπως η συνεργατικότητα, η γενναιοδωρία, η μείωση της επιθετικότητάς τους (Feshbach & Feshbach, 1982) και με την καλή ψυχολογική προσαρμογή των παιδιών σε ποικίλες δύσκολες καταστάσεις, όπως είναι ο χωρισμός των γονέων τους (Amato & Kieth, 1991. Kurdek, Blisk. & Siesky, 1981) ή τα προβλήματα προσαρμογής των παιδιών στις αίθουσες διδασκαλίας (Work & Olsen, 1990).

➤ *Εκπαίδευση και Ενσυναίσθηση*

Οι Feshbach & Feshbach (1987) υποστηρίζουν ότι υπάρχει αξιοσημείωτη σύνδεση τόσο ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις όσο και ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τις διαπροσωπικές σχέσεις εκπαιδευτικών-μαθητών (Ζγαντζούρη & Πουρκός, 1997. Μαλικιώση-Λοΐζου, 2001). Ο Goleman (1997) διαπίστωσε ότι τα παιδιά που διακρίνονται με υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης είναι περισσότερο προσφιλή ανάμεσα σε συμμαθητές και εκπαιδευτικούς και η συμπάθεια αυτή συσχετίζεται με τις επιδόσεις τους.

➤ *Ηθική, Κοινωνικές δεξιότητες και Ενσυναίσθηση*

Η επιθυμία που έχουν οι άνθρωποι να βοηθούν τους συνανθρώπους τους συνδέεται θετικά με την ενσυναίσθηση (Batson, Dyck, Brandt, Batson, Powell, McMaster, & Griffith, 1988. Toi & Batson, 1982). Επίσης, μέσα από τη διεξαγωγή

μελετών κυρίως με παιδιά αποδεικνύεται ότι η ενσυναίσθηση συνδέεται με τη συνεργατικότητα (Markus, Roke, & Bruner, 1985. Marcus. Telleen, &Roke, 1979) και την ανιδιοτέλεια (Goleman, 1997. Hoffman, 1984). Αρνητική είναι η σχέση της ενσυναίσθησης με την επιθετικότητα (Feshbach, 1997. Feshbach & Feshbach, 1982. Mehrabian & Epstein. 1972. Miller & Eisenberg, 1988). Σύμφωνα με τον Hoffman (1987) η διάθεση που έχουν οι άνθρωποι να βοηθούν τους συνανθρώπους τους συσχετίζεται και με ηθικά κίνητρα, η ενσυναίσθηση συνδέεται με ηθικά ζητήματα, δεδομένου ότι τα ηθικά διλήμματα προκύπτουν κυρίως όταν έχει κανείς να κάνει με πιθανά θύματα. Από την μελέτη φαίνεται ότι όσο περισσότερη ενσυναίσθηση νιώθει κάποιος για το θύμα, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες να επέμβει (Goleman, 1997). Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει τη σχέση της θυμικής ενσυναίσθησης με ποικίλες ηθικές αξίες ανάλογα με το φύλο και τον επιστημονικό κλάδο (Myyry & Helkama, 2001). Άτομα που ανήκουν στις κοινωνικές επιστήμες έχουν υψηλότερη βαθμολογία στην ενσυναίσθηση από άτομα απασχολούμενα στη διοίκηση των επιχειρήσεων και την τεχνολογία. Η θυμική ενσυναίσθηση συνδέεται έντονα με αξίες όπως η καθολικότητα, η καλοκαγαθία και η πνευματικότητα, αποτέλεσμα που ενισχύει την άποψη ότι η θυμική ενσυναίσθηση κινητοποιεί συμπεριφορές οι οποίες αποσκοπούν στην ευημερία των άλλων.

➤ *Νοημοσύνη και Ενσυναίσθηση (IQ & EQ)*

Χωρίς αμφιβολία η ενσυναίσθηση συνδέεται με τη νοημοσύνη (Goleman, 1997, Gottman, 2000). Οι Shlien και Goleman (1997) διαπίστωσαν ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί μια από τις μορφές νοημοσύνης κι από αυτήν εξαρτάται η ομαλή συναισθηματική προσαρμογή του ατόμου.

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με όσα αναπτύχθηκαν ανωτέρω είναι ξεκάθαρο ότι στην ανάπτυξη και στην έκφραση της ενσυναίσθησης επιδρούν τόσο περιβαλλοντικοί όσο και προσωπικοί παράγοντες. Ο ρόλος της οικογένειας καθώς και οι σχέσεις μεταξύ των μελών της έχουν κυρίαρχο ρόλο, όμως και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα με τα οποία προικίζονται τα άτομα από τη φύση και τη κοινωνία, συμμετέχουν αδιαμφισβήτητα στην ικανότητα για κατανόηση και έκφραση της ενσυναίσθησης σε διάφορα επίπεδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η σημασία της ενσυναίσθησης στον τομέα της υγείας

Η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (2013) υποστήριξε ένα πρότυπο βιωματικό πρόγραμμα εκπαίδευσης φοιτητών ιατρικής και επαγγελματιών υγείας στην ενσυναίσθηση με τον τίτλο «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!». Βάσει αυτού του προγράμματος οι φοιτητές πειραματίστηκαν σε κλειστές εκπαιδευτικές ομάδες με στόχο να μελετήσουν την ικανότητα της ενσυναίσθησης ώστε να βελτιωθεί όσον το δυνατό η σχέση ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή.

Η εκπαιδευτική διαδικασία που ακολουθήθηκε στο συγκεκριμένο πρόγραμμα ήταν βιωματική, δηλαδή οι φοιτητές εξασκούνταν μέσα από παιχνίδια ρόλων, ενώ παράλληλα εκπαιδούνταν με τη χρήση πηλού και την κατασκευή κολάζ. Στη συγκεκριμένη αυτή εκπαιδευτική διαδικασία δε χρειάστηκαν οι φοιτητές να μελετήσουν στο σπίτι τους. Το εν λόγω εκπαιδευτικό πρόγραμμα «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!» απέσπασε ήδη δύο βραβεία (Βέλτιστη Μαθησιακή Εμπειρία- Έρευνα σε Πανεπιστήμιο με σημαντικό κοινωνικό αντίκτυπο) για τη δομή και τη φιλοσοφία που το διέκρινε.

Σύμφωνα με τη μελέτη μιας Αμερικανικής Ιατρικής Εταιρίας «ένας φοιτητής τελειώνοντας την Ιατρική Σχολή θα πρέπει να έχει μάθει κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής του το πώς θα είναι ενσυναισθητικός με τους ασθενείς του». Ωστόσο, στην Ελλάδα καμία Ιατρική Σχολή δεν προσέφερε μια τόση στοχευμένη εκπαιδευτική διαδικασία.

Η διεθνής βιβλιογραφία που υπάρχει καθώς και η έρευνα που έχει γίνει για τη σπουδαιότητα της ενσυναίσθησης είναι η αιτία διαλόγου γύρω από τη σχέση γιατρού-ασθενή. Μπορεί η ενσυναίσθηση να ωφελήσει ολόκληρο το σύστημα υγείας και αν ναι, με ποιον τρόπο; Ένας γιατρός που κατέχεται από ενσυναίσθηση οδηγείται σε καλύτερη διάγνωση αλλά και εντόπιση των ψυχοσωματικών εκδηλώσεων νοιώθοντας και ο ίδιος ικανοποίηση από την εργασία. Η αίσθηση που αποκομίζει ο ασθενής ότι ο γιατρός του έχει πραγματικά κατανοήσει το πρόβλημά του, τον

προτρέπει και τον ενθαρρύνει να ακολουθήσει με περισσότερη ευλάβεια τις οδηγίες του γιατρού και να τον εμπιστευτεί περισσότερο. Αποτέλεσμα αυτής της υγιούς σχέσης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή είναι η μείωση επισκέψεων στα επείγοντα περιστατικά καθώς και των άσκοπων εργαστηριακών εξετάσεων. Ο ασθενής τηρεί τις οδηγίες, συνεπώς ο χρόνος θεραπείας μειώνεται, ενώ ο γιατρός αποτελεί πια ένα βασικό μέρος του υποστηρικτικού δικτύου του ασθενή.

Οι ερευνητές Robin, DiMatteo & Leslie R. Martin μέσα από διάφορες μελέτες υποστήριξαν ότι «η ενσυναίσθηση ενός γιατρού για την συναισθηματική κατάσταση του ασθενή του μπορεί να ασκήσει ευεργετική επίδραση στην φροντίδα και την θεραπεία του τελευταίου». Πρώτον ο γιατρός διευκολύνεται να καταλήξει με ακρίβεια στην διάγνωση όταν έχει επίγνωση και κατανοεί την συναισθηματική και βιολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής του. Δεύτερον, η ενσυναίσθηση μπορεί να βελτιώσει συνολικά την διαδικασία της ιατρικής θεραπείας. Τρίτον, όταν οι ασθενείς νιώθουν ότι οι ιατροί τους καταλαβαίνουν, είναι περισσότερο πιθανό να ακολουθήσουν τις θεραπευτικές οδηγίες.

Οι Bertman S., Krant, M.J (1997) διαπίστωσαν ότι «Η ενσυναίσθηση δεν είναι άρνηση, αποφυγή, ψεύτικη αισιοδοξία, συσκότιση των ζητημάτων μέσα από τη χρήση μιας έξυπνης επαγγελματικής διαλέκτου, ούτε εμφύχωση του αρρώστου όταν η κατάσταση του δεν το επιτρέπει. Αντίθετα, ένας θεραπευτικός δεσμός που χαρακτηρίζεται από το στοιχείο της ενσυναίσθησης προϋποθέτει τη συναισθηματική επαφή, την ακριβή περιγραφή της κατάστασης και το μοίρασμα της γνώσης, καθώς και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος μέσα στο οποίο το άτομο μπορεί να νιώσει ασφάλεια, έτσι ώστε να εκφράσει τις βαθύτερες ανησυχίες του» ([Toknowofsufferingandtheteachingofempathy. Social Science and Medicine](#), 11, 639-644).

Σύμφωνα με τους Feighny, Monaco και Arnold, L. (1995), διαπιστώθηκε ότι η ικανότητα που έχει ο γιατρός να αισθάνεται τον ασθενή του εξαρτάται από την επικοινωνιακή δεξιότητα που έχει αναπτύξει ο γιατρός. Οι άνθρωποι δε διαθέτουν στον ίδιο βαθμό την ικανότητα να κατανοούν και να μεταδίδουν μη λεκτικά μηνύματα, όπως επίσης δεν είναι εξίσου ευαίσθητοι απέναντι στα συναισθήματα των άλλων. Ακριβώς επειδή η ενσυναίσθηση είναι τόσο σημαντική για τη φροντίδα των ασθενών, οι ιατροί που δεν έχουν αναπτύξει επαρκώς τις συγκεκριμένες δεξιότητες

μπορούν και οφείλουν να αναπτύξουν την ικανότητα να επικοινωνούν μέσω της ενσυναίσθησης με τους ασθενείς τους (Feighny et.al. 1995).

Οι ερευνητές Bertman και Krant (1997,) ήθελαν να εξετάσουν και να τονίσουν ότι η ικανότητα της ενσυναίσθησης οφείλεται σε τρεις σημαντικές συνιστώσες. Συγκεκριμένα:

Πρώτη συνιστώσα: η γνωστική. Μέσα από προσεκτική παρατήρηση της συμπεριφοράς του ο επαγγελματίας υγείας, θα πρέπει να γνωρίζει, έστω διανοητικά, τι είναι αυτό που βιώνει σε σωματικό επίπεδο το άτομο που πάσχει από κάποια συγκεκριμένη ασθένεια ή έχει υποστεί ένα τραυματισμό, καθώς και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που συνοδεύουν την κατάσταση που αντιμετωπίζει.

Δεύτερη συνιστώσα: η συναισθηματική. Ο ιατρός δείχνει ευαισθησία προς τον ασθενή του μέσα από χειρονομίες, πράξεις αλλά και τις σωστές εκφράσεις που χρησιμοποιεί.. Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να προσπαθήσει να συνδέσει αυτό που θεωρεί ότι αισθάνεται ο ασθενής με την προσωπική συναισθηματική εμπειρία του ασθενούς σε μια προσπάθεια να κατανοήσει τι πραγματικά βιώνει.

Τρίτη συνιστώσα: η επικοινωνιακή. Βάσει αυτής ο ασθενής κατανοεί ότι ο ιατρός αντιλαμβάνεται και βιώνει τα γεγονότα με ακρίβεια όσα αισθάνεται τη δεδομένη στιγμή. Για να είναι ενσυναίσθητικός ο επαγγελματίας υγείας πρέπει με κάποιο τρόπο να μεταβιβάσει στον ασθενή το μήνυμα ότι λαμβάνει σοβαρά υπόψη τη συναισθηματική εμπειρία του. (Di Matteo και Martin L.R. (2011).

Εν κατακλείδι, η ικανοποίηση που νοιώθει ο ασθενής μέσα από τη συναισθηματική φροντίδα των επαγγελματιών υγείας έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση πιθανών αγωγών σε περίπτωση μη καλής έκβασης της θεραπείας.

2.2 Η ιδιαιτερότητα της ενσυναίθησης στον τομέα της ψυχικής υγείας

Ο Χόρχε Μπουκάι ανέφερε ότι «η ψυχική υγεία συνεπάγεται συμπεριφορά θερμή, γενναιοδωρή και γεμάτη κατανόηση, συναίσθημα τρυφερό, στάση εγκάρδια και πράξεις αλληλεγγύης...».

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, «η ψυχική υγεία δεν προϋποθέτει μόνο την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά ορίζεται ως κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά επιτεύγματα. Δίνεται έμφαση δηλαδή στη λειτουργικότητα του ατόμου στο ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον, μέσα από την συμβίωση και την συνλειτουργικότητα με άλλα άτομα, καθώς η ψυχική του υγεία εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους ανθρώπους.

Πάνω από το ένα τρίτο των ανθρώπων στις περισσότερες χώρες, αναφέρουν προβλήματα που ταιριάζουν στα κριτήρια διάγνωσης τουλάχιστον μιας από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές σε κάποια φάση της ζωής τους». (ΠΟΥ, 2000).

Οι Cowen (1994), Ζήση, Πολεμικός, & Καΐλα, (2005) υποστηρίζουν ότι η έννοια της ψυχικής υγείας είναι αφαιρετική, ευρεία, πολυδιάστατη και υποκειμενική, και επομένως δύσκολο να προσδιοριστεί εννοιολογικά. Σύμφωνα με άλλες έρευνες και απόψεις που διατυπώθηκαν (Herman, 2001, Χίου, Ζήση, Ξανθάκου, & Καΐλα, 2005), διαπιστώνεται ότι η έννοια της ψυχικής υγείας δεν εξαντλείται μόνο στην απουσία ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών, αλλά εμπλουτίζεται με μια ευρεία κλίμακα θετικών ψυχολογικών καταστάσεων και κοινωνικών συμπεριφορών, όπως αυτό-αποτελεσματικότητα (ικανότητα της θετικής ανταπόκρισης στις προκλήσεις της ζωής), αισιοδοξία, αυτονομία, θετική αυτό-εικόνα, ικανότητα σκέψης, εκμάθησης και αυτό-προσδιορισμού, αίσθημα αυτό-αποτελεσματικότητας και αυτό-ελέγχου, θετική συνύπαρξη και αλληλεπίδραση, αναζήτηση και προσφορά βοήθειας.

Επίσης οι Τσαλίκογλου και Αρτινοπούλου (2003) υποστηρίζουν ότι η ψυχική υγεία στο σύγχρονο δυτικό πολιτισμό ορίζεται «ως η ισόρροπη κατάσταση μεταξύ όλων των 4 διαστάσεων της ζωής του ατόμου (βιολογικών, κοινωνικών, συναισθηματικών και πνευματικών), κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει ικανοποιητικά επίπεδα συναισθηματικής και συμπεριφορικής προσαρμογής» (Τσαλίκογλου & Αρτινοπούλου, 2003, σ.3). Με λίγα λόγια η ψυχική υγεία, αποτελεί συνισταμένη βιολογικών και ψυχο-κοινωνικών παραγόντων που βρίσκονται σε αλληλεπίδραση. Στον ορισμό της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου υπεισέρχονται δύο τύπων έννοιες: α) η στατιστική έννοια, η οποία αφορά το βαθμό που συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές παρεκκλίνουν από ένα προκαθορισμένο πρότυπο και β) η κανονιστική έννοια, η οποία αναφέρεται στον τρόπο που τα παραπάνω αξιολογούνται σε ένα συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο. Επιπρόσθετα, η ιδέα της κανονικότητας στην ψυχική υγεία είναι σε ένα βαθμό προβληματική. Η συγκεκριραμένη έννοια είναι δυνατόν να προσεγγιστεί και να γίνει αντιληπτή πολλαπλά: α) μέσω της έννοιας της απουσίας της παθολογίας, β) μέσω των ουμανιστικών θεωριών και της λειτουργίας της αυτοπραγμάτωσης, γ) μέσω του επιπέδου της λειτουργικότητας της πλειοψηφίας των ατόμων και δ) ως το προϊόν αλληλεπιδρούντων συστημάτων, τα οποία αλλάζουν στο διηνεκές του χρόνου, σύμφωνα με την ηλικία του ατόμου και τους αναπτυξιακούς σταθμούς που το άτομο κατακτά. Η ενσυναίσθηση στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι δύσκολη χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει ότι δεν έχουν γίνει σημαντικές αλλαγές.

2.3 Δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους

Δεν μπορεί να αριθμηθεί ο πόνος και η δυστυχία που αντιμετωπίζουν τόσο οι ψυχικά ασθενείς όσο και οι οικογένειές τους. Μέσα από μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι παγκοσμίως 121 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από κατάθλιψη, 70 εκατομμύρια από προβλήματα που έχουν σχέση με το αλκοόλ, 24 εκατομμύρια από σχιζοφρένεια και 37 εκατομμύρια από άνοια. Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες διαπιστώθηκε ότι τα προβλήματα αυτά δεν ήταν ορατά καθώς υπήρχε έλλειψη εργαλείων εκτίμησης της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών καθώς και δινόταν αλλού προτεραιότητα στον τομέα της υγείας.

Όμως ο ραγδαίος ρυθμός των εξελίξεων άλλαξε την κοινή γνώμη, η οποία συνειδητοποίησε τη σημαντική υποτίμηση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών. Σε αυτό βοήθησε η έκδοση της Έκθεσης για την Παγκόσμια Ανάπτυξη: Επενδύοντας στην Υγεία (Παγκόσμια Τράπεζα, 1993) και η χρήση του DALYS – έτη ζωής σταθμισμένα ως προς την ανικανότητα – για τον υπολογισμό της επιβάρυνσης των νοσημάτων παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένων των ετών που χάνονται λόγω ανικανότητας (Murray & Lopez, 1996, 2000).

Οι αναπτυσσόμενες χώρες με ανεπαρκώς αναπτυγμένα συστήματα φροντίδας για την ψυχική υγεία, πιθανόν να έχουν μεγαλύτερες αυξήσεις στην επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών. Το προσδόκιμο της ζωής ατόμων με ψυχικές διαταραχές αναμένεται να αυξηθεί και η βαθμιαία αύξηση του προσδόκιμου ζωής του γενικού πληθυσμού αναμένεται να έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερους αριθμούς ηλικιωμένων με κατάθλιψη και άνοια.

Άλλοι λόγοι, που είναι δυνατόν να προκαλέσουν αύξηση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών, είναι η ταχεία αστικοποίηση, οι συγκρούσεις, οι καταστροφές και οι μακροοικονομικές αλλαγές. Η αστικοποίηση ακολουθείται από αυξημένη έλλειψη στέγης, φτώχεια, έλλειψη ζωτικού χώρου, υψηλότερα επίπεδα μόλυνσης, διάλυση των οικογενειών και απώλεια κοινωνικής στήριξης. Όλα αυτά αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τις ψυχικές διαταραχές (Desjarlais et al., 1995).

Εκτός από την προφανή δυστυχία που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές, υπάρχει και η καλυμμένη επιβάρυνση του στίγματος¹ και των διακρίσεων, αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους. Σε διάφορες εποχές και κοινωνίες, πολλές ήταν οι ασθένειες που πήραν το χαρακτήρα «στίγματος», ο καρκίνος, η φυματίωση, το AIDS. Οι διαταραχές που στιγματίζονταν θεωρούνταν ανυπόληπτες και εξευτελιστικές. Αναμφίβολα όμως, η πιο στιγματισμένη μεταξύ όλων είναι η ψυχική νόσος. Ο στιγματισμός των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εμφανίζεται τόσο σε χώρες με

¹ Ο ορισμός του στίγματος είναι κηλίδα, ανεξίτηλο σημάδι, λεκές. Μεταφορικά το στίγμα είναι ένας έντονα μειωτικός χαρακτηρισμός που αποδίδεται σε κάποιον και από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγθεί. Είναι η κακή φήμη και η ηθική απαξία που συνοδεύει και βαρύνει οριστικά κάποιον. Στιγματίζω σημαίνει σημαδεύω, κατηγορώ, επικρίνω κάποιον με οξύτητα, του αποδίδω ένα βαρύ χαρακτηρισμό που έχει ως αποτέλεσμα την οριστική ηθική του μείωση ή εξόντωση. Κατά το Μεσαίωνα υπήρχε η συνήθεια να σημαδεύεται ο εγκληματίας με πυρακτωμένη σφραγίδα.

χαμηλό εισόδημα όσο και με υψηλό. Εκδηλώνεται ως προκατάληψη, στερεοτυπική αντιμετώπιση, φόβος, ντροπή, θυμός, απόρριψη ή αποφυγή.

Τη διαιώνιση του στίγματος εξαιτίας της ψυχικής νόσου εκτός από την έλλειψη γνώσεων έρχεται να εξηγήσει και η φυσική ροπή του ανθρώπου στο να διατυπώνει προκατειλημμένες και στερεότυπες εκτιμήσεις. Συχνά ο άνθρωπος οδηγείται σε αυθαίρετες εκτιμήσεις της πραγματικότητας, ιδιαίτερα υπό το καθεστώς έντονου άγχους και φόβου. Προϊόν της παραπάνω διαδικασίας είναι οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές υφίστανται παραβιάσεις των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών τους, όπως και αρνήσεις να ασκήσουν τα κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά δικαιώματά τους, και τα ιδρύματα και στην κοινότητα. Η σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακομεταχείριση είναι καθημερινές εμπειρίες για τους ψυχικά ασθενείς. Αντιμετωπίζουν την απόρριψη, την άδικη άρνηση να εργαστούν και διακρίσεις ως προς την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες, στην ασφάλιση και στη στέγαση. Μεγάλο μέρος όλων αυτών δεν δηλώνεται πουθενά και επομένως η επιβάρυνση δεν ποσοτικοποιείται.

Η αυτοεκτίμηση ενός ανθρώπου επηρεάζεται άμεσα από το βαθμό περιθωριοποίησης και υποτίμησης. Έτσι ο ασθενής εσωτερικεύει το στίγμα και αισθάνεται υποτίμηση, ντροπή και δυσφορία. Εμφανίζει επίσης συμπεριφορές απόσυρσης και απόκρυψης. Με αποτέλεσμα αυτοί οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζουν τους ανθρώπους που τους βλέπουν με προκατάληψη, φόβο και τους «κολλούν» τη ρετσινιά της ψυχικής ασθένειας που έχουν.

Δυστυχώς η ανθρώπινη κοινωνία στην προσπάθειά της να μη χάσει τη συνοχή της, γελοιοποιεί και περιθωριοποιεί τους ψυχικά ασθενείς. Έχοντας την πεποίθηση ότι με αυτή τη συμπεριφορά τους ενδυναμώνουν την αίσθηση ομοιογένειας της κοινωνίας μας, αλλά δυστυχώς αυτό που πετυχαίνουν είναι να μην υπάρξει η σωστή πρόληψη και παράλληλα η σωστή αποκατάσταση των ατόμων με ψυχολογικές διαταραχές.

Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα στη ζωή τους συχνά τρομοκρατούνται στην ιδέα και μόνο πως μπορεί να έχουν «ψυχολογικά

προβλήματα». Συνήθως το αποσιωπούν και πιστεύουν ότι είναι κάτι για το οποίο θα πρέπει να ντρέπονται.

Στην προσπάθειά τους να αποσιωπήσουν το ψυχολογικό τους πρόβλημα δεν προσφεύγουν σε ειδικούς με αποτέλεσμα να μη παίρνουν τη σημαντική βοήθεια των ειδικών και να μην έχουν επίγνωση της σοβαρότητας της κατάστασής τους.

Δεν καταφεύγουν να ζητήσουν βοήθεια μέσα από συζήτηση ούτε με το ίδιο το οικογενειακό, κοινωνικό ή και το εργασιακό τους περιβάλλον, ζώντας με το φόβο μήπως και τους απορρίψουν. Σε πολλές περιπτώσεις, ο φόβος της ψυχικής διαταραχής δημιουργεί πολύ περισσότερα προβλήματα και από την ίδια τη διαταραχή.

Άξιο αναφοράς κάποιοι μύθοι – προκαταλήψεις που αναφέρονται στους ψυχικά ασθενείς. Ένας πρώτος μύθος που απορρίπτεται είναι ότι πολλοί πιστεύουν ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι και βίαιοι. Αυτή η αντίληψη υποδαυλίζεται συχνά από τις περιγραφές εγκλημάτων στα ΜΜΕ όταν κάποιος γενικά και αόριστα αναφέρεται ως ψυχικά ασθενής. Η πραγματικότητα όμως είναι πολύ διαφορετική. Σε πρόσφατες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ψυχική ασθένεια δεν χρησιμοποιεί βία και γενικότερα τα άτομα αυτά δεν είναι περισσότερο επικίνδυνα σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό. Οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες δεν είναι ούτε βίαιοι, ούτε εγκληματίες. Αντιθέτως, είναι πολύ πιθανό να είναι θύματα παρά θύτες.

Αυτό δε σημαίνει ότι δεν μπορεί να υπάρχουν άτομα με ψυχικές διαταραχές που είναι βίαιοι. Αυτά τα άτομα οδηγούνται σε βίαιες πράξεις μόνο όταν δεν εφαρμόζεται η κατάλληλη θεραπεία ή δε λαμβάνουν τα φάρμακά τους, οδηγούνται στην κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ και δεν έχουν την κατάλληλη υποστήριξη. Η βίαιη συμπεριφορά τις πιο πολλές φορές περιλαμβάνει πράξεις που σχετίζονται με την επιβίωσή τους, μιας και το ποσοστό των αυτοκτονιών είναι αρκετά υψηλό: 15-20 %.

Ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η βίαιη και επικίνδυνη συμπεριφορά σε αυτήν την ομάδα ψυχικά ασθενών είναι η πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες, η λήψη της κατάλληλης θεραπείας, η βελτίωση της σχέσης τους με την οικογένεια και το

κοινωνικό περιβάλλον, η τακτική παρακολούθηση και έγκαιρη παρέμβαση στην κρίση.

Ένας άλλος μύθος αφορά στο ότι ο ψυχικά ασθενής είναι ανίκατος και ανεύθυνος για τις πράξεις του. Μετά τη δεκαετία του 40 και την ανακάλυψη δραστικών βιολογικών θεραπειών για την αντιμετώπιση των ψυχώσεων τα στερεότυπα έπαψαν να είναι δικαιολογημένα. Με κατάλληλη και έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση αποδείχτηκε ότι η σχιζοφρένεια μπορούσε αποτελεσματικά να θεραπευτεί. Όσον αφορά στην ανευθυνότητα, μόνο σε περιπτώσεις βαριάς μορφής της νόσου μπορεί να επηρεαστεί η κρίση του ασθενή (αν κάνει υποτροπή ή διακόψει τη θεραπευτική αγωγή) και αυτό όμως είναι παροδικό.

Μελετητές υποστηρίζουν ότι δεν αποδεικνύεται η ευθύνη της οικογένειας στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας καθώς δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι το οικογενειακό περιβάλλον, η ελλιπής διαπαιδαγώγηση ή η κακή ανατροφή προκαλούν σχιζοφρένεια. Ενώ αντίθετα υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που πιστοποιούν επαρκώς τα βιολογικά αίτια της νόσου. Χιλιάδες γονείς υποφέρουν από συναισθήματα ντροπής και ενοχής, γιατί θεωρούν ότι πιθανόν αυτοί με τη συμπεριφορά τους προκάλεσαν αυτή την κατάσταση. Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν. Ένας ακόμα μύθος, τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να εργαστούν, ακόμη κι αν παρουσιάζουν συμπτώματα. Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες βελτιώνονται πολύ όταν εργάζονται και γενικά φαίνεται ότι η εργασία συμβάλλει στη θεραπεία.

Εν κατακλείδι σε αυτή την ενότητα, αξίζει να αναφερθεί η άποψη του Goffman ότι αυτό που η κοινωνία κάνει και βάζει την «ετικέτα» ενός στιγματισμένου και ενός μη-στιγματισμένου ανθρώπου είναι θέμα οπτικής, δηλαδή είναι αποτέλεσμα κοινωνικο-πολιτισμικών παραγόντων που επιδρούν στην διαμόρφωση της άποψης.

2.4 Ανάγκες που πρέπει να καλύψουν οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους

Η φροντίδα ενός ψυχικά ασθενούς από την ίδια του την οικογένειά είναι πάρα πολύ δύσκολη γιατί υπάρχει τεράστιο, δυστυχώς, οικονομικό και κοινωνικό κόστος.

Η πιο φανερή οικονομική επιβάρυνση είναι το άμεσο κόστος της θεραπευτικής αγωγής. Πολλές ψυχικές διαταραχές είναι χρόνιες και τείνουν να υποτροπιάζουν. Αυτό σημαίνει μακροχρόνιες ή επανειλημμένες θεραπείες και φροντίδα, πράγμα που επιβαρύνει σημαντικά το κόστος.

Η απώλεια εργασίας και η μειωμένη παραγωγικότητα των ψυχικά ασθενών ανθρώπων καθώς και όσων τους φροντίζουν, (π.χ. οι οικογένειές τους) είναι το έμμεσο οικονομικό κόστος που προκύπτει. Σε αντίθεση με την κατάσταση που αφορά άλλα προβλήματα υγείας, το έμμεσο κόστος των ψυχικών διαταραχών φαίνεται ότι είναι υψηλότερο από το άμεσο. Σύμφωνα με τους Greenbergetal (1993)στην Αμερική το έμμεσο κόστος των απουσιών από την εργασία και της απολεσθείσας παραγωγικότητας, που αποδίδεται στην κατάθλιψη, υπολογίστηκε σε 31 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή σχεδόν τριπλάσιο του άμεσου κόστους θεραπείας. Ενώ σύμφωνα με τους Kindand Sorensen (1993) στο Ηνωμένο Βασίλειο, το έμμεσο κόστος υπολογίστηκε σε 2,97 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας σχεδόν έξι φορές το άμεσο κόστος θεραπείας. Ο Chrisolmetal (2000) υποστηρίζει ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες, το άμεσο κόστος θεραπείας τείνει να είναι μικρότερο από ότι στις αναπτυγμένες, κυρίως λόγω έλλειψης θεραπείας, ενώ το έμμεσο κόστος θεραπείας όμως, λόγω της χρονικής επιμήκυνσης των μη αντιμετωπιζόμενων νόσων και της συνακόλουθης ανικανότητας, είναι πιθανόν να έχει μεγαλύτερη αναλογία στη συνολική οικονομική επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών.

Αυτό το οικονομικό κόστος πρέπει συνήθως να το υποστούν οι οικογένειες και όσοι φροντίζουν τους ασθενείς, εκτός αν ζουν στις λίγες εκείνες χώρες με καλά λειτουργούσα οικονομία της αγοράς, αλλά και με κοινωνική πρόνοια, με καλά χρηματοδοτούμενα συστήματα δημόσιας φροντίδας για την ψυχική υγεία, που καλύπτουν τους ασθενείς. Ωστόσο, εκεί που οι οικογένειες φέρουν το βάρος, οι κυβερνήσεις και οι κοινωνίες πληρώνουν τελικά και αυτές, λόγω του μειωμένου εθνικού εισοδήματος και των αυξημένων δαπανών για προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το έμμεσο κόστος, δηλαδή το σχετιζόμενο με την απολεσθείσα παραγωγικότητα, ξεπερνά το άμεσο. Επομένως, από οικονομική άποψη, το θέμα είναι ξεκάθαρο για τις χώρες και τις κοινωνίες: η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών είναι δαπανηρή, αλλά είναι πιο δαπανηρό να αφεθούν αθεράπευτες. Η μη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών λοιπόν, αντιβαίνει τα συμφέροντα των χωρών.

Το κοινωνικό κόστος συμπεριλαμβάνει: έκπτωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών ανθρώπων, των οικογενειών τους και όσον τους φροντίζουν, αλλοτρίωση και εγκληματικότητα μεταξύ των νέων, των οποίων τα προβλήματα ψυχικής υγείας κατά την παιδική ηλικία δεν αντιμετωπίζονται και κακή γνωστική ανάπτυξη των παιδιών με γονείς με ψυχικές διαταραχές.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) στις αναπτυσσόμενες χώρες η χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ανεπαρκής. Σχεδόν το 28% των χωρών δεν έχει ξεχωριστό προϋπολογισμό για τη ψυχική υγεία. Από τις χώρες με ξεχωριστό προϋπολογισμό για την υγεία, το 7% ξοδεύει λιγότερο από 1% του συνόλου του προϋπολογισμού για την υγεία, υπέρ της ψυχικής υγείας. Στο 62% των αναπτυσσόμενων και στο 16% των αναπτυγμένων χωρών αποδίδεται στην ψυχική υγεία λιγότερο και από 1% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία.

Υπάρχει, έτσι, σημαντικό χάσμα μεταξύ της επιβάρυνσης που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές και των πόρων που διατίθενται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επομένως, είναι ανάγκη οι ψυχικές διαταραχές να λαμβάνονται υπόψη όταν λαμβάνονται οι πολιτικές και τα σχέδια δράσης για την υγεία. Συγκεκριμένα, πρέπει να υπάρχει ισοτιμία με τις σωματικές νόσους όταν επιμερίζονται οι πόροι με βάση την προκαλούμενη επιβάρυνση. Επομένως, υπάρχει ανάγκη ισότητας και δικαιοσύνης, όταν γίνεται η διανομή των πόρων μέσα στον ίδιο τον τομέα της ψυχικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΕΜΠΟΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

3.1 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

Τόπος θεραπείας όλων των ψυχιατρικών παθήσεων είναι πλέον το περιβάλλον των ασθενών, δηλαδή η κοινότητα, ενώ οι σοβαρές υποτροπές αντιμετωπίζονται με βραχυχρόνιες συνήθως νοσηλείες στα τμήματα οξέων περιστατικών και στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων. Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει αποδεκτό ότι για τις ψυχωτικές διαταραχές υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες και ακόμη έχει καταστεί αντιληπτή η διαρκώς αυξανόμενη νοσηρότητα από άλλα ψυχικά νοσήματα, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές.

Σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες και μετά τη διαπόμευση μας στις αρχές της δεκαετίας του '80 με την καθιέρωση διεθνώς του όρου «Λεροποίηση» που υποδήλωνε τον απάνθρωπο ιδρυματισμό των χρόνιων ψυχικά ασθενών, τα τελευταία 20 χρόνια οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα μεταρρυθμίζονται σταδιακά και το παρωχημένο μοντέλο του πολύχρονου και μη αναγκαίου θεραπευτικά εγκλεισμού στα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα δίνει την θέση του σε μικρές σύγχρονες μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα και ταυτόχρονα σε νέες κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή στη νομοθεσία που διέπει την Ελλάδα σχετικά με τις υπηρεσίες της ψυχικής υγείας, παρατηρούμε ότι ο Ν. 1397/83 αποτέλεσε την αρχή για το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι και στη συνέχεια εφαρμόστηκε ο κανονισμός 815/84, συνέχεια του συγκεκριμένου κανονισμού υπήρξε το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός»², το οποίο αναθεωρήθηκε το 2001, [...] το πρόγραμμα «Ψυχαργός» δεν εστιάζει μόνο στους ασθενείς που επί χρόνια ζούσαν στο άσυλο, αλλά και στους ασθενείς που ζουν στην κοινότητα. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ενίσχυση και επέκταση των ευκαιριών κατάρτισης και απασχόλησης

² Η κωδική του ονομασία προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

των ψυχικά πασχόντων, με στόχο να παραμείνουν στην κοινότητα, εκτός νοσοκομείου, και να έχουν ευκαιρίες και δυνατότητες επαγγελματικής ένταξης.

Η υποχρηματοδότηση που υπήρξε την περίοδο του 2005, 2006 και 2007 ανάγκασε των Ευρωπαϊό Επίτροπο Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων VladimirSpidla να θέσει την Ελλάδα υπό καθεστώς επιτήρησης ομάδας διεθνών εμπειρογνομόνων, καθώς ήταν αδύνατη η λειτουργία των μονάδων και αβέβαιο το μέλλον των ασθενών και του προσωπικού που απασχολείτο σε αυτές.

Δυστυχώς, η μεταρρύθμιση συνάντησε εμπόδια με αποτέλεσμα να ανακοπεί ο ρυθμός της. Συγκεκριμένα: η υποχρηματοδότηση, η ανισότητα στην κατανομή των δομών, οι ανεπαρκείς γνώσεις τόσο στην πρόληψη όσο και στη νοσηλεία καθώς και η έλλειψη τομεοποίησης ήταν μερικές από τις αιτίες. Έχει να κάνει με την άποψη ότι ο ψυχικά ασθενής θεωρείται άτομο που δεν είναι σε θέση να συμβάλλει στην παραγωγή και επομένως δεν χρειάζεται να επενδύσει πάνω του η πατρίδα. Έχει να κάνει με το ότι τα δικαιώματα των ανθρώπων με ψυχική αναπηρία παραμένουν ευχολόγια. Έχει να κάνει με την έλλειψη γνώσης για την ψυχική νόσο και το στίγμα που την συνοδεύει που διαπερνά το σύνολο της κοινωνίας μας από τον απλό γείτονα έως τους υψηλόβαθμους κρατικούς λειτουργούς και τους πολιτικούς που παίρνουν τις αποφάσεις και κατανέμουν τις πιστώσεις.

Η οικογένεια των ψυχικά ασθενών ατόμων αποτέλεσε ένα μεγάλο ζήτημα για την ελληνική πραγματικότητα. Αποτέλεσμα αρκετών μελετών είναι η επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητας των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων στην οικογένεια. Το κίνημα του αποϊδρυματισμού και η αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενή έξω από το ίδρυμα στην κοινότητα κατέστησε το ρόλο της οικογένειας ακόμα πιο σημαντικό. Η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον ψυχικά ασθενή και είναι η μοναδική πηγή φροντίδας.

Παρόλα τα βήματα που γίνονται, δυστυχώς, οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια δεν έχουν γίνει αποδεκτές από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι ψυχικά ασθενείς που ζουν με τις οικογένειες τους δεν έχουν τύχει κατάλληλου θεσμικού σχεδιασμού που να βοηθάει στη φροντίδα και την αποκατάστασή τους.

Όλα αυτά οδήγησαν στην ίδρυση Συλλόγων Οικογενειών ήδη από την δεκαετία του '90 και στην ίδρυση της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία Π.Ο.Σ.Ο.Ψ.Υ. το 2003. Η Π.Ο.Σ.Ο.Ψ.Υ αποτελεί το Δευτεροβάθμιο Όργανο πολλών τοπικών συλλόγων σε όλη την Ελλάδα, εθελοντικών οργανώσεων οικογενειών, φίλων και χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που συνεχώς διευρύνεται.

Στόχος της είναι η παρακολούθηση των συμβάντων στο χώρο της ψυχικής υγείας και η οπισθοδρόμηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Με ανησυχία παρατηρεί και το φόβο με τον οποίο κατακλύζονται οι ένοικοι των στεγαστικών-αποκαταστασιακών δομών.

Βλέπει την όλη προσπάθεια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης που είναι έτοιμη να καταρρεύσει από την μη διάθεση αναγκαίων πόρων για την Ψυχική Υγεία, η οποία αποτελεί το φτωχό συγγενή του Ε.Σ.Υ.

Η Π.Ο.Σ.Ο.Ψ.Υ επικεντρώνεται στους εξής στόχους, οι οποίοι ευθυγραμμίζονται με αυτούς του Ευρωπαϊκού Κινήματος Οικογενειών, συγκεκριμένα:

- Επιθυμεί να βελτιωθεί η ποιότητα όσον αφορά τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών αλλά και να υποστηριχθούν οι φροντιστές συγγενείς και φίλοι.
- Να ενδυναμωθούν οι σύλλογοι- μέλη ώστε να βελτιώσουν το επίπεδο θεραπείας των ψυχικά ασθενών ατόμων αλλά και να εξασφαλίσουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής στις οικογένειές τους.
- Να υποστηριχθούν οι σύλλογοι – μέλη τόσο σε Εθνικό όσο και Ευρωπαϊκό επίπεδο.
- Να βελτιωθεί όσον το δυνατό το Σύστημα Παροχής Ψυχικής Υγείας.

Η Π.Ο.Σ.Ο.Ψ.Υ είναι μέλος της Ε.Σ.Α.με.Α και της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Συλλόγων Οικογενειών Ατόμων με Ψυχική Νόσο - EUFAMI καθώς και της Παγκόσμιας Συμμαχίας Συμβουλευτικών Δικτύων για την Ψυχική Νόσο – GAMIAN EUROPE.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ 2011-2020 αποτελεί συνισταμένη των ακόλουθων παραμέτρων:

1. Του αξιακού υποστρώματος της κοινοτικής ψυχιατρικής
2. Του προγενέστερου στρατηγικού σχεδιασμού της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ 2001-2009)
3. Του προγενέστερου επιχειρησιακού σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
4. Των σημείων του Συμφώνου Spidla
5. Των αξόνων δράσης του ΕΣΠΑ
6. Των συστάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Ευρωπαϊκού Συμφώνου Ψυχικής Υγείας
7. Των αξιολογήσεων και της αποτίμησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός Β και των σχετικών προτάσεων εμπλεκόμενων θεσμικών φορέων.
8. Της πολιτικής ψυχικής υγείας που εφαρμόζεται με κοινοτικούς και εθνικούς πόρους.

Βάσει των ανωτέρω το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ αποτελείται από τρεις άξονες δράσης: Ο πρώτος άξονας εστιάζει στην ανάπτυξη κατάλληλων δομών στην κοινότητα για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα. Ο δεύτερος άξονας στοχεύει στο να δημιουργηθούν τέτοιες δράσεις που να προάγουν τη ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού και να προλαμβάνουν καταστάσεις που οδηγούν σε περιπτώσεις κακής ψυχικής υγείας. Ο τρίτος άξονας αποσκοπεί στο να οργανωθεί το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) με ερευνητικές δράσεις καθώς και επιμορφωτικές δράσεις για το προσωπικό.

Αποτέλεσμα της εφαρμογής του Εθνικού Προγράμματος «Ψυχαργός» ήταν η δημιουργία 452 Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης εντός του αστικού ιστού των πόλεων όλης της επικράτειας. Οι Μονάδες αυτές, ανήκουν σε Νοσοκομεία, Ν.Π.Ι.Δ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε), Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, σε Ν.Π.Δ.Δ ή σε Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α).

Οι Μονάδες είναι:

- Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας
- Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παίδων
- Γενικών, Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές
- Ενηλίκων ή Παίδων και Εφήβων Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας
- Πανεπιστημιακές Μονάδες Ψυχικής Υγείας
- Ψυχιατρικά ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία Ιδιωτικές Κλινικές
- Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθάλψεως (Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας, Κέντρα Παρεμβάσεως στην Κρίση για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους)
- Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευόμενα Διαμερίσματα, Ανάδοχες Οικογένειες)
- Ειδικά Κέντρα Ειδικής Επανάταξης (Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης, Προστατευόμενα Εργαστήρια, Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους άνω των 15 ετών με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα)
- Κοι.Σ.Π.Ε

3.2 Προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Τα προγράμματα «Ψυχαργώ», το σύμφωνο “Spidla”, οι χρηματοδοτήσεις από την Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω των ΕΣΠΑ κυρίως για την ανάπτυξη νέων δομών δεσμεύουν τη χώρα μας, ανεξάρτητα από πολιτικές και διοικητικές αλλαγές στο Υπουργείο Υγείας, να λειτουργούν τις υπάρχουσες δομές και μετά την περίοδο της συγχρηματοδότησης, που δεδομένης της τρέχουσας δημοσιονομικής συγκυρίας αποδεικνύεται εξαιρετικά αβέβαιη.

Στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαπιστώνονται σημαντικά προβλήματα. Το σύστημα των υπηρεσιών παραμένει πολυδιασπασμένο και ασυντόνιστο, χωρίς διασύνδεση μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων και οργανισμών. Οι λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν λαμβάνουν υπηρεσίες στο πλαίσιο του Τομέα Ψυχικής Υγείας στο οποίο διαμένουν, με αποτέλεσμα πολύτιμοι ανθρώπινοι και οικονομικοί πόροι να μη χρησιμοποιούνται ορθολογικά και αποτελεσματικά.

Το καλύτερο είναι να υπάρξει αποκέντρωση των υπηρεσιών, να υπάρχει περιφερειακή διοίκηση, με λίγα η δομή να «χάσει» τον υπερσυγκεντρωτικό χαρακτήρα της. Επίσης, η ανάπτυξη ενός ενιαίου και οριζόντιου συστήματος παρακολούθησης της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν έχει επιτευχθεί, ενώ δεν εφαρμόζονται ολοκληρωμένοι μηχανισμοί διαχείρισης, παρακολούθησης και αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών.

Άλλο μεγάλο πρόβλημα είναι η χρηματοδότηση του συστήματος θα ήταν καλό να υπήρχε χρηματοδότηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα όπως και του ετήσιου ποσού από την έναρξη του έτους, η πορεία της χρηματοδότησης να αποτυπώνεται έγκαιρα ώστε να γίνεται άμεσα ο προγραμματισμός των δράσεων από τις υπηρεσίες.

Η μη σωστή στελέχωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με ειδικευμένο και σωστά καταρτισμένο προσωπικό, η μη δυνατότητα άμεσων προσλήψεων στους δημόσιους φορείς εξαιτίας της δημοσιονομικής κατάστασης της χώρας καθώς και η μη απορρόφηση των πακέτων που χρηματοδοτούνται μέσω ΕΣΠΑ, αποτελούν ένα ακόμα δυσεπίλυτο πρόβλημα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Αν και αναγνωρίζονται οι θετικές εξελίξεις που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια σε σχέση με την ειδικότητα της ψυχιατρικής και παιδοψυχιατρικής για το μη ιατρικό προσωπικό δεν έχει συντελεστεί αντίστοιχη πρόοδος σε θέματα εκπαίδευσης και κατάρτισης.

3.3 Οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η οργάνωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να διέπεται από ορισμένες βασικές αρχές. Συγκεκριμένα:

- 1. Προσβασιμότητα.** Η βασική φροντίδα ψυχικής υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμη τοπικά, ώστε οι άνθρωποι να μην υποχρεώνονται να μετακινούνται σε μεγάλες αποστάσεις. Η φροντίδα αυτή πρέπει να αντιμετωπίζει τις ανάγκες εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών, καθώς και να προσφέρει και άλλες υπηρεσίες, όπως είναι η αποκατάσταση. Η απουσία τοπικών υπηρεσιών ορθώνει σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση στη φροντίδα ψυχικής υγείας, ιδίως για τα άτομα που κατοικούν σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές. Πολλά κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν εφόσον τα άτομα είναι υποχρεωμένα να καλύπτουν μεγάλες αποστάσεις προκειμένου να έλθουν σε επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- 2. Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση.** Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσουν σωστά τους ασθενείς τους πρέπει να έχουν στην κατοχή τους τόσο τις κατάλληλες εγκαταστάσεις όσο και τα ειδικευμένα προγράμματα που απαιτούνται για να πετύχουν το στόχο τους. Το ακριβές μείγμα των απαιτούμενων υπηρεσιών ποικίλει κατά τόπους. Εξαρτάται από τους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, από το είδος των διαταραχών και από τον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται και οργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας.
- 3. Συντονισμένη και συνεχής φροντίδα.** Είναι εξαιρετικά σημαντικό, και ιδίως για τη φροντίδα ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, οι υπηρεσίες να συντονίζονται και να επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν όλο το φάσμα των κοινωνικών, ψυχολογικών και ιατρικών αναγκών αυτών των ατόμων. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, απαιτούνται υπηρεσίες οι οποίες δεν έχουν άμεση σχέση με την υγεία, όπως είναι οι κοινωνικές και στεγαστικές υπηρεσίες. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές συχνά δυσκολεύονται εξαιρετικά να επιτύχουν πρόσβαση σε διάφορες βασικές υπηρεσίες, πράγμα που οδηγεί στην κακή έκβαση των ασθενειών τους. Επομένως, οι υπηρεσίες ψυχικής

υγείας πρέπει να λειτουργούν συντονισμένα και να προλαμβάνουν τον κατακερματισμό της φροντίδας.

- 4. Αποτελεσματικότητα.** Η ανάπτυξη των υπηρεσιών πρέπει να στηρίζεται σε στοιχεία που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων παρεμβάσεων. Για παράδειγμα, συγκεντρώνονται όλο και περισσότερα στοιχεία που αφορούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε πολλές ψυχικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια και η εξάρτηση από το αλκοόλ.
- 5. Ισότιμη αντιμετώπιση.** Η πρόσβαση των ατόμων σε υπηρεσίες καλής ποιότητας πρέπει να γίνεται βάσει των αναγκών τους. Για να διασφαλιστεί η ισότητα είναι ανάγκη να αντιμετωπιστούν θέματα που αφορούν την πρόσβαση.
- 6. Σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.** Οι υπηρεσίες πρέπει να σέβονται την αυτονομία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, να ενδυναμώνουν και να ενθαρρύνουν τα άτομα αυτά, ώστε να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την πορεία της ζωής τους. Οι υπηρεσίες οφείλουν να χρησιμοποιούν θεραπευτικές μεθόδους που περιορίζουν την αυτονομία όσο το δυνατόν λιγότερο.

3.4 Επαγγελματική Εξουθένωση

3.4.1. Ορισμός και στάδια

Επαγγελματική εξουθένωση (burnout) σύμφωνα με τους Maslach & Jackson (1984) σημαίνει «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης». Ο ψυχαναλυτής Freudenberger χρησιμοποίησε το συγκεκριμένο όρο το 1974 για να περιγράψει τα συμπτώματα ψυχικής και σωματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και σε εργασιακούς χώρους όπου οι επαγγελματίες συνδέονται με στενές σχέσεις με ασθενείς που έχουν την ανάγκη τους.

Μελέτες που έγιναν τόσο από τον ίδιο όσο και τη ψυχολόγο Maslach διαπίστωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας «άδειάζαν» από συναισθήματα και χάνανε την αφοσίωση στη δουλειά τους (Μπελλαλή και συν.,2007:77). Το σύνδρομο αυτό

μπορεί να επηρεάσει κάθε εργαζόμενο/η, κυρίως όμως αφορά τους/τις επαγγελματίες υγείας, λόγω των ιδιαίτερα στενών σχέσεων φροντίδας που αναπτύσσονται με τους/τις ασθενείς στους χώρους υγείας και επειδή είναι υπεύθυνοι/ες για ανθρώπινες ζωές και τυχόν λάθη τους έχουν σοβαρά αντίκτυπα στους/στις ασθενείς (Hannigan και συν.,2002).

Σύμφωνα με τον Potter θεωρεί ότι με τον όρο “burnout” «εννοείται μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη αδυναμία για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του/της εργαζόμενου/ης. Ιδιαίτερη έμφαση παρέχεται στην εμφάνιση της κόπωσης και σε διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου» (βλ. Διομήδους και συν., 2009).

Σύμφωνα με τη Maslach (1982): «Η επαγγελματική εξουθένωση είναι η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο/η επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς του». Παρακάτω αναφέρονται τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης που νιώθει ο/η επαγγελματίας.

Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται σταδιακά και είναι απόρροια του συσσωρευμένου και χρόνιου άγχους του/της επαγγελματία που αδυνατεί ψυχικά να αντιμετωπίσει. Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky (1980) υπάρχουν τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης:

- **Στάδιο ενθουσιασμού.** Στο στάδιο αυτό, ο επαγγελματίας υγείας είναι συνήθως στην αρχή της καριέρας του ή εισέρχεται για πρώτη φορά στο σύστημα υγείας. Έχει μη ρεαλιστικές προσδοκίες, υψηλούς στόχους, ανέφικτους, και επενδύει υπερβολικά στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς ή τους συναδέλφους του. Από το χώρο αυτόν προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και γι’ αυτόν το λόγο αφιερώνει πολύ χρόνο και ενέργεια στο αντικείμενό του. Όταν το έργο του/της επαγγελματία δεν ανταποκρίνεται στις πολύ υψηλές του/της προσδοκίες απογοητεύεται.
- **Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας.** Σε αυτή τη φάση του σταδίου ο επαγγελματίας διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται

συνήθως ούτε στις προσδοκίες ούτε και στις ανάγκες του και απογοητεύεται. Αρχικά, νομίζει ότι αν δουλέψει πιο εντατικά θα καλύψει αυτό το κενό κι έτσι αφιερώνει ακόμη περισσότερο χρόνο στη δουλειά του, παρακολουθεί σεμινάρια, συνέδρια και προγράμματα κατάρτισης. Παράλληλα, αρχίζει να ενοχλείται από πράγματα που στην αρχή δεν τον απασχολούσαν και να συνειδητοποιεί ότι η εργασία του δεν είναι ικανή να καλύψει τα κενά ούτε και της προσωπικής του ζωής.

- **Στάδιο απογοήτευσης και ματαιώσης.** Ο επαγγελματίας αισθάνεται ότι δουλεύει σε μια εργασία που του δημιουργεί πολύ άγχος και πιστεύει ότι οτιδήποτε προσφέρει είναι μάταιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απογοήτευση και την αμφισβήτηση των προσωπικών του ικανοτήτων. Η φάση αυτή είναι μεταβατική, καθότι ο επαγγελματίας, είτε αναθεωρεί τους μη ρεαλιστικούς του στόχους, είτε φθάνει στο σημείο να απομακρύνεται προοδευτικά από τους αρρώστους και γενικά από το χώρο εργασίας του, καταστάσεις που του προξενούν άγχος.
- **Στάδιο απάθειας.** Στο τελευταίο αυτό στάδιο, ο επαγγελματίας επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών του, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα και ουσιαστικά διατηρεί τη θέση του καθαρά για βιοποριστικούς λόγους, προσπαθώντας να αντιμετωπίσει τις χρόνιες αναβολές και ματαιώσεις που βιώνει. Το τελικό αποτέλεσμα είναι να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα του προσωπικού και του κοινωνικού του περιβάλλοντος και ταυτόχρονα να μη βρίσκει υποστηρικτικό πλαίσιο σε μια τόσο δύσκολη και αδιέξοδη φάση της ζωής του.

3.4.2 Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης

Σύμφωνα με το Vachon (1987) ερμηνεύτηκε το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) μέσα από την έντονη αλληλεπίδραση του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Σύμφωνα με μελέτες όπως αναφέρει ο Pinesto 1986 η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική

διοίκηση του οργανισμού. Σύμφωνα με μελέτες άλλων ερευνητών όπως των Leiter & Maslach το 1988, Dekker & Schaufeli το 1995 και Antoniou, 1999, έδωσαν έμφαση στους ατομικούς παράγοντες τονίζοντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που ο επαγγελματίας έχει από τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και από το χώρο της υγείας στον οποίο εργάζεται (Firth-Cozens & Payne, 1999).

Στη συνέχεια αναφέρονται μερικά από τα θεωρητικά μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης:

➤ **ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ MASLACH (1982)**

Μέσα από έρευνες και μελέτες η Maslach (1982), κατέληξε ότι υπάρχουν τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου, οι οποίες αντιπροσωπεύουν και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων. Η πρώτη διάσταση ονομάζεται *«συναισθηματική εξάντληση»* και παρουσιάζει την έλλειψη ενέργειας και συναισθημάτων εξαιτίας της εξουθένωσης των εργαζομένων χωρίς να γίνεται προσπάθεια να υπάρξουν πηγές ανανέωσης. Στη δεύτερη διάσταση η οποία είναι γνωστή με τον όρο *«αποπροσωποποίηση»*, αναπτύσσονται αρνητικά συναισθήματα ανάμεσα στον εργαζόμενο και στον ψυχικά ασθενή/πελάτη με αποτέλεσμα να ξεκινά, δυστυχώς, μια επιθετική, απρόσωπη, υποτιμητική και κυνική σχέση. Η τρίτη διάσταση ονομάζεται *«έλλειψη προσωπικής επίτευξης»* και εστιάζει στο μη επιθυμητό, ζητούμενο αίσθημα ικανοποίησης που νοιώθει ο εργαζόμενος και απορρέει από τη μείωση της απόδοσης του. (Leiter & Maslach, 2005).

➤ **ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ EDELWICH & BRODSKY (1980)** Η επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με τους Edelwich & Brodsky (1980) περιγράφεται από τέσσερα στάδια, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του και συγκεκριμένα:

Ενθουσιασμός. Όπως όλοι οι εργαζόμενοι ξεκινάνε με ενθουσιασμό, βάζοντας ίσως υπερβολικά υψηλούς στόχους και έχοντας μεγάλες μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Σε αυτή τη φάση ο εργαζόμενος έρχεται πολύ κοντά με τον ψυχικά ασθενή συναισθάνεται τα προβλήματά του και του αφιερώνει χρόνο «καταθέτοντας» τη ψυχή του. Καθώς, όμως, διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

Τότε, λοιπόν, περνάει στο δεύτερο στάδιο, αυτό της *αμφιβολίας και αδράνειας*. Καθώς οι προσδοκίες που είχε διαψεύδονται από την εργασιακή

καθημερινότητα, ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι, σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

Απογοήτευση και ματαιώση. Ο εργαζόμενος νοιώθει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από το αδιέξοδο πρέπει είτε να αναθεωρήσει τελικά τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από την εργασιακό του χώρο, από την πηγή δηλαδή του στρες.

Απάθεια. Στο τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, που περιγράφεται ως απάθεια, ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, απλά κάνει τη δουλειά του χωρίς ίχνος συναισθήματος και συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, ενώ επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντά του και αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του, για να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντί τους.

➤ **ΤΟ ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ CHERNISS (1980)** Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο που ανέπτυξε ο C. Cherniss, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», και η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

I. **Φάση του «εργασιακού στρες»:** Το στρες στον εργασιακό χώρο είναι αποτέλεσμα της ρήξης ανάμεσα στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου. Η ρήξη αυτή προέρχεται από τη μη ικανοποίηση των στόχων και των αιτημάτων του εργαζομένου με τους ψυχικά ασθενείς. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

II. **Φάση «εξάντλησης»:** Πρόκειται για τη συγκινησιακή ανταπόκριση στην προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Είναι αποδεδειγμένο ότι ο εργασιακός χώρος αποτελεί για τον εργαζόμενο πηγή εξάντλησης, ενώ

η προσοχή του στρέφεται περισσότερο σε γραφειοκρατικές πλευρές παρά σε κλινικές παραμέτρους. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μία κατάσταση συνεχούς έντασης που, αν δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.

III. *Φάση «αμυντικής κατάληξης»*: σε αυτό το στάδιο ο εργαζόμενος δείχνει μια κυνική στάση, εκδηλώνει απάθεια προς τους ψυχικά ασθενείς. Οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, με την ελπίδα να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά.

➤ **ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ PINES**. Σύμφωνα με αυτό το θεωρητικό μοντέλο η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson, 1988). Ωστόσο, δεν περιορίζουν την εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα την διερεύνησαν και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1996) και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines, 1993). Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συν-εμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία.

3.4.3 Ποιοι είναι οι λόγοι που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση και ποια τα αποτελέσματα

Προκειμένου να κατανοήσουμε τους παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση θα πρέπει να αναζητηθούν οι αιτίες. Σύμφωνα με τις διάφορες θεωρητικές μελέτες οι αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης διακρίνονται σε περιβαλλοντικούς και ατομικούς.

Οι περιβαλλοντικοί λόγοι αναφέρονται στον εργασιακό χώρο. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας, το εξαντλητικό ωράριο, η ασάφεια των επαγγελματικών υποχρεώσεων, η χρόνια έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης των συνεργατών και άλλα πολλά θεωρούνται από τους καθοριστικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου (www.vima-asklīriou.gr, Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007).

Σύμφωνα με έρευνες και μελέτες έχει αποδειχτεί το στρες που υπάρχει στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Οι νοσηλευτές επιδεινώνουν το ψυχικό τους κόσμο βιώνοντας τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών. Επιπλέον, το περιβάλλον εργασίας, όπου δραστηριοποιούνται οι νοσηλευτές δημιουργεί ένταση, η οποία επιδρά σε σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά επίπεδα.

Ο φόρτος εργασίας, η ψυχοσυναισθηματική πορεία του ασθενούς, η έλλειψη πόρων, η χρήση νέας σύνθετης τεχνολογίας και οι περιορισμένες προοπτικές εξέλιξης, ενοχοποιούνται ως επιβαρυντικοί παράγοντες για τη δημιουργία στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Η επαγγελματική εξουθένωση επιδεινώνεται ακόμα περισσότερο από το χρόνο που διαθέτουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα των ασθενών με κακή πρόγνωση ή με ιδιαίτερες συναισθηματικές απαιτήσεις, σε συνάρτηση με τον υπερβολικό φόρτος εργασίας και το άγχος του θανάτου. Το άγχος δρα ως ανασταλτικός παράγοντας και μειώνει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και έχει άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησής τους.

Η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση των νοσηλευτών όχι μόνο με ασθενείς αλλά και με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, δημιουργεί στους νοσηλευτές συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές, προβλέψιμες και εύκολες, με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται όλο και πιο περίπλοκη, απογοητευτική.

Επίσης, το να μην υπάρχει το κατάλληλο κλίμα υποστήριξης και συμπαράστασης τόσο από τους συναδέλφους όσο και από τους ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι

διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής, και οι διοικητικοί παράγοντες, όλα αυτά βάζουν μαζί βάζουν το λιθαράκι τους και εντείνουν την εργασιακή κόπωση.

Τέλος, αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση. Επίσης κάποια χαρακτηριστικά που κάνουν τα άτομα πιο επιρρεπή είναι οι απόλυτες απόψεις, η δυναμικότητα, η αδιαφορία για το γενικότερο περιβάλλον και η φιλοδοξία σε συνδυασμό με μη ρεαλιστικούς στόχους και μεγάλες προσδοκίες προδικάζουν την αρνητικότητα του/της εργαζόμενου/ης.

3.4.4. Τα συμπτώματα της ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Οι επαγγελματίες που πάσχουν από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζουν συμπτώματα σωματικά, ψυχολογικά αλλά και στη συμπεριφορά τους. Δεν εκδηλώνουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας τα ίδια συμπτώματα και δεν αποδίδουν πάντα την εργασιακή τους κόπωση ως το βασικό τους πρόβλημα. «Είναι σημαντική η συνειδητοποίηση, ότι οι μόνιμα κουρασμένοι/ες εργαζόμενοι/ες δεν πάσχουν εξ ορισμού από σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ, αντίστροφα, οι πάσχοντες από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να μην εκφράζουν την κόπωση ως το κύριο παράπονό τους» (Διομήδους και συν., 2009).

Στον κάτωθι πίνακα γίνεται αναφορά στα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 1. Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
εξάντληση/ κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές/ έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση

Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/απάθεια κατάθλιψη	Μειωμένη επικοινωνία/παραίτηση	Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος
Υποτιμητική/αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης Πονοκέφαλοι Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσιασμού
Γαστρεντερικά προβλήματα/έλκος	Χαμηλό «ηθικό»/αίσθηση μταιότητας	Μη επιθυμητή εργασιακή ικανοποίηση
Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/ Ευερεθιστικότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Άγχος	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα
Στεφανιαία νόσος	Αποπροσωποποίηση ασθενών	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	
	Καχυποψία	
	Αισθήματα ενοχής/αποτυχίας	
	Κατάθλιψη	
	Αποξένωση	
	Αυξημένη ανησυχία	

	Υπερβολική αυτοπεποίθηση/λήψη Αισθήματα αδυναμίας ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων	
	Αποτελμάτωση	

Προσαρμογή από το Don Unger, "Superintendent Burnout: Myth or Reality" (1980)

ΜΕΡΟΣ Β'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 Σκοπός και στόχοι μελέτης

Σκοπός της μελέτης ήταν η εφαρμογή της ενσυναίσθησης από επαγγελματίες που εργάζονται στον χώρο της ψυχικής υγείας. Παράλληλα, εξετάστηκε το τι σημαίνει ενσυναίσθηση για αυτούς τους επαγγελματίες και ποια είναι τα χαρακτηριστικά ενός επαγγελματία που λειτουργεί ή όχι με ενσυναίσθηση. Επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν τα οφέλη και τα εμπόδια για την ενσυναίσθηση, η εφαρμογή της σε εκπαιδευτικό και επαγγελματικό επίπεδο, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την εξέλιξή της.

5.2 Μέθοδος: Ποιοτική Προσέγγιση

Η μέθοδος που επιλέχθηκε ήταν ποιοτική. Η ποιοτική προσέγγιση στην έρευνα στοχεύει στην διερεύνηση και κατανόηση σε βάθος των κοινωνικών φαινομένων. Συνήθως ενδείκνυται για να απαντηθούν τα ερωτήματα που σχετίζονται με το "Γιατί;" και το "Πώς;" των φαινομένων. Είναι μια διερευνητική μέθοδος, που στοχεύει περισσότερο στην ανάδυση νέων τυποποιήσεων και θεωρητικών μοντέλων παρά στην επαλήθευση υποθέσεων ή στη γενίκευση σε ένα μεγαλύτερο πληθυσμό. Το βασικό πλεονέκτημα των ποιοτικών μεθόδων που εξυπηρετεί αυτή την στόχευση είναι η ευελιξία που χαρακτηρίζει την ερευνητική διαδικασία. Η ποιοτική έρευνα είναι κατάλληλη για να διερευνηθούν σε βάθος οι αναπαραστάσεις, οι στάσεις, οι αντιλήψεις, τα κίνητρα, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές των ατόμων. Στόχος της ποιοτικής διερεύνησης είναι η σφαιρική και ολιστική προσέγγιση. Χαρακτηρίζεται από μικρό δείγμα συμμετεχόντων και ανάλυση λόγου/κειμένων.

5.3 Μέθοδος Συλλογής Στοιχείων-Εργαλείο Έρευνας

Η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της ημιδομημένης συνέντευξης, με συγκεκριμένους άξονες. Ο λόγος που χρησιμοποιήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη είναι για να μπορούν οι ερωτώμενοι να εκφράσουν ελεύθερα τις σκέψεις και τις αντιλήψεις τους γύρω από το θέμα της ενσυναίσθησης. Οι συνεντεύξεις διήρκησαν από 35 έως 70 λεπτά. Στην πλειοψηφία τους έγιναν διαδικτυακά λόγω της πανδημίας του COVID-19 και των αυστηρών περιοριστικών μέτρων που κατέστησαν την διαζώσης επαφή ανέφικτη. Χρησιμοποιήθηκε πρόγραμμα μέσω του υπολογιστή ώστε να πραγματοποιηθεί η ηχογράφηση και προφυλάχθηκαν σε κάθε περίπτωση τα προσωπικά δεδομένα των συνεντευζομένων.

5.4 Επιλογή Δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 15 επαγγελματίες ψυχικής υγείας (14 γυναίκες και 1 άντρας), που απασχολούνται ως ψυχολόγοι, ψυχίατροι και κοινωνικοί λειτουργοί. Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα ήταν να εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας την περίοδο αυτήν ή να έχουν εργαστεί στο παρελθόν, σε κάθε περίπτωση όμως να έχουν εμπειρία τουλάχιστον 2 ετών.

Πραγματοποιήθηκε σκόπιμη δειγματοληψία καθώς το δείγμα επιλέχθηκε με βάση την υποκειμενική κρίση των ερευνητών σχετικά με τη δυνατότητα του δείγματος να προσφέρει σαφείς και κατάλληλες πληροφορίες για την ενσυναίσθηση. Επίσης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της χιονοστιβάδας. Οι επαγγελματίες που συμμετείχαν, επιλέχθηκαν έπειτα από δική μας αναζήτηση, αλλά και από υποδείξεις των ερωτώμενων για συναδέλφους που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην έρευνα. Σκοπός ήταν να έχουμε υλικό και από τις τρεις ειδικότητες ώστε να δούμε τις απόψεις τους, εάν το επάγγελμα επηρεάζει την εφαρμογή της ενσυναίσθησης, και να έχουμε ένα ολιστικό και αντικειμενικό αποτέλεσμα.

5.5 Θεματικοί Άξονες

Κεντρικό θέμα των συνεντεύξεων αποτέλεσε η σημασία της ενσυναίσθησης, πώς την εξηγούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ποια είναι τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που την εφαρμόζει στην καθημερινή κλινική του πράξη. Επίσης, ρωτήθηκε πώς εφαρμόζεται η ενσυναίσθηση στον τομέα της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης, ποιος είναι ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην εκπαίδευση και στο επαγγελματικό περιβάλλον και ποιοι παράγοντες συμβάλλουν θετικά ή αρνητικά στην εξέλιξή της. Σε κάθε άξονα είχαμε προβλέψει επιπλέον ερωτήσεις για να παρακινήσουμε τον ερωτώμενο να μας απαντήσει σε συγκεκριμένα θέματα. Επομένως, οι θεματικοί άξονες και οι απαντήσεις που προέκυψαν είναι οι εξής:

1. Η έννοια της ενσυναίσθησης και χαρακτηριστικά επαγγελματιών:

- Το να μπαίνει ο επαγγελματίας στη θέση του εξυπηρετούμενου
- Κατανόηση συμπεριφοράς και κινήτρων ασθενή
- Ενεργητική Ακρόαση
- Διαφορετική προσέγγιση κάθε ειδικότητας
- Ψυχίατροι: Ιατροκεντρική προσέγγιση
- Ψυχολόγοι: Θεραπευτική προσέγγιση
- Κοινωνικοί λειτουργοί: Υποστήριξη του ατόμου σε βασικούς τομείς
- Νοσηλευτές: Μητρική φροντίδα

2. Οφέλη και εμπόδια ενσυναίσθησης

Οφέλη:

- Απόλυτη εχεμύθεια και αίσθημα ασφάλειας
- Καλύτερη θεραπευτική σχέση και θετική ανατροφοδότηση
- Να εκφραστεί ελεύθερα ο ασθενής

Εμπόδια

- Φόρτος εργασίας και έλλειψη χρόνου
- Επαγγελματική εξουθένωση

- Έλλειψη εμπειρίας
- Προκαταλήψεις/Στερεότυπα

3. Εφαρμογή της ενσυναίσθησης

Πρόληψη:

- Προσέγγιση και ευαισθητοποίηση κοινού
- Ενημέρωση και εκπαίδευση επαγγελματία

Θεραπεία:

- Προσωποποιημένο πρόγραμμα
- Συνεργασία και εμπιστοσύνη επαγγελματία-εξυπηρετούμενου

Αποκατάσταση/Συμβουλευτική

- Αντίληψη πλαισίου στο οποίο θα λειτουργήσει μετά ο ασθενής

4. Ενσυναίσθηση σε καταστάσεις κρίσης

- Συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση.
- Πρόληψη για εκδήλωση διαταραχών ή υποτροπών
- Τήρηση υγειονομικού πρωτοκόλλου
- Εξ αποστάσεως συνεδρίες την περίοδο του COVID-19
- Δυσκολία σύναψης σχέσεων με νέους ασθενείς

5. Παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης

- Βιωματική εκπαίδευση
- Πρακτική άσκηση
- Εποπτεία
- Άγνοια φορέων που μπορούν να υποστηρίξουν τον επαγγελματία
- Μεγάλος φόρτος εργασίας

5.6 Δυσκολίες κατά τη διεξαγωγή της έρευνας

Κατά τη διάρκεια της έρευνας αντιμετωπίσαμε κάποιες δυσκολίες. Αρχικά, την περίοδο που ξεκίνησε η έρευνα, διανύαμε την πανδημία COVID-19. Επομένως ήταν δύσκολο να έρθουμε σε επαφή με τις υπηρεσίες ώστε να βρούμε το δείγμα της έρευνας. Έπρεπε λοιπόν να γίνει αυτή η επικοινωνία διαδικτυακά ή τηλεφωνικά. Αρκετοί όμως επαγγελματίες δεν ήταν δεκτικοί λόγω της παύσης λειτουργίας των υπηρεσιών τους λόγω της πανδημίας, και κυρίως λόγω των αυστηρών περιοριστικών μέτρων. Έπειτα, στην ιδέα της διαδικτυακής συνέντευξης ήταν ιδιαίτερα επιφυλακτικοί, καθώς δεν μπορούσαν να είναι σίγουροι για την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων και του απορρήτου. Επομένως, υπήρξε μια παραπάνω δυσκολία στο να δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης, οικειότητας και ασφάλειας, μέσα από μια οθόνη. Μια ακόμη δυσκολία της έρευνας ήταν ότι λόγω της χρήσης υπολογιστών και διαδικτύου, ήταν φυσικό κάποιες φορές να καθίσταται δύσκολη η επικοινωνία με τους συνεντευξιζόμενους (έλλειψη σήματος, κακή εικόνα ή ήχος). Τέλος μια δυσκολία της έρευνας αποτέλεσε το ίδιο το θέμα της εργασίας μας, η ενσυναίσθηση, καθώς ήταν δύσκολο για τους επαγγελματίες να εκφράσουν τι σημαίνει για εκείνους και κάποιοι ίσως προσπαθούσαν να δείξουν μια άλλη εικόνα, καθώς είναι ένα λεπτό ζήτημα, απαραίτητο για κάθε επαγγελματία.

5.7 Ανάλυση περιεχομένου

Αφού απομαγνητοφωνήσαμε τις συνεντεύξεις αυτολεξεί, το επόμενο βήμα ήταν η κωδικοποίησή τους. Από του αρχικούς κωδικούς που ήταν 650, προέκυψαν μεγαλύτερες ενότητες που τις ονομάσαμε κατηγορίες που έγιναν 28 και από τις κατηγορίες που ακόμα πιο συνοπτικές ενότητες που αποτέλεσαν τους 5 κύριους θεματικούς άξονες. Οι άξονες με τις κατηγορίες τους και παραδείγματα των αντίστοιχων κωδικών παρατίθενται στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Το δείγμα μας αποτελείται από 15 επαγγελματίες που εργάζονται στον χώρο της ψυχικής υγείας. Σχεδόν στο σύνολό τους είναι γυναίκες, καθώς υπάρχει μόλις ένας άντρας μεταξύ τους. Όλοι οι επαγγελματίες εργάζονται ή έχουν εργαστεί στην Κρήτη, κυρίως στο νομό Ηρακλείου, καθώς και λιγότερο στο νομό Ρεθύμνου. Όλοι έχουν εμπειρία στον τομέα της ψυχικής υγείας για τουλάχιστον 2 χρόνια και αυτή τη στιγμή εξακολουθούν να εργάζονται σε κάποια δημόσια ή ιδιωτική υπηρεσία στον τομέα αυτό.

Όνομα	Φύλο	Ηλικία	Ειδικότητα	Τόπος εργασίας	Εργασία	Έτη εργασίας στην ψυχική υγεία	Εξειδίκευση σε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση	Εξειδίκευση σε θέματα συμβουλευτικής
Σ1	Γυναίκα	37	Ψυχίατρος	Ηράκλειο	Ιδιωτική ψυχιατρική κλινική	2	Όχι	Όχι
Σ2	Γυναίκα	49	Ψυχολόγος	Ρέθυμνο	OKANA	5	Όχι	Όχι
Σ3	Γυναίκα	47	Ψυχολόγος	Ηράκλειο	Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση Ηρακλείου	16	Ναι, διαχείριση πένθους	Όχι
Σ4	Γυναίκα	31	Κοινωνική Λειτουργός	Ρέθυμνο	OKANA	8	Ναι, συστημική ψυχοθεραπεία	Όχι
Σ5	Γυναίκα	30	Ψυχολόγος	Ηράκλειο	Κέντρο Κοινότητας Δήμου Χερσονήσου	7	Ναι, συστημική ψυχοθεραπεία	Όχι
Σ6	Γυναίκα	51	Ψυχολόγος	Ηράκλειο	Ιδιωτικό γραφείο και Ροδαυγή.	Ιδιωτικό γραφείο 10 χρόνια. Με Ροδαυγή συνεργάζεται 4 χρόνια. Στην ψυχική υγεία: 20 χρόνια.	Συστημική προσέγγιση	Συμβουλευτική και Κλινική Ψυχολογία.
Σ7	Γυναίκα	47	Κοινωνική λειτουργός	Ηράκλειο	Ιδιωτικό γραφείο	22	Συστημική ψυχοθεραπεία και Ψυχόδραμα Μορένο.	Συμβουλευτική και Ψυχοθεραπεία.
Σ8	Γυναίκα	43	Ψυχίατρος	Ηράκλειο	Ιδιωτικό γραφείο	7	Γνωσιακή συμπεριφοριστική.	Όχι
Σ9	Ανδρας	38	Κοινωνικός λειτουργός	Ηράκλειο	Κλινική Ψυχικής Υγείας Άγιος Χαράλαμπος	2	Όχι	Όχι
Σ10	Γυναίκα	43	Ψυχολόγος	Ηράκλειο	Κλινική Ψυχικής Υγείας Άγιος Χαράλαμπος	13	Γνωσιακή	Ψυχολογία υγείας και συμβουλευτική Μεταπτυχιακό στην επανένταξη.
Σ11	Γυναίκα	33	Κοινωνική λειτουργός	Ηράκλειο	Ιδιωτικό γραφείο	11	Όχι	Ενασχόληση με το αλκοόλ
Σ12	Γυναίκα	35	Ψυχολόγος	Ηράκλειο	Ιδιωτικό γραφείο	7	Εξειδίκευση στη γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία για	Όχι

							παιδιά και ενήλικες.	
Σ13	Γυναίκα	29	Ψυχολόγος	Ηράκλειο	Ιδιωτική ψυχιατρική κλινική	-	Όχι	Όχι
Σ14	Γυναίκα	38	Ψυχολόγος	Ρέθυμνο	Συμβουλευτικό κέντρο φοιτητών Πανεπιστημίου Κρήτης και ιδιωτικό γραφείο.	8	Συστημική προσέγγιση.	Συστημική συμβουλευτική.
Σ15	Γυναίκα	32	Ψυχολόγος	Ηράκλειο	OKANA και ιδιωτικό γραφείο	8	Όχι	Εξαρτήσεις

Μέσα από την ανάλυση των συνεντεύξεων δημιουργήθηκαν 669 κωδικοί , από τους οποίους προέκυψαν οι εξής 5 θεματικές ενότητες: α) Έννοια της ενσυναίσθησης και χαρακτηριστικά επαγγελματιών, β) Οφέλη και εμπόδια ενσυναίσθησης, 3)Εφαρμογή της ενσυναίσθησης, 4) Η ενσυναίσθηση σε καταστάσεις κρίσης και 5) Παράγοντες που επιδρούν θετικά ή αρνητικά στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Παρακάτω παρατίθεται και ο πίνακας αναλυτικά με τις επιμέρους κατηγορίες.

Θεματικοί άξονες	Κατηγορίες	Αποσπάσματα συνεντεύξεων
1. Η έννοια της ενσυναίσθησης και χαρακτηριστικά επαγγελματιών	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Το να μπαίνει ο επαγγελματίας στη θέση του εξυπηρετούμενου ➤ Κατανόηση συμπεριφοράς και κινήτρων ασθενή ➤ Ενεργητική Ακρόαση ➤ Διαφορετική προσέγγιση κάθε ειδικότητας ➤ Ψυχίατροι: Ιατροκεντρική προσέγγιση ➤ Ψυχολόγοι: Θεραπευτική προσέγγιση 	«...Ο στόχος είναι να δημιουργείς ένα περιβάλλον για τον άλλον μέσα στο οποίο να μπορεί να εισακουστεί και να γίνει κατανοητός και αποδεκτός για αυτά που σκέφτεται για τα συναισθήματά του και να μπορεί να κάνει μία θεραπευτική πράξη και δεν θα χρειάζεται να εκφραστεί σε κάποιο χρόνο που θα του υποδείξει κάποιος άλλος.» (σ.3)

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Κοινωνικοί λειτουργοί: Υποστήριξη του ατόμου σε βασικούς τομείς. ➤ Νοσηλευτές: Μητρική φροντίδα. 	
2.Οφέλη και εμπόδια ενσυναίσθησης	<p><u>Οφέλη:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Απόλυτη εχεμύθεια και αίσθημα ασφάλειας ➤ Καλύτερη θεραπευτική σχέση και θετική ανατροφοδότηση ➤ Να εκφραστεί ελεύθερα ο ασθενής <p><u>Εμπόδια</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Φόρτος εργασίας και έλλειψη χρόνου ➤ Επαγγελματική εξουθένωση ➤ Έλλειψη εμπειρίας ➤ Προκαταλήψεις/ Στερεότυπα 	<p>«Ένα εμπόδιο μπορεί να είναι ας πούμε ότι δεν έχει το χρόνο να ασχοληθεί με το κάθε περιστατικό, ότι μπορεί να είναι πολύ πιεσμένος και φορτωμένος από το πρόγραμμά του, να είναι ας πούμε μία πιεστική κατάσταση οπότε να μη μπορεί και εκείνος να δώσει το εκατό τοις εκατό. Το άλλο μπορεί να είναι θέμα προσωπικότητας, ότι και τον ίδιο τον θεραπευτή τον δυσκολεύει αυτή η δεξιότητα, να δυσκολεύεται να μπαίνει στην θέση του άλλου. Από την άλλη αυτό που βοηθάει είναι πάλι η προσωπικότητά του, ότι κάπως λίγο να το έχει και στην φύση του αυτό το θέμα. Αλλά φυσικά και η εκπαίδευση βοηθάει πάρα πολύ και η εμπειρία...» (σ.5)</p>
3. Εφαρμογή της ενσυναίσθησης	<p><u>Πρόληψη:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Προσέγγιση και ευαισθητοποίηση κοινού ➤ Ενημέρωση και εκπαίδευση επαγγελματία <p><u>Θεραπεία:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Εξατομικευμένο πρόγραμμα ➤ Συνεργασία και εμπιστοσύνη επαγγελματία-εξυπηρετούμενου <p><u>Αποκατάσταση/Συμβουλευτική</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Αντίληψη πλαισίου στο 	<p>«Αν έχουμε ενσυναίσθηση αυτό θα μας βοηθήσει στο να καταλάβουμε ποιες είναι οι ανάγκες. Αν καταλάβουμε ποιες είναι οι ανάγκες είτε ενός ανθρώπου είτε μίας ομάδας ατόμων θα μπορέσουμε να σχεδιάσουμε μια παρέμβαση που θα εστιάσει στη πρόληψη...». (σ.5)</p>

	οποίο θα λειτουργήσει μετά ο ασθενής	
4. Ενσυναίσθηση σε καταστάσεις κρίσης	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση. ➤ Πρόληψη για εκδήλωση διαταραχών ή υποτροπών ➤ Ιδιαιτερότητες στην περίοδο της πανδημίας του COVID-19 	« <i>Νομίζω ότι η ενσυναίσθηση πάντα βοηθάει ακόμα και στην υποτροπή μιας νόσου, δηλαδή το να είσαι εκεί σταθερός να μην χάνεις τα χαρακτηριστικά του σωστού θεραπευτή, έτσι ώστε να δει και ο θεραπευόμενος ότι ανεξάρτητα από την κατάσταση την δική του έχει ένα θεραπευτή σταθερό να τον υποστηρίζει</i> ». (σ.6)
5. Παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Βιωματική εκπαίδευση ➤ Πρακτική άσκηση ➤ Εποπτεία ➤ Απουσία φορέων που μπορούν να υποστηρίξουν τον επαγγελματία ➤ Μεγάλος φόρτος εργασίας 	« <i>Νομίζω ότι αυτό είναι κάτι που το έχεις νομίζω είναι κάτι που το έχεις στον χαρακτήρα σου. Τώρα σίγουρα εκπαιδεύσαι κιόλας, δηλαδή θεωρώ ότι ένας άνθρωπος που δεν το έχει αυτό δεν μπορεί δεν είναι ενσυναισθητικός. Δηλαδή νιώθω μπορεί να εκπαιδευτεί άρα η απάντηση είναι ότι η είναι κάτι που το έχει εκ γενετής η είναι κάτι που το αποκτάει μέσω εκπαίδευσής</i> » (σ.6).

6.1 Έννοια της ενσυναίσθησης και χαρακτηριστικά επαγγελματιών

Σχετικά με το ποια είναι η έννοια της ενσυναίσθησης, όλοι οι επαγγελματίες ανέφεραν ότι κατά τη γνώμη τους, ενσυναίσθηση είναι το να μπορούν να μπαίνουν στη θέση του εξυπηρετούμενου. Αυτό σημαίνει να καταλαβαίνουν τα συναισθήματά τους και να μπορούν να τα αναβιώσουν. Είναι σημαντικό επίσης, να δημιουργούν ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο, ο ασθενής θα νιώσει εμπιστοσύνη, θα νιώσει ότι εισακούγονται αυτά που λέει χωρίς να τον κρίνει κανείς για τις πράξεις και τα συναισθήματά του. Υπάρχει ένας κίνδυνος για τους επαγγελματίες, που πρέπει να αποφεύγεται, και αυτός είναι το να εμπλακούν συναισθηματικά με τον ασθενή.

«...Ο στόχος είναι να δημιουργείς ένα περιβάλλον για τον άλλον μέσα στο οποίο να μπορεί να εισακουστεί και να γίνει κατανοητός και αποδεκτός για αυτά που σκέφτεται για τα συναισθήματά του και να μπορεί να κάνει μία θεραπευτική παύση και δεν θα χρειάζεται να εκφραστεί σε κάποιο χρόνο που θα του υποδείξει κάποιος άλλος.» (σ.3).

Για να μπορέσουν να μπουκ στη θέση του συνομιλητή τους, παραδέχτηκαν ότι ένα σημαντικό βήμα, είναι να κατανοήσουν τα κίνητρα, τις επιδιώξεις και τους στόχους τους. Για να γίνει όμως αυτό, πρέπει κάθε άτομο να αντιμετωπίζεται σαν όλον και σαν ξεχωριστή προσωπικότητα. Ωστόσο, ένας επαγγελματίας χρειάζεται να έχει δουλέψει αρκετά με τον εαυτό του ώστε να έχει αποβάλλει δικές του προκαταλήψεις και στερεότυπα. Σε αντίθετη περίπτωση θα δυσχεράνει την επαφή με τον συνομιλητή του και δε θα μπορέσει να είναι αντικειμενικός και ουδέτερος. Πρέπει να προσπαθεί ο επαγγελματίας να αντιλαμβάνεται τα πράγματα σύμφωνα με τις σκέψεις και τις προτιμήσεις του εξυπηρετούμενου και όχι σύμφωνα με τις δικές του εμπειρίες και απόψεις, που πιθανόν να είναι διαφορετικές.

«Όταν δηλαδή ένας άνθρωπος θα σου περιγράψει για μια δική του συναισθηματική κατάσταση, για παράδειγμα μια ερωτική επιλογή να μην μπεις στην διαδικασία να το δεις μόνο από την δική σου την πλευρά ανάλογα με τις δικές σου σκέψεις και προτιμήσεις, αλλά να μπορείς να κατανοήσεις πως ο άνθρωπος αυτός το βλέπει από την δική του σκοπιά από τις δικές του εμπειρίες και από τα δικά του θέλω.» (σ.8).

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ανέφεραν ότι δεν πρέπει να έχουν απαιτήσεις από τους εξυπηρετούμενους, οφείλουν να τους δίνουν τον χρόνο που χρειάζονται, ανατροφοδοτώντας τα λεγόμενά τους, χωρίς να τους διακόπτουν. Το σημαντικότερο σε μια θεραπευτική σχέση είναι να υπάρχει συνεργασία και αλληλεπίδραση. Απαραίτητη επίσης είναι και η παρατηρητικότητα γιατί πολλά μηνύματα έρχονται από την στάση του σώματος ή την βλεμματική επαφή.

«Θα περιέγραφα ένα συνάδελφο ο οποίος δεν βιάζεται να μιλάει συνεχώς, που είναι εκεί για να ακούσει χωρίς να κάνει χειρονομίες βλέποντας τα λεκτικά μηνύματα, προσπαθώντας να κρατήσει μια ουδέτερη στάση και μετά χωρίς να ταυτίζεται να προσπαθεί να δει τι αισθάνεται, τι νιώθει, τι σκέφτεται» (σ.7).

Αναφορικά με το αν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις ειδικότητες και στο πώς δείχνουν την ενσυναίσθηση τους, πολλοί είπαν ότι ο κάθε επαγγελματίας θα εστιάσει σε διαφορετική δυσκολία.

«[...] Θα εντοπίσει διαφορετικές δυσκολίες, δηλαδή, μια δυσκολία που εγώ πουθενά δεν θα την εντοπίσω ότι ο εξυπηρετούμενος μου φοβάται τις ενέσεις για παράδειγμα, θα το εντοπίσει ο νοσηλευτής ο οποίος θα κληθεί να κάνει την ένεση, εγώ μπορώ να εντοπίσω όμως μια ενοχή που έχει και αυτό είναι κάτι που τον τραβάει πίσω και δεν τον αφήνει να προχωρήσει.» (σ.11)

Ειδικότερα, για τους γιατρούς/ψυχιάτρους πολλοί είπαν ότι λειτουργούν κυρίως ιατροκεντρικά και δεν δείχνουν ιδιαίτερα την ενσυναίσθηση τους ως προς τους ασθενείς τους. Αυτό όμως κάποιοι υποστηρίζουν ότι έχει αρχίσει να αλλάζει καθώς όλο και περισσότερο μπαίνει το κομμάτι της ενσυναίσθησης στον ιατρικό κλάδο.

«[...] Για παράδειγμα ένας γιατρός μπορεί να εστιάσει στο ότι ο εξυπηρετούμενος του δυσκολεύεται να δεχθεί την φαρμακευτική του αγωγή οπότε εκεί θα πρέπει να τον πείσει.»(σ.11)

«[...] Απλώς, δυστυχώς, πάντα οι γιατροί λειτουργούν λίγο διαφορετικά αλλά όχι όλοι φυσικά. Υπάρχουν και εξαιρετικοί ψυχίατροι απλά συνήθως εκεί πέρα χάνεται λίγο η μπάλα με την ενσυναίσθηση και την κατανόηση του ανθρώπου που έχεις απέναντι σου, γιατί καλώς ή κακώς η ιατρική λειτουργεί με διαγνώσεις. Απλώς τα τελευταία χρόνια επειδή και οι ψυχίατροι κάνουν εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία και στη ψυχανάλυση

και στη συμβουλευτική έχουν αρχίσει να το αντιμετωπίζουν και αυτοί καλύτερα.» (σ.13).

Σχετικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς, αρκετοί πιστεύουν ότι ο ρόλος τους είναι κυρίως συμβουλευτικός και βοηθητικός ως προς την οικογένεια και τις εκάστοτε ανάγκες της. Ακόμη, κάποιιοι είπαν ότι η ειδικότητα αυτή λειτουργεί συνήθως με ενσυναίσθηση.

«Ίσως να υπάρχει κάποια διαφορά όσον αφορά και στην προσέγγιση. Ένας ας πούμε ψυχολόγος ο οποίος θα εστιάσει στο κομμάτι της θεραπείας σε αντίθεση με ένα κοινωνικό λειτουργό που μπορεί να μην εστιάσει στην θεραπεία, να μείνει στο επίπεδο της συμβουλευτικής, της λήψης του κοινωνικού ιστορικού. Για αυτό νομίζω ότι επειδή στο πρώτο στάδιο βλέπουμε τον κοινωνικό λειτουργό οπότε ίσως να είναι πιο άμεσος.» (σ.5).

«[...] Από την άλλη πλευρά, εάν ένας κοινωνικός λειτουργός δει ότι είναι πολύ αμήχανος ή έχει πάρα πολλές ενοχές ο εξυπηρετούμενος του, θα προσπαθήσει να απενεχοποιήσει, δηλαδή ο κάθε επαγγελματίας θα εστιάσει σε μια άλλη πιθανή δυσκολία που μπορεί να έχει ένας εξυπηρετούμενος.» (σ.11)

Όπως προαναφέρθηκε, όσον αφορά τους ψυχολόγους, πολλοί υποστήριξαν ότι οι ψυχολόγοι εστιάζουν πιο πολύ στην θεραπεία και ίσως η εκδήλωση της ενσυναίσθησης τους επηρεάζεται από το θεραπευτικό μοντέλο που ακολουθούν.

«[...] Δε το γνωρίζω ακριβώς να πω αλλά θεωρώ ότι στην πράξη διαφέρουν λίγο τα πράγματα, ακόμα και μεταξύ ψυχολόγων θα πω. Γιατί υπάρχουν κάποια θεωρητικά μοντέλα προσέγγισης που είναι πιο κατευθυνόμενα:

«Έχουνε κάποιες στάνταρ οδηγίες που θα πρέπει να ακολουθήσει ο πελάτης με βάση αυτό το μοντέλο, όπως είναι το γνωσιακό μοντέλο που έχει συγκεκριμένες ασκήσεις και κάνεις πράγματα, και άλλα μοντέλα που έχουν μεγαλύτερη ευελιξία στον τρόπο που μπορείς να επεξεργαστείς.» (σ. 14).

Σχετικά με την ειδικότητα του νοσηλευτή, κάποιιοι είπαν ότι είναι η ειδικότητα που εκδηλώνει την ενσυναίσθηση στο ασθενή σαν «μητρική φροντίδα» αλλά πολλές φορές λόγω φόρτου εργασίας μπορεί να βιάζεται και να πιέζει και τον ασθενή.

«[...] Από την άλλη , έχω δει σε νοσηλευτές, η ενσυναίσθηση είναι πολύ πιο μητρικής φροντίδας προσανατολισμένη, που σίγουρα δεν είναι κάτι που θα έπρεπε να κάνουμε εμείς γιατί έχουμε άλλη σχέση με τον ασθενή» (σ. 1).

«Ναι, για παράδειγμα ας πούμε ένας νοσηλευτής έχει ενσυναίσθηση και δει ότι ο θεραπευόμενος δυσκολεύεται σε μια ιατρική πρακτική όπως για παράδειγμα να του πάρει αίμα, θα προσπαθήσει να τον χαλαρώσει για να συνεχίσει.» (σ.11)

«[...] Οι νοσηλευτές συνήθως επειδή έχουν πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας, συνήθως βιάζονται γιατί πρέπει να τελειώνουν για να εξυπηρετήσουν όλους τους ασθενείς. Αν για παράδειγμα ένας ασθενής θέλει να κάνει μπάνιο και τον βοηθάει ο νοσηλευτής και του λέει «έλα τελειώνε», δεν τον βοηθάει. Είναι μια ιδιαίτερη κατάσταση με τους ψυχικά ασθενείς, πρέπει να είσαι ήρεμος, να έχεις υπομονή , να κρατάς χαμηλούς τόνους, να ανταλλάζεις θετικά βλέμματα.» (σ. 2).

Τέλος, δεν ήταν λίγοι εκείνοι που υποστήριζαν ότι η ενσυναίσθηση δεν έχει να κάνει με το επάγγελμα του καθενός, αλλά διαφοροποιείται ανάλογα με τον άνθρωπο και την κουλτούρα του, εννοώντας ότι ο χαρακτήρας του ανθρώπου θα καθορίσει το αν θα λειτουργήσει με ενσυναίσθηση, ασχέτως καριέρας.

«Δεν θεωρώ τόσο ότι είναι διαφορετικό ο τρόπος που εκδηλώνουν την ενσυναίσθηση οι διαφορετικοί τομείς, όσο οι διαφορετικοί άνθρωποι. Δηλαδή δεν θεωρώ ότι κατά κανόνα οι ψυχίατροι φέρονται διαφορετικά από τους κοινωνικούς λειτουργούς ή τους ψυχολόγους.» (σ.13)

«Όχι δεν διαφοροποιείται ανάλογα με το επάγγελμα αλλά ανάλογα με τον άνθρωπο. Φυσικά και πρέπει να ακολουθήσεις το βιβλίο και να κάνεις την προσέγγιση αλλά θα πρέπει ταυτόχρονα να υπολογίζεις τον παράγοντα κουλτούρα. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι της πόλης με τους ανθρώπους της επαρχίας δεν χρειάζονται την ίδια προσέγγιση. Φυσικά τα βιώματα είναι διαφορετικά, οι άνθρωποι (του χωριού) είναι πιο φοβισμένοι. Φυσικά υπάρχουν έμφυλες διακρίσεις, δεν μπορείς να κλείσεις τα μάτια σε αυτό. Η αλλαγή θα έρθει μέσα από μία ανθρώπινη προσέγγιση, συναισθανόμενη τον φόβο και τις ανασφάλειες των ανθρώπων απέναντι σε αυτό που συμβαίνει. Ο φόβος είναι αυτός που κρατάει τους ανθρώπους χωριστά, δεν είναι κάτι άλλο.» (σ.3).

6.2 Οφέλη και εμπόδια ενσυναίσθησης

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τα οφέλη, σε πρώτη φάση, καταλαβαίνουμε ότι το να λειτουργούν οι επαγγελματίες με ενσυναίσθηση προς τους εξυπηρετούμενους τους τείνει να οδηγεί τους δεύτερους στο να νιώθουν ότι μπορούν να εμπιστευτούν τον επαγγελματία και να νιώσουν ασφαλείς να μιλήσουν σε αυτόν για ό,τι τους απασχολεί. Αυτός είναι ίσως ο μεγαλύτερος στόχος για έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, καθώς με το να του «ανοιχτεί» ο εξυπηρετούμενος, του δίνει μια ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με το τί τον απασχολεί και επίσης έτσι δείχνει και την προθυμία του να συμμετάσχει στην θεραπευτική σχέση.

«Τον ωφελεί γιατί τον κάνει να νιώθει άνθρωπο, βοηθάει να πέσουν οι άμυνες, και να μπορέσει να εκφραστεί πιο ελεύθερα, να μπορεί να εμπιστευτεί. Η εμπιστοσύνη είναι η λέξη κλειδί για την θεραπεία. Δηλαδή το να αφηθείς στην διαδικασία χωρίς άμυνες. Το να μπορείς να δεθείς με τον θεραπευτή σου μέχρι εκεί που μπορεί να γίνει, να καλλιεργηθεί μία σχέση εμπιστοσύνης.» (σ.3).

Ακόμη το να λειτουργεί με ενσυναίσθηση συμβάλει σε καλύτερη θεραπευτική σχέση και θετική ανατροφοδότηση μεταξύ επαγγελματία- εξυπηρετούμενου. Αυτό συμβαίνει καθώς όπως αναφέραμε και παραπάνω ο επαγγελματίας έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη του εξυπηρετούμενου του και έτσι μπαίνουν τα θεμέλια για μια ουσιαστική θεραπευτική σχέση. Ακόμη μέσα από την σχέση που θα αναπτυχθεί, αν ο επαγγελματίας λειτουργεί ενσυναισθητικά, θα εμπνέει τους εξυπηρετούμενους του να εκφράζονται ελεύθερα, χωρίς να είναι διστακτικοί στο τί θα πουν και πώς θα το πουν.

«Για τον ίδιο τον επαγγελματία θεωρώ ότι θα μπορεί να βοηθήσει περισσότερο στο θεραπευτικό τους στόχο, στο να αναγνωρίσει και στο να δημιουργηθεί μια καλή θεραπευτική σχέση. Να μπορεί ο θεραπευόμενος τέλος πάντων να εκφραστεί ελεύθερα και να υπάρχει μια καλύτερη θεραπευτική συμμαχία μεταξύ τους.»(σ.8).

Σχετικά με τους παράγοντες που αποτελούν εμπόδια στο να ασκήσουν ενσυναισθητικά το ρόλο τους, πρώτος και σημαντικός παράγοντας είναι ο φόρτος εργασίας καθώς και η έλλειψη χρόνου. Πολλοί από τους επαγγελματίες που συμμετείχαν στην έρευνα αναφέρθηκαν στο ότι είναι πολύ δύσκολο όταν έχεις μεγάλο φόρτο εργασίας να λειτουργείς και ενσυναισθητικά καθώς σκέφτεσαι ότι πρέπει να τελειώσεις όσο γίνεται πιο γρήγορα με τις υποθέσεις σου γιατί ήδη σε

περιμένουν πολλές ακόμα που έχεις να διευθετήσεις. Ειδικά σε δημόσιες υπηρεσίες ίσως είναι πιο έντονο το φαινόμενο αυτό καθώς συνήθως είναι υποστελεχωμένες και ο φόρτος εργασίας είναι μεγάλος.

«Εμποδίζει ο φόρτος εργασίας που μπορεί να υπάρχει, εμποδίζει ο αριθμός των νοσηλευόμενων που μπορεί να υπάρχουν σε μια δομή γιατί αυξάνεται ο φόρτος και μπορεί ο κάθε επαγγελματίας να μην μπορεί να αφιερώσει τον ίδιο χρόνο για να ασχοληθεί τόσο διεξοδικά με κάποιον άνθρωπο, μπορεί να εμποδίσουν εντολές που παίρνει από ανωτέρους στην κάθε δομή - δηλαδή μπορεί να υπάρχει αυστηρό πρόγραμμα ότι «θα κάνεις αυτό, εσύ θα ασχοληθείς με αυτό» Εννοώ ότι είναι αλλιώς να δουλεύει ο κάθε επαγγελματίας μόνος του και αλλιώς είναι να δουλεύει σε δομή.»(σ.13).

Ακόμη ένας αρνητικός παράγοντας που εμποδίζει το να λειτουργεί ο επαγγελματίας με ενσυναίσθηση είναι η επαγγελματική εξουθένωση (burnout), η οποία συνδέεται φυσικά και με το προαναφερθέν εμπόδιο. Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στην επαγγελματική ζωή και ίσως ακόμη και να επηρεάσει και την προσωπική ζωή. Συνήθως δημιουργείται από την συσσώρευση φόρτου εργασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη χρόνου που αυτά οδηγούν στην κούραση του επαγγελματία και στην μείωση της αποδοτικότητάς του.

«Η επαγγελματική εξουθένωση είναι το να ξεχνάς τι θα πει selfcare (αυτοφροντίδα), τι θα πει δηλαδή ότι φροντίζω και τον εαυτό μου πριν φροντίσω τους άλλους. [...]»(σ.3).

Ακόμη ένα χαρακτηριστικό που αναφέρθηκε από τους ερωτώμενους ότι μπορεί ίσως να αποτελέσει εμπόδιο είναι η έλλειψη εμπειρίας. Όταν, για παράδειγμα, κάποιος ο οποίος τώρα ξεκινάει να εξασκεί το επάγγελμα του αισθάνεται άγχος για το πώς θα εφαρμόσει στην πράξη την θεωρία που διδάχτηκε. Λόγω αυτού, δεν επικεντρώνεται τόσο στο να ακούσει πραγματικά τον άλλον ή καλύτερα να προσπαθήσει να μπει στην θέση του, χωρίς φυσικά να ταυτιστεί.

« Όταν είναι αρχή νομίζω στην δουλειά όταν κάποιος είναι άπειρος νομίζω ότι ναι, προσπαθεί να δείξει ενσυναίσθηση γιατί όταν είσαι άπειρος έχεις το άγχος στο να χρησιμοποιήσεις τις γνώσεις τις θεωρητικές που έχεις για να βοηθήσεις οπότε δεν επικεντρώνεσαι τόσο πολύ στον ασθενή όσο επικεντρώνεσαι σε αυτά που έχεις εσύ.

Αλλά με τον καιρό τότε αυτό υποχωρεί και τότε αρχίζει η πραγματική σχέση να αναπτύσσεται.» (σ.2).

Τέλος, ένα σημαντικό εμπόδιο στην αντιμετώπιση των εξυπηρετούμενων από τους επαγγελματίες με ενσυναίσθηση είναι τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που έχει ο καθένας από αυτούς. Είναι εξαιρετικά σημαντικό ο επαγγελματίας να έχει λύσει με τον εαυτό του τα διάφορα στερεότυπα και προκαταλήψεις που κουβαλάει σαν άτομο, καθώς αν δεν το κάνει τότε υπάρχει κίνδυνος να τα προβάλλει αυτά και στην εργασία του. Αυτό θα έχει μεγάλο αντίκτυπο στην θεραπευτική σχέση και έτσι ούτε ο επαγγελματίας θα μπορέσει να τον βοηθήσει σωστά, ούτε θα νιώθει άνετα να ανοιχτεί σε αυτόν ο εξυπηρετούμενος.

«[...] Οπότε αυτό που θα έλεγα εγώ ταπεινή μου γνώμη ότι μπορεί γενικά να εμποδίζει κάποιον είναι τα δικά του θέματα τα δικά του άλλα θέματα που μπορεί να έχει σε σχέση με τον εαυτό του σε σχέση με την οικογένεια προέλευσης οι δικές του προκαταλήψεις τα δικά του ταμπού τα στερεότυπα για το πώς πρέπει να είναι η σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου. Αυτά θεωρώ ότι μπορούν να τον εμποδίζουν.»(σ. 7).

6.3 Εφαρμογή της ενσυναίσθησης

Όσον αφορά την εφαρμογή της ενσυναίσθησης, οι συνεντευξιαζόμενοι καλέστηκαν να απαντήσουν στο πώς δείχνουν οι επαγγελματίες την ενσυναίσθητική τους λειτουργία στον τομέα της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης.

Αρχικά, σχετικά με τον τομέα της πρόληψης, το σημαντικότερο είναι να προσεγγίσουν τον σωστό πληθυσμό, έτσι ώστε να ευαισθητοποιήσουν το κοινό για τις ψυχικές διαταραχές. Για αυτό το σκοπό πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι και να ενημερώνονται συνεχώς για τις εξελίξεις και οι ίδιοι. Χρειάζεται οργάνωση και διαθεσιμότητα ώστε να αναγνωρίζουν τις βαθύτερες ανάγκες που έχουν οι ασθενείς. Είναι πολύ σημαντικό να προσπαθούν να κατανοήσουν οτιδήποτε κρύβεται πίσω από αυτά που λένε οι εξυπηρετούμενοι, καθώς μπορεί να είναι κάτι που ο ίδιος δεν έχει αναγνωρίσει και χρειάζεται βοήθεια για να το φέρει στην επιφάνεια. Σε κάθε περίπτωση, η πρόληψη είναι ομαδική δουλειά, καθώς σπάνια απευθύνεται μεμονωμένα σε άτομα. Είναι πολύ σημαντική η ενσυναίσθηση του επαγγελματία

ώστε να καταλάβει τις ανάγκες που έχει ένα άτομο ή ένας πληθυσμός. Πολλές φορές πρέπει να συνεργαστεί με συναδέλφους ώστε να μπουν στη θέση της πληθυσμιακής ομάδας στην οποία θα απευθυνθούν για να κατανοήσουν πώς θα καλυφθούν καλύτερα οι ανάγκες της. Πολύ σημαντικό ρόλο, όπως είπαν οι ερωτώμενοι παίζει και η προσωπικότητα του επαγγελματία , να ενδιαφέρεται και να ενημερώνεται, κάνει ατομική ψυχοθεραπεία και να έχει αποβάλλει δικά του στερεότυπα και προκαταλήψεις.

«Σε επίπεδο πρόληψης, είναι σημαντικό να έχουν ανοιχτά μάτια και αυτιά , ανοιχτά ρολά , πολλή ενημέρωση και διαρκή εκπαίδευση. Πρέπει επίσης ο επαγγελματίας να αναγνωρίζει την δυναμική του κάθε ανθρώπου και τι μπορεί να κάνει στο μέλλον.» (σ. 3).

«Ίσως με το να δει τους παράγοντες που θα μπορούσαν να σχετίζονται με την έκλυση κάποιας ψυχικής διαταραχής να φροντίσει ότι ο άνθρωπος αυτός θα έχει μια ισορροπία στην καθημερινότητα του σε κοινωνικό επίπεδο, βιολογικό, ψυχοκοινωνικό και δεύτερο το κομμάτι το πιο ιατρικό μετά δηλαδή με το να δούμε τι είναι τα συμπτώματα που θα μπορούσαν να υπάρχουν σε μια διαταραχή και πως αυτά θα μπορούσαν να προληφθούν» (σ. 8).

Στον τομέα τώρα της θεραπείας, αυτό στο οποίο συμφώνησαν όλοι οι επαγγελματίες είναι ότι το σημαντικότερο είναι να χτιστεί μια σχέση συνεργασίας και εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου για να μπορέσει να εξελιχθεί η θεραπεία και να έχει θετικά αποτελέσματα. Το κυριότερο για να πετύχει η θεραπευτική σχέση, είναι να δημιουργηθεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα που θα αφορά τον εκάστοτε ασθενή, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του. Πρέπει σε κάθε βήμα να εξακριβώνεται αν είναι έτοιμος ο εξυπηρετούμενος για τη συνέχεια και γι' αυτό οι επαγγελματίες οφείλουν να είναι πολύ προσεκτικοί, ενεργητικοί ακροατές, μη επικριτικοί, να δίνουν σημασία στη στάση του σώματος, αλλά να δείχνουν και με τη δική τους ότι είναι διαθέσιμοι να ακούσουν και να κατανοήσουν τη συναισθηματική φόρτιση του συνομιλητή τους. Αυτό θα οδηγήσει σε μια υγιή, σταθερή σχέση εστιασμένη στον ασθενή. Πρέπει να είναι δεδομένο όμως, ότι ο κάθε άνθρωπος χρειάζεται διαφορετικό χώρο και χρόνο για να μπορέσει να εκφραστεί και να ανταποκριθεί στην θεραπεία.

«Αν ο θεραπευόμενος βλέπει από τον θεραπευτή του ότι έχει μία στάση ενσυναίσθησης, ότι κατανοεί πραγματικά αυτά που ακούει, και αυτά που αισθάνεται, είναι πάρα πολύ σημαντικό γιατί φτιάχνεται μια σταθερή σχέση, μια υγιή σχέση και νομίζω ότι η παρέμβαση η οποία θα σχεδιαστεί θα είναι στοχευμένη, δηλαδή αν ο θεραπευτής κατανοήσει το συναίσθημα του θεραπευόμενου θα προσπαθήσει να τον βοηθήσει, να του δείξει το συναίσθημά του άρα και η παρέμβασή του θα είναι totherpoint.» (σ. 5).

Στο επόμενο βήμα της θεραπευτικής σχέσης, αυτό της αποκατάστασης και της συμβουλευτικής, η πλειοψηφία των επαγγελματιών συμφώνησαν ότι για την αποκατάσταση του ασθενούς πρέπει να γίνει αντιληπτό το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα λειτουργήσει μετά ο ασθενής. Είναι σημαντικό να διαπιστωθεί ποιες είναι οι ανάγκες που θα προκύψουν στην αποκατάσταση, ποιες είναι οι απαιτήσεις του και ποιες δυνατότητες έχει για να επανενταχθεί στην κοινωνία. Ο επαγγελματίας οφείλει να ενδιαφερθεί για την πορεία του εξυπηρετούμενου σε επαγγελματικό και οικογενειακό περιβάλλον. Αν για παράδειγμα υπάρχουν κοντινοί του άνθρωποι στους οποίους θα μπορεί να στηριχτεί και να απευθυνθεί όταν το έχει ανάγκη, καθώς και τι εργασία θα μπορούσε να κάνει με τα προσόντα και τις δυνατότητές του. Χρειάζεται προσοχή γιατί είναι μια διαδικασία με θετικά αποτελέσματα για τον ασθενή, ή μια διαδικασία που θα αφήσει «ανοιχτούς λογαριασμούς» και θα έχει την ανάγκη να επανέλθει για βοήθεια. Αν όμως λειτουργήσουν σωστά και από κοινού, θα κρατήσει τις τεχνικές για τη συνέχεια της ζωής του και θα τις επαναφέρει όταν του είναι απαραίτητες. Πολλοί επαγγελματίες υποστήριξαν ότι είναι σημαντικό σε αυτή τη φάση να είναι διαθέσιμοι όταν τους χρειάζεται ο ασθενής, ακόμα και εκτός των συναντήσεων, στα πλαίσια βέβαια που το επιτρέπει η επαγγελματική σχέση.

«Επειδή η αποκατάσταση για τον καθένα και το πώς θα λειτουργήσει μετά έξω είναι κάτι τελείως διαφορετικό, πρέπει να μπει στην διαδικασία να αντιληφθείς και όλο το πλαίσιο, ποιο είναι το οικογενειακό περιβάλλον, τι απαιτήσεις έχει να αντιμετωπίσει ο κάθε άνθρωπος, πόσο οι ικανότητές του θα τον φέρουν σε ένα επίπεδο λειτουργικότητας.» (σ.1).

«Για παράδειγμα, σκέφτεσαι ότι πρέπει ο άνθρωπος να βρει ένα σπίτι, μια δουλειά, να αποκατασταθούν οι σχέσεις του. Άρα τον βοηθάς με το ενεργητικό σου ενδιαφέρον, «έχεις κάποιους φίλους;», «πού θα μπορούσες να δουλέψεις;». Αυτές οι μικρές

κουβέντες, του δείχνουν ότι είσαι δίπλα του να τον βοηθήσεις να ξαναβγεί στην κοινωνία.» (σ.2).

«Νομίζω ότι και στα τρία, πρόληψη, θεραπεία και συμβουλευτική, το ένα μπλέκει με το άλλο. Δηλαδή μέσα σε μία διαδικασία δεν είναι ευδιάκριτο τι κάνω, πότε το κάνω. Είναι το να μπορώ να αντιληφθώ πού κινείται ο άλλος συναισθηματικά, τι εκφράζει, την ώρα που το εκφράζει μέσα στη θεραπευτική διαδικασία.» (σ.15).

6.4 Ενσυναίσθηση σε καταστάσεις κρίσης

Σχετικά με το εάν βοηθάει η ενσυναίσθηση τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες στους εξυπηρετούμενους σε καταστάσεις κρίσεις όλοι οι επαγγελματίες απάντησαν ότι είναι βοηθητική σε αυτό το στάδιο η ενσυναίσθηση. Συγκεκριμένα, απάντησαν ότι είναι πολύ σημαντικό οι επαγγελματίες να παραμένουν ψύχραιμοι, έτσι ώστε ο εξυπηρετούμενος να καταλάβει ότι έχει έναν θεραπευτή σταθερό που μπορεί να τον υποστηρίξει και να τον καταλάβει.

«Νομίζω ότι η ενσυναίσθηση πάντα βοηθάει ακόμα και στην υποτροπή μιας νόσου, δηλαδή το να είσαι εκεί σταθερός να μην χάνεις τα χαρακτηριστικά του σωστού θεραπευτή, έτσι ώστε να δει και ο θεραπευόμενος ότι ανεξάρτητα από την κατάσταση την δική του έχει ένα θεραπευτή σταθερό να τον υποστηρίζει.» (σ.6).

«Ναι βοηθάει γιατί ηρεμείς τον άλλον. Γιατί όταν λειτουργείς με ενσυναίσθηση καταλαβαίνεις ότι όταν είναι σε κρίση «μιλάει» η ασθένεια δεν είναι ότι ο άλλος μπορεί ας πούμε να είναι νευρικός και επιθετικός απέναντί σου αλλά είναι η ασθένειά του. Τον ηρεμείς, με χαμηλό τόνο του λες «σε καταλαβαίνω» . Του δίνεις τον χρόνο του να ηρεμήσει, μικρές κουβεντούλες που τους δείχνεις ότι είσαι εκεί και ότι θα τον βοηθήσεις, δεν θα τον εγκαταλείψεις. Γιατί αυτό φοβούνται. «Θα είμαι δίπλα σου», «ότι και να συμβεί, ηρέμησε».(σ.2).

Ειδικότερα, οι ερωτώμενοι αναφέρθηκαν στο τι σημαίνει ενσυναίσθηση σε καταστάσεις κρίσης που αφορούν είτε τον ασθενή και την ασθένεια, είτε ευρύτερες καταστάσεις όπως η υγειονομική κρίση και πώς αυτά τον επηρεάζουν. Είναι μια πρωτόγνωρη εμπειρία τόσο για τους επαγγελματίες όσο και για τους

εξυπηρετούμενους. Υπήρχε κοινή αγωνία, φόβος και άγχος και από τις δυο πλευρές. Όλοι οι επαγγελματίες υποστήριζαν τους θεραπευόμενους έτσι ώστε να τηρήσουν τα υγειονομικά πρωτόκολλα. Σημαντικό μάλιστα θεώρησαν και την εκπαίδευση μέσα από τα νέα σεμινάρια.

«Είναι επίκαιρη κιόλας άλλα είναι τόσο περίπλοκη. Πολύ ζήσαμε και ζούμε φαντάζομαι πολλοί πρωτόγνωρες καταστάσεις σε σχέση με την πανδημία και πολλές φορές εμείς οι επαγγελματίες σε αυτήν την φάση κληθήκαμε να ξεπεράσουμε και τους εαυτούς μας γιατί όλη αυτή η εμπειρία ήταν πρωτόγνωρη και για εμάς τους ίδιους, οπότε πολλές φορές και εγώ η ίδια έπιασα τον εαυτό μου να αναρωτιέμαι εάν ο τρόπος που προσπαθώ να υποστηρίξω τους πελάτες μου ήταν αληθινός ή βοηθητικός και για αυτό λέω ότι είναι απαραίτητη και η δική μας ατομική ψυχοθεραπεία»(σ.6).

«Καταρχάς να κρατάει όλα τα υγειονομικά πρωτόκολλα και να λειτουργεί ως παράδειγμα προς μίμηση. Εγώ γενικά λειτουργώ και ακτιβιστικά, αυτά που πιστεύω δηλαδή τα φωνάζω, ώστε να δημιουργηθεί ένα αποτέλεσμα ντόμινο. Επίσης πρέπει να συνεχίσει να εκπαιδεύεται γιατί υπήρχε μια εντελώς καινούρια εκπαίδευση πάνω στο θέμα της πανδημίας και να παρακολουθεί επί της ουσίας τι καινούρια σεμινάρια υπάρχουν για τα καινούρια δεδομένα που έχουν δημιουργηθεί. Πρέπει να είναι στις επάλξεις αλλά να είναι και ως μυαλό και νοοτροπία ένα βήμα μπροστά».(σ. 3).

Όλοι οι επαγγελματίες υποστήριζαν ότι χρειάστηκε να κάνουν online συνεδρίες λόγω Covidωστόσο αυτό δεν τους εμπόδιζε να λειτουργήσουν με ενσυναίσθηση. Εκεί που ίσως θα δυσκολευόντουσαν ήταν εάν ξεκινούσαν θεραπεία με έναν άτομο που θα το βλέπανε πρώτη φορά και εάν ένας εξυπηρετούμενος ήταν ψυχικά διαταραγμένος. Προφανώς χάνονται πολλές πληροφορίες πολλά στοιχεία επικοινωνίας.

«Όχι δεν ήταν εμπόδιο να τους προσεγγίσω με ενσυναίσθηση γιατί δεν έτυχε να κάνω κάποιο καινούριο ραντεβού . Όσες διαδικτυακές συνεδρίες έκανα ήταν με μέλη με τα οποία ήμουν ήδη σε θεραπευτική σχέση οπότε δεν εμπόδιζε καθόλου όλο αυτό. Σαφώς δεν ήταν το ίδιο με το να είναι από κοντά σαφώς όταν έκλαιγαν δεν ήμουν εκεί να τους δώσω το χαρτομάντιλο ή να τους προσφέρω ένα ποτήρι νερό αλλά φαντάζομαι εάν χρειαζόταν να κάνω κάποια συνεδρία πρώτης επαφής με κάποιον άνθρωπο δεν θα ήταν τόσο επιτυχημένη όσο το διά ζώσης»(σ. 7).

Μάλιστα σημαντικό είναι ότι έχουν ήδη αρχίσει και γράφονται άρθρα για την ενσυναίσθηση και τις διαδικτυακές συνεδρίες γεγονός που θα βοηθήσει τους επαγγελματίες πώς να λειτουργήσουν με ενσυναίσθηση σε παρόμοιες καταστάσεις στο μέλλον.

«Να σου πω ότι έχουν ήδη γράφει άρθρα για το πώς μπορείς να είσαι με ενσυναίσθηση πίσω από μία κάμερα, οπότε υπάρχει βιβλιογραφία πάνω στο κομμάτι για να ανατρέξουμε».(σ.14).

6.5 Παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης

Υπάρχουν τόσο θετικοί όσο και αρνητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στον επαγγελματία. Αρχικά, κάποιος από τους θετικούς παράγοντες είναι η βιωματική εκπαίδευση, μέσω της οποίας, είτε με roleplaying είτε με άλλες δραστηριότητες, δίνει την ευκαιρία να δουλέψει ο επαγγελματίας την δεξιότητα της ενεργητικής ακρόασης και επίσης να εξοικειωθεί με το να «μπαίνει στην θέση του άλλου». Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες συμφώνησαν ότι η βιωματική εκπαίδευση είναι πολύ σημαντική και θα πρέπει να υπάρχει στο πρόγραμμα σπουδών ανθρωποκεντρικών σχολών όπως είναι η ψυχολογία, η κοινωνική εργασία κ.α.

«Και αυτό νομίζω είναι πολύ βοηθητικό γιατί εκεί έχεις και την ευκαιρία να εκδηλώσεις συναίσθημα, να πρέπει να φροντίσεις το συναίσθημα του άλλου, να πρέπει να ακούσεις τον άλλον, τα δικά του συναισθήματα, τις δικές του συμπεριφορές, να πρέπει να μπεις στην διαδικασία λίγο να αναλύσεις να εξηγήσεις αλλά σίγουρα είναι πολύ σημαντικό.»(σ. 5).

Άλλος ένας παράγοντας που επηρεάζει την ενσυναίσθηση του κάθε επαγγελματία είναι το κατά πόσο έχει κάνει κατά την διάρκεια των σπουδών του πρακτική άσκηση. Η πρακτική άσκηση στο επάγγελμα είναι ένα πολύ σημαντικό κεφάλαιο στην εκπαίδευση των φοιτητών, καθώς τους δίνεται η δυνατότητα να δουν στην πράξη πώς είναι το κάθε επάγγελμα. Το να έχει κάνει ένας φοιτητής πρακτική

άσκηση, συνήθως σημαίνει ότι μόλις θα βγει στην αγορά εργασίας θα ξέρει τί να περιμένει και πώς μπορεί να εφαρμόσει τις γνώσεις που αποκόμισε.

«Όσο αφορά την εκπαίδευση θα ήθελα γενικά να υπάρχει περισσότερη πράξη δηλαδή να υπάρχει πρακτική περισσότερη εκπαίδευση στο πρακτικό κομμάτι για τους φοιτητές για τους αυριανούς επαγγελματίες ας πούμε υγείας να έχουν περισσότερα βιώματα στην πράξη. Μόνο έτσι θα καταλάβουν περισσότερο το τι εστί ενσυναίσθηση και πώς μπορεί να καλλιεργηθεί και πως μπορεί αν δουλευτεί αυτό το κομμάτι.» (σ.9).

Ακόμη, η εποπτεία των επαγγελματιών είναι επίσης ένα σημαντικό κομμάτι στην επαγγελματική τους ζωή. Η εποπτεία μπορεί να γίνεται είτε από τους συναδέλφους του, είτε να προσφεύγει σε ιδιώτη επόπτη. Η εποπτεία είναι πολύ σημαντική καθώς μέσα από αυτή μπορεί κάποιος να εκφράσει τις ανησυχίες του σχετικά με ένα περιστατικό καθώς επίσης και να αποφορτιστεί συναισθηματικά.

«Όποτε υπάρχει κάποια δυσκολία ενός πελάτη την οποία εγώ δυσκολεύομαι να διαχειριστώ είτε συναισθηματικά είτε λογικά είτε πρακτικά απλά γιατί δεν βλέπω ποιο είναι το πρόβλημα και αυτό δεν προχωράει, ναι παίρνω εξωτερική εποπτεία.» (σ.12).

Σχετικά με την εποπτεία που αναφέρθηκε παραπάνω, αξίζει να σημειωθεί στους αρνητικούς παράγοντες η άγνοια των επαγγελματιών σχετικά με τους φορείς που προσφέρουν υποστήριξη στο να λειτουργούν οι τελευταίοι με ενσυναίσθηση. Σχεδόν όλοι απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν κάποιον φορέα. Αυτό μας δείχνει το ότι δεν είναι διαδεδомμένοι ούτε όμως και πολλοί τέτοιοι φορείς με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες να στηρίζονται ως προς αυτό είτε από το εργασιακό τους περιβάλλον είτε από ιδιώτες.

«Δεν γνωρίζω να υπάρχει κάτι, ίσως εσύ μόνο αν επιλέξεις να έχεις κάποιο καθηγητή σαν επόπτη.»(σ.4)

Τέλος, όπως αναφέρθηκε και σε άλλη ενότητα, ο μεγάλος φόρτος εργασίας επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα του επαγγελματία να λειτουργεί με ενσυναίσθηση καθώς δεν προλαβαίνει να εστιάσει στον άνθρωπο και στο πώς νιώθει. Αντιθέτως, ακολουθείται μια τακτική του να «τελειώσω γρήγορα την δουλειά μου γιατί με περιμένει κι άλλη.» Επιπρόσθετα, αυτός ο παράγοντας είναι πιθανόν να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση και αυτό με την σειρά του επίσης θα έχει αντίκτυπο στο πώς αλληλεπιδρά με τους εξυπηρετούμενο του.

«[.] αλλά έχει και τις αρνητικές συνέπειες που είναι ότι αναλαμβάνει πολύ φόρτο, και ζορίζει και την δική του ψυχολογική κατάσταση, και πολλές φορές χωρίς να το κατανοεί όταν συμβαίνει αυτό.» (σ.13).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα μας, κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που σχετίζονταν με την ενσυναίσθηση σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Προκειμένου να προσεγγίσουν την έννοια της ενσυναίσθησης με πιο αντικειμενικό τρόπο εξετάστηκαν και άλλοι παράγοντες που δύνανται να συμβάλουν στην ύπαρξη ή την απουσία της. Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν τι σημαίνει για αυτούς η ενσυναίσθηση. Στη συνέχεια περιέγραψαν πως δείχνουν την ενσυναισθητική τους λειτουργία στη πρόληψη, στη θεραπεία, στη συμβουλευτική και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Εκτός των άλλων μίλησαν για τις δεξιότητες που είναι σημαντικές να έχει ένας επαγγελματίας για να λειτουργεί με ενσυναίσθηση, καθώς και τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους οι διαφορετικές ειδικότητες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δείχνουν την ενσυναισθητική τους λειτουργία. Επιπλέον, μας περιέγραψαν τα οφέλη που έχει η ενσυναίσθηση για τον εξυπηρετούμενο, την οικογένεια του και τον ίδιο τον επαγγελματία. Αναφέρθηκαν στο τι βοηθάει και τι εμποδίζει στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με ενσυναίσθηση. Επιπροσθέτως μίλησαν για την επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με την ενσυναίσθηση καθώς και για το εάν υπάρχουν συνέπειες για τον επαγγελματία και τον ωφελούμενο. Εφόσον η εποχή που ζούμε κυριαρχείται από την πανδημία του Covid-19 απαντήθηκαν και κάποιες ερωτήσεις σχετικά με το πώς μπορεί ο επαγγελματίας να λειτουργήσει ενσυναισθητικά στο πλαίσιο μιας υγειονομικής κρίσης, εάν υπήρχαν online συνεδρίες και κατά πόσο αυτό ο τρόπος επικοινωνίας τους εμπόδιζε ή τους βοήθησε έτσι ώστε να προσεγγίσουν τον ασθενή με ενσυναίσθηση. Τέλος οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στο ρόλο της εποπτείας και της εκπαίδευσης, καθώς και σε κάποιες προτάσεις για να βελτιωθεί η κατάσταση.

Ο πρώτος βασικός θεματικός άξονας ήταν το πώς ορίζουν οι επαγγελματίες την έννοια της ενσυναίσθησης. Σύμφωνα με την επιστημονική κοινότητα, υπήρξε τεράστια σύγχυση και έντονη συζήτηση για την έννοια της ενσυναίσθησης, ιδιαίτερα στο κλινικό πλαίσιο. Αυτό είναι λογικό καθώς η ενσυναίσθηση είναι μια σύνθετη και πολυδιάστατη έννοια που είναι δύσκολο να οριστεί και να μετρηθεί, και της οποίας το νόημα μέχρι και σήμερα συνεχίζει να εξελίσσεται (Hojat & La Noue,

2014, Mercer & Reynolds, 2002, Stepien & Baernstein, 2006). Ο βασικότερος υποστηρικτής της ήταν ο Carl Rogers πιστεύοντας πως η ενσυναίσθηση είναι μια από τις πιο σημαντικότερες ικανότητες που θα πρέπει να διαθέτει όποιος ενδιαφέρεται να βοηθήσει ψυχολογικά έναν άλλον άνθρωπο (Μαλικιώζη, 2003). Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε, όλοι οι επαγγελματίες ανέφεραν ότι η ενσυναίσθηση είναι το βασικότερο εργαλείο που πρέπει να έχει ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας. Συνεχίζοντας μας περιέγραψαν ότι ενσυναίσθηση για αυτούς είναι το να μπορούν να μπαίνουν στη θέση του εξυπηρετούμενου, να καταλαβαίνουν τα συναισθήματά τους και να μπορούν να τα αναβιώσουν, δημιουργώντας ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο, ο ασθενής θα αισθανθεί εμπιστοσύνη, θα νιώσει ότι εισακούγονται αυτά που λέει χωρίς να τον κρίνει κανείς για τις πράξεις και τα συναισθήματά του. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε στο θεωρητικό μας μέρος, στο οποίο η ενσυναίσθηση κατά τον Carl Rogers (1957) είναι μία από τις «απαραίτητες και επαρκείς προϋποθέσεις για θεραπευτική αλλαγή της προσωπικότητας». «Ο θεραπευτής έχει την ικανότητα», λέει ο Rogers, «να αισθάνεται τον εσωτερικό κόσμο του πελάτη σαν να ήταν δικός του, αλλά χωρίς ταυτόχρονα αυτός να χάνει την «σαν να» ιδιότητα του». Βάσει αυτής της τοποθέτησης, ο θεραπευτής πρέπει να βιώσει τα συναισθήματα του πελάτη του «σαν να» ήταν δικά του, αλλά να μη ταυτίζεται με αυτά. Στην πορεία όμως ο Rogers άλλαξε λίγο αυτή την τοποθέτησή του και διατύπωσε την άποψη ότι ο θεραπευτής προσωρινά μπαίνει στη θέση του άλλου χωρίς όμως να ασκεί κριτική, με μοναδικό του σκοπό την κατανόηση των εμπειριών και των συναισθημάτων που κατακλύζουν τον πελάτη.

Ένας μεγάλος κίνδυνος που οι περισσότεροι επαγγελματίες μας ανέφεραν είναι η ταύτιση το να εμπλακούν συναισθηματικά με τον ασθενή. Για να μπορέσουν να μουν στη θέση του εξυπηρετούμενου, τόνισαν ότι είναι σημαντικό να κατανοήσουν τα κίνητρα, τις επιδιώξεις και τους στόχους τους. Επιπροσθέτως, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ανέφεραν ότι δεν πρέπει να έχουν απαιτήσεις από τους εξυπηρετούμενους, οφείλουν να τους δίνουν τον χρόνο που χρειάζονται, ανατροφοδοτώντας τα λεγόμενά τους, χωρίς να τους διακόπτουν. Το σημαντικότερο σε μια θεραπευτική σχέση είναι να υπάρχει συνεργασία και αλληλεπίδραση. Απαραίτητη επίσης είναι και η παρατηρητικότητα γιατί πολλά μηνύματα έρχονται από την στάση του σώματος ή την βλεμματική επαφή.

Αναφορικά με το αν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις ειδικότητες και στο πώς δείχνουν την ενσυναίσθηση τους, πολλοί είπαν ότι ο κάθε επαγγελματίας θα εστιάσει σε διαφορετική δυσκολία. Ειδικότερα, για τους γιατρούς/ψυχιάτρους πολλοί είπαν ότι λειτουργούν κυρίως ιατροκεντρικά και δεν δείχνουν ιδιαίτερα την ενσυναίσθηση τους προς τους ασθενείς τους. Αυτό όμως υποστηρίζουν ότι έχει αρχίσει να αλλάζει καθώς η ενσυναίσθηση αποκτά ολοένα και περισσότερο χώρο στην ιατρική πράξη και στη σχέση γιατρού-ασθενή. Φαίνεται ότι ίσως αποτελέσει την επόμενη επανάσταση στα συστήματα υγείας, αφού είναι βέβαιο ότι μέσω της ενσυναίσθησης δημιουργείται και εδραιώνεται «θεραπευτική συμμαχία» με τον ασθενή. Σχετικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς, αρκετοί πιστεύουν ότι ο ρόλος τους είναι κυρίως συμβουλευτικός και υποστηρικτικός προς την οικογένεια και τις εκάστοτε ανάγκες της.

Αρκετοί, από τους συμμετέχοντες τόνισαν ότι η ειδικότητα αυτή λειτουργεί συνήθως με ενσυναίσθηση. Όπως προαναφέρθηκε, όσον αφορά τους ψυχολόγους, οι ερωτώμενοι υποστήριξαν ότι οι ψυχολόγοι εστιάζουν πιο πολύ στην θεραπεία και ίσως η εκδήλωση της ενσυναίσθησης τους επηρεάζεται από το θεραπευτικό μοντέλο που ακολουθούν. Σχετικά με την ειδικότητα του νοσηλευτή, κάποιιοι είπαν ότι είναι η ειδικότητα που εκδηλώνει την ενσυναίσθηση στο ασθενή σαν «μητρική φροντίδα» αλλά πολλές φορές λόγω φόρτου εργασίας μπορεί να βιάζεται και να πιέζει και τον ασθενή.

Οι ερωτώμενοι ακόμα κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούσαν τα οφέλη και τα εμπόδια στο να λειτουργεί ένας επαγγελματίας με ενσυναίσθηση. Αναφορικά με τα οφέλη, οι περισσότεροι απάντησαν ότι το να λειτουργεί κανείς ενσυναίσθητικά μπορεί να βοηθήσει πολύ στο να εκφράζεται πιο ελεύθερα και χωρίς δισταγμούς ο εξυπηρετούμενος και να αναπτυχθεί η θεραπευτική σχέση.

Αυτές οι απόψεις μπορούν να επιβεβαιωθούν και από την ανάλογη βιβλιογραφία, αφού μέσα από τις έρευνες των Neumannetal (2012) φαίνεται ότι η έννοια της ενσυναίσθησης έχει θετικό αντίκτυπο στους εξυπηρετούμενους. Ειδικότερα, αναφέρεται στο γεγονός ότι ένας επαγγελματίας υγείας όταν προσεγγίζει τους ασθενείς του με ενσυναίσθηση, τους βοηθά να «ανοιχτούν» περισσότερο σχετικά με αυτά που τους απασχολούν, δεν αμφισβητούν συνήθως τη διάγνωση του ειδικού, και δίνεται στον επαγγελματία η δυνατότητα να εξηγήσει πιο αναλυτικά στους

ενδιαφερόμενους ό,τι σχετίζεται με τη διαταραχή που αντιμετωπίζουν. Επιπρόσθετα, ο θεραπευόμενος εμπλέκεται πιο πολύ στην θεραπεία και στην εκπαίδευση του, νιώθει πιο ικανοποιημένος από τη φροντίδα και ακολουθεί τη θεραπευτική του αγωγή. Τέλος, η εκδήλωση ενσυναίσθησης έχει ως αποτέλεσμα να μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η ποιότητα ζωής των θεραπευόμενων να βελτιώνεται.

Αναφορικά τώρα με τα εμπόδια, πολλοί ανέφεραν ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι αποτρέπουν τους επαγγελματίες από το να λειτουργούν ενσυναισθητικά. Κάποιοι από αυτούς είναι ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη χρόνου των εργαζομένων, καθώς νιώθουν μεγάλη πίεση για να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους. Έτσι, πολλοί δεν έχουν αρκετό διαθέσιμο χρόνο για να κάνουν σωστά και ολοκληρωμένα τις συνεδρίες τους. Ο φόρτος εργασίας με την σειρά του οδηγεί τον επαγγελματία στην επαγγελματική εξουθένωση όπου πλέον δεν έχει την ενέργεια για να ασχοληθεί ενεργά με το επάγγελμα του.

Σύμφωνα με τους Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη (2007), ο μεγάλος όγκος δουλειάς, οι ατελείωτες και κουραστικές ώρες εργασίας, ο μη προσδιορισμός των καθηκόντων των επαγγελματιών, πολύχρονη έλλειψη προσωπικού, η μη υποστήριξη και κατανόηση των ανθρώπων με τους οποίους εργάζονται μαζί καθώς και άλλα, θεωρούνται ως κύριοι παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην εμφάνιση του λεγόμενου «συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ακόμη ένα πολύ σημαντικό εμπόδιο που θα πρέπει να ξεπεράσουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σύμφωνα με την πλειοψηφία των ερωτηθέντων, είναι τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις που έχουν οι ίδιοι ως άνθρωποι. Αυτό είναι πολύ σημαντικό καθώς αν εντοπίσουν το ζήτημα αυτό, θα μπορέσουν και να το επιλύσουν, πολλές φορές με τη βοήθεια ενός ειδικού. Σε αντίθετη περίπτωση θα κάνουν κακό στην θεραπευτική σχέση που θα αναπτυχθεί, δεν θα μπορέσουν να βοηθήσουν ουσιαστικά τον θεραπευόμενο τους ενώ παράλληλα θα διαγιγνώσκουν το κοινωνικό στίγμα που συχνά συνοδεύει την ψυχική ασθένεια.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μετα-ανάλυσης των Wallh και Aroesty-Cohen (2010), ενώ στις έρευνες που διεξήγαγαν υπήρχαν ευρήματα που δικαιολογούσαν την άποψη ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν θετικές στάσεις απέναντι στους ψυχικά νοσούντες, σε σχέση με τον γενικότερο πληθυσμό, σε όλες τις έρευνες υπήρχε ένα ποσοστό ατόμων το οποίο διαφοροποιούνταν από αυτές

τις θετικές απόψεις. Αρκετοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας φάνηκε να θεωρούν ότι οι ψυχικά πάσχοντες είναι επικίνδυνοι για την κοινωνία. Ακόμη, δεν πίστευαν στην ίαση των περιστατικών τους, καθώς επίσης ήταν της άποψης ότι δεν θα έπρεπε να δημιουργούν οικογένειες.

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν επίσης να απαντήσουν μεταξύ άλλων σε ερωτήσεις που σχετίζονταν με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ψυχικά νοσούντων και πώς δείχνουν οι επαγγελματίες την ενσυναισθητική τους λειτουργία σε κάθε από αυτούς τους τομείς.

Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι για τον τομέα της πρόληψης επικεντρώθηκαν στην προσέγγιση και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού. Είναι σημαντικό δηλαδή να εκπαιδεύονται και να ενημερώνονται για τις ανάγκες και τις προσδοκίες διάφορων πληθυσμιακών ομάδων, όπως για παράδειγμα οι έφηβοι ή η τρίτη ηλικία. Η συστηματική εκπαίδευση και ενημέρωση τους βοηθά ώστε να μπορούν να προβλέπουν τις ελλείψεις που τυχόν θα υπάρχουν αλλά και να ενημερώνουν τις ομάδες αυτές σύμφωνα με τις ανάγκες τους στοχεύοντας στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.

Η πρόληψη είναι μια διαδικασία που χαρακτηρίζεται από λήψη μέτρων και πρακτικών που αποσκοπούν στην παρεμπόδιση εμφάνισης μιας νόσου και στοχεύουν είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο (Αναστασάκη, 2012). Η διαδικασία αυτή περιέχει τρία στάδια, την πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια πρόληψη. Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο λαμβάνονται μέτρα που αφορούν την παρεμπόδιση εμφάνισης μιας ψυχικής νόσου ατομικά ή ομαδικά. Στην επόμενη και ενδιάμεση φάση πραγματοποιείται η διάγνωση και η θεραπεία της νόσου. Ένα παράδειγμα για αυτή τη φάση θα μπορούσε να είναι κάποιο τεστ μνήμης σε ένα άτομο που παρουσιάζει συμπτώματα άνοιας. Στο τρίτο στάδιο ακολουθεί και η τριτοβάθμια πρόληψη κατά την οποία λαμβάνονται προληπτικά μέτρα με στόχο τη μείωση των υποτροπών αλλά και την παρεμπόδιση εμφάνισης της ασθένειας σε κάποιο άλλο πρόσωπο.

Όσον αφορά τη θεραπεία, οι ερωτώμενοι επικεντρώθηκαν στο εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπείας που πρέπει να δημιουργείται για κάθε ασθενή. Η κάθε περίπτωση είναι και πρέπει να λαμβάνεται ως ξεχωριστή, απαιτεί ιδιαίτερο χειρισμό, αφού κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός. Αυτό θα ενισχυθεί μόνο αν ο

επαγγελματίας έχει ενσυναίσθηση και θα βοηθήσει στην εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης και στην εμπιστοσύνη μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου.

Η ενσυναίσθηση είναι το βασικότερο στοιχείο για την εξέλιξη της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ των δύο προσώπων κατά τη θεραπεία και τη θεραπευτική αλλαγή. Είναι σημαντικό ο επαγγελματίας να μπορεί να κατανοήσει τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα όρια, τις δυνατότητες και τους στόχους του. Από την άλλη ο ασθενής χρειάζεται να νιώσει εμπιστοσύνη για να μπορεί να εκφραστεί ελεύθερα και αυτό θα συμβεί μόνο αν δει ότι ο θεραπευτής τον ακούει προσεκτικά και μπορεί να κατανοήσει όσα λέει (Καλημέρης, 2013). Η θεραπεία είναι οι διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους ένας άνθρωπος που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, μειώνει τις επιπτώσεις της ασθένειας και προωθεί την αποκατάσταση και επανένταξή του (Τσουκαλά, Τάσιου, Φωτεινοπούλου, 2019).

Στο τελικό στάδιο, αυτό της αποκατάστασης και της κοινωνικής επανένταξης, οι ερωτώμενοι επικεντρώθηκαν στη σημασία του πλαισίου μέσα στο οποίο θα λειτουργήσει ο ασθενής μετά τη θεραπεία. Το οικογενειακό, φιλικό και επαγγελματικό περιβάλλον και όλος ο κύκλος του ασθενή, έχουν καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της υγείας του και στην παρεμπόδιση ή διευκόλυνση μιας υποτροπής. Άρα είναι πολύ σημαντικό ο επαγγελματίας να ενδιαφερθεί για τη ζωή του θεραπευόμενου μετά τη θεραπεία και για το αν ο ίδιος είναι ικανοποιημένος με αυτήν την προοπτική. Η αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη είναι ένα σύνολο πρακτικών που καθιστούν τον ασθενή μιας ψυχικής νόσου ικανό να υπάρξει μέσα στην κοινότητα.

Είναι η ανάπτυξη και εξέλιξη των δυνατοτήτων του ατόμου και η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Για να το πετύχει αυτό, χρειάζεται να δοθεί έμφαση σε πράγματα που έκανε και στην πρότερη ζωή του ή που δεν έκανε αλλά θα τον βοηθούσαν, όπως για παράδειγμα η φροντίδα ενός σπιτιού, η προσωπική υγιεινή ή η διαχείριση των οικονομικών του (Τσουκαλά, Τάσιου, Φωτεινοπούλου, 2019).

Όλοι οι επαγγελματίες τόνισαν τη σημασία της ενσυναίσθησης σε καταστάσεις κρίσης, δηλαδή σε μια κατάσταση αποδιοργάνωσης κατά την οποία οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν ματαίωση σε σημαντικούς στόχους ζωής ή βαθιά διαταραχή στον κύκλο ζωής τους και στις μεθόδους αντιμετώπισης στρεσογόνων

παραγόντων. Ο όρος κρίση συνήθως αναφέρεται στα συναισθήματα φόβου και οδύνης του ατόμου για τη διαταραχή και όχι στη διαταραχή αυτή καθαυτή. (Brammer, 1985). Η κρίση είναι μια προσωπική δυσκολία ή κατάσταση που ακινητοποιεί τους ανθρώπους και τους εμποδίζει να έχουν τον έλεγχο της ζωής τους (Belkin, 1984). Αυτό που χαρακτηρίζει την κρίση είναι ότι το άτομο δε γνωρίζει πως να συμπεριφερθεί για να αντιμετωπίσει μια κατάσταση (Carkhuff & Berenson, 1977).

Όλοι οι επαγγελματίες απάντησαν ότι είναι πολύ βοηθητική σε αυτό το στάδιο η ενσυναίσθηση. Συγκεκριμένα, τόνισαν ότι είναι σημαντικό οι επαγγελματίες να παραμένουν ψύχραιμοι, όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει μια κατάσταση κρίσης, έτσι ώστε ο εξυπηρετούμενος να νιώσει ότι έχει έναν θεραπευτή σταθερό που μπορεί να τον υποστηρίξει και να καταλάβει το πρόβλημα. Μάλιστα υπογράμμισαν ότι λειτουργώντας με ενσυναίσθηση βοηθά να ηρεμήσεις τον ασθενή αφού κατανοήσεις ότι η πιθανή επιθετικότητά του οφείλεται στην ασθένεια και τη δυσκολία που αντιμετωπίζει.

Φυσικά δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε ερωτήσεις που αφορούν τον Covid-19 καθώς η συγκεκριμένη πανδημία αφορά και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας καθώς και τους εξυπηρετούμενους. Η πανδημία του κορωνοϊού (COVID-19) έχει αναστατώσει την καθημερινή ζωή όλων μας. Είναι σημαντικό να υπάρχει ενσυναισθητική στάση κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, όχι μόνο για τους άλλους αλλά και για τον εαυτό μας. Όλοι οι επαγγελματίες μας ανέφεραν ότι είναι μια πρωτόγνωρη εμπειρία τόσο για τους ίδιους όσο και για τους εξυπηρετούμενους. Υπήρχε κοινή αγωνία, φόβος και άγχος και από τις δυο πλευρές. Όλοι οι επαγγελματίες υποστήριζαν τους θεραπευόμενους έτσι ώστε να τηρήσουν τα υγειονομικά πρωτόκολλα. Σημαντικό μάλιστα θεώρησαν και την εκπαίδευση μέσα από τα νέα σεμινάρια που παρέχονται. Επιπλέον, υποστήριζαν ότι χρειάστηκε να κάνουν online συνεδρίες λόγω της πανδημίας, κάτι που τους εμπόδισε να λειτουργήσουν με ενσυναίσθηση κυρίως σε νέους ασθενείς με τους οποίους δεν είχαν αναπτύξει πρότερη σχέση. Προφανώς χάνονται πολλές πληροφορίες και στοιχεία επικοινωνία, όπως και η γλώσσα του σώματος.

Σχετικά με την βιβλιογραφική μας ανασκόπηση διαπιστώσαμε ότι η χρήση της τεχνολογίας και του διαδικτύου στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει παρουσιάσει μεγάλη αύξηση ειδικά με την πανδημία του Covid 19. Η εφαρμογή

υπηρεσιών ψυχοθεραπείας και συμβουλευτικής, εποπτείας και υποστήριξης ομάδων μεταξύ των θεραπευτών και τέλος εκπαίδευσης των ειδικών ψυχικής υγείας. Οι πιο συχνοί τρόποι μέσω των οποίων λαμβάνουν χώρα τα παραπάνω είναι η τηλεφωνική επικοινωνία, η επικοινωνία μέσω e-mail, η διαδικτυακή επικοινωνία μέσα από εξειδικευμένες πλατφόρμες όταν πρόκειται για παροχή ψυχοθεραπείας και συμβουλευτικής και η χρήση υπηρεσιών τηλεδιάσκεψης όταν ο στόχος είναι η εκπαίδευση ή η εποπτεία των ειδικών. Ειδικότερα, στην παρούσα φάση με το Covid 19 ο ειδικός της ψυχικής υγείας μέσω τεχνολογίας και διαδικτύου μπορεί:

- Να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να αναζητήσει πρόσβαση σε ορθή και έγκυρη ενημέρωση αναφορικά με την Πανδημία COVID-19
- Να βοηθήσει τον θεραπευόμενο στην ορθή διαχείριση των σχετικών πληροφοριών από τα κοινωνικά δίκτυα και τα μέσα μαζικής επικοινωνίας
- Να εισάγει τον θεραπευόμενο στη χρήση τεχνικών διαχείρισης άγχους και γενικότερα τεχνικών διαχείρισης του δυσφορικού συναισθήματος καθώς και να παρέχει οδηγίες για την καλύτερη δυνατή προσαρμογή στις συνθήκες εγκλεισμού.
- Επιπλέον, μπορεί να αναγνωρίσει τις περιπτώσεις ευπαθών ψυχικά ομάδων και να φροντίσει για την περαιτέρω υποστήριξή τους.
- Τέλος, δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται η ανάγκη για την υποστήριξη των ίδιων των ειδικών ψυχικής υγείας η οποία επίσης δύναται να λάβει χώρα είτε διαδικτυακά, είτε τηλεφωνικά και μπορεί να έχει χαρακτήρα εποπτείας ή ομάδων υποστήριξης και συμβουλευτικής μεταξύ των θεραπευτών.

Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της διαδικτυακής ψυχοθεραπείας

Πλεονεκτήματα

- Ξεπερνά γεωγραφικά εμπόδια
- Μείωση άγχους και κόστους μετακίνησης
- Διευκολύνει άτομα με δυσκολία στην κοινωνική επαφή
- Αυξημένος έλεγχος από το θεραπευόμενο
- Βοηθητικό για θεραπευόμενους με έντονο φόβο εγκατάλειψης/ συμβουλευτικής

Μειονεκτήματα

- Θέματα ιδιωτικότητας και απορρήτου την ώρα της θεραπείας και για το θεραπευόμενο και για τον ειδικό.
- Ψυχική απόσταση θεραπευτή θεραπευόμενου
- Διακοπή της συνεδρίας από το θεραπευόμενο με κλείσιμο της σύνδεσης
- Σε άτομα με φοβίες ενισχύεται η αποφυγή της εξόδου από την οικία
- Η ποιότητα της σύνδεσης επηρεάζει την πραγματοποίηση της συνεδρίας
- Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σχετικά με την ιδιωτικότητα του ατόμου, καθώς εάν μοιράζεται το χώρο με άλλα άτομα δεν διασφαλίζεται το απόρρητο αυτών που έχει ανάγκη να μοιραστεί και αυτό ίσως να αυξήσει το στρες του με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται να ανοιχτεί και τελικά να μην λαμβάνει την κατάλληλη βοήθεια.

Τελευταίο θέμα το οποίο συζητήθηκε κατά τις συνεντεύξεις, ήταν οι παράγοντες που επηρεάζουν είτε θετικά είτε αρνητικά την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες. Αναφορικά με τους θετικούς, οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν ότι η πρακτική άσκηση, η βιωματική εκπαίδευση κατά τη διάρκεια των σπουδών και μετέπειτα, και τέλος η εποπτεία των επαγγελματιών ανά διαστήματα είναι οι πιο αποτελεσματικοί τρόποι για να αναπτύξει κάποιος την ενσυναίσθηση. Όλα αυτά βέβαια ανήκουν στο εκπαιδευτικό κομμάτι, το οποίο θεωρείται σημαντικό για να αναπτυχθεί η ενσυναίσθηση κάποιου.

Σύμφωνα με την Shapiro (2002) θεωρείται ουσιώδες οι φοιτητές επαγγελματιών υγείας να εκπαιδεύονται τόσο στο θεωρητικό όσο και στο συμπεριφοριστικό κομμάτι της ενσυναίσθησης. Η ίδια ακόμη πιστεύει ότι η κλινική άσκηση των φοιτητών θα πρέπει να εστιάζει στην ευκαιρία εφαρμογής αυτών που διδαχθήκαν σχετικά με την ενσυναίσθηση.

Αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανέφερε, τον μεγάλο φόρτο εργασίας που έχουν οι επαγγελματίες καθώς και την άγνοια ύπαρξης φορέων που μπορούν να τους υποστηρίξουν στο να αναπτύξουν την ενσυναίσθηση και να λειτουργούν ενσυναίσθητικά. Αυτοί οι παράγοντες είναι πολύ σημαντικοί καθώς

ουσιαστικά μας εξέφρασαν οι ερωτώμενοι ότι δεν έχουν ούτε τον χρόνο αλλά ούτε και τα μέσα έτσι ώστε να παρακινηθούν προς αυτή την κατεύθυνση. Αυτό, ποικίλλει ανάλογα με τον επαγγελματία και με το σε τί συνθήκες εργασίας δουλεύει. Επιπλέον όπως είπαμε και παραπάνω, αυτοί οι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ανταποκριθούν επαρκώς στα καθήκοντα τους και με πιθανή συνέπεια πιθανόν να μην λειτουργούν με ενσυναίσθηση στους εξυπηρετούμενους τους.

Σύμφωνα με τους Parshurametal (2004), έχει εξακριβωθεί από αυτούς το πόσο σημαντικό ρόλο παίζουν η μη επαρκής ξεκούραση, η σωματική κούραση καθώς και ο όγκος των επαγγελματικών υποχρεώσεων. Επίσης και οι Bernardietal (2005) και Isikhanetal (2004) σημειώνουν ότι έχει επιβεβαιωθεί ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το πόσες ώρες εργάζεται κάποιος, πόσους ασθενείς έχει, καθώς και η γενικότερη οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος, αυξάνουν το κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής κόπωσης στους επαγγελματίες υγείας.

Περιορισμοί της Έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε ήταν ποιοτική και έγινε στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας για το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Λόγω του μικρού δείγματος(15 συμμετέχοντες- επαγγελματίες ψυχικής υγείας) τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν. Το βασικό θέμα της εργασίας μας είναι η ενσυναίσθηση σε επαγγελματίες που εργάζονται στον χώρο της ψυχικής υγείας, και ως εκ τούτου τα αποτελέσματα που προκύπτουν δεν μπορούν να γενικευτούν καθώς η εξαγωγή τους προέρχεται από τις προσωπικές αντιλήψεις των ερωτηθέντων σχετικά με το θέμα αυτό και τέλος επειδή η έρευνα έγινε σε συγκεκριμένο χρόνο, με συγκεκριμένους συμμετέχοντες και οι συνεντεύξεις γίναν σχεδόν όλες διαδικτυακά. Τέλος, εξαιτίας της ιδιαιτερότητας του θέματος, και παρά την ενημέρωση όλων των συμμετεχόντων ότι θα τηρηθεί απόλυτα η ανωνυμία τους, υπάρχει η πιθανότητα κάποιοι από αυτούς να μην εξέφρασαν τις πραγματικές του αντιλήψεις γύρω από αυτό το θέμα προκειμένου να μην εκτεθούν ως επαγγελματίες.

Συμπεράσματα

Λαμβάνοντας υπόψιν την παραπάνω ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε με επαγγελματίες που εργάζονται στον χώρο της ψυχικής υγείας για τουλάχιστον δύο έτη, τα κυριότερα συμπεράσματα της έρευνας τα οποία επιβεβαιώνονται και από την σχετική βιβλιογραφία για το θέμα είναι:

- Η έννοια της ενσυναίσθησης ορίζεται ως το να μπαίνει ο επαγγελματίας στην θέση του άλλου, προσπαθώντας να μην ταυτιστούν μαζί του.
- Είναι σημαντικό να δημιουργούν ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο, ο ασθενής θα νιώσει εμπιστοσύνη, θα νιώσει ότι εισακούγονται αυτά που λέει χωρίς να τον κρίνει κανείς για τις πράξεις και τα συναισθήματά του.
- Κάθε επαγγελματίας θα εστιάσει σε διαφορετική δυσκολία ανάλογη της ειδικότητας του.
- Το να λειτουργεί κανείς ενσυναισθητικά μπορεί να βοηθήσει πολύ στο να εκφράζεται πιο ελεύθερα και χωρίς δισταγμούς ο εξυπηρετούμενος και να αναπτυχθεί η θεραπευτική σχέση.
- Ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη χρόνου και γενικότερα η επαγγελματική εξουθένωση που βιώνουν πολλοί επαγγελματίες λειτουργεί ως εμπόδιο για την παροχή υπηρεσιών με γνώμονα την ενσυναίσθηση.
- Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που έχουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες ως άτομα είναι σημαντικοί παράγοντες που θα πρέπει να έχει «δουλέψει» ο κάθε ένας από αυτούς για να είναι σε θέση να λειτουργεί ενσυναισθητικά προς τους εξυπηρετούμενους του.
- Στο τομέα της πρόληψης, η ευαισθητοποίηση του κοινού και η εκπαίδευση των επαγγελματιών ως προς τις διάφορες κοινωνικές ομάδες (π.χ. Τρίτη ηλικία, παιδιά) είναι πολλή σημαντική.
- Στο κομμάτι της θεραπείας, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην δημιουργία εξατομικευμένου πλάνου για κάθε εξυπηρετούμενο.
- Αναφορικά με την αποκατάσταση, μεγάλη σημασία έχει το πλαίσιο μέσα στο οποίο ο ασθενής θα λειτουργήσει μετά την θεραπεία.

- Το οικογενειακό, φιλικό και επαγγελματικό περιβάλλον και γενικότερα ο κύκλος του ασθενή, παίζουν μεγάλο ρόλο στην εξέλιξη της υγείας του και στην παρεμπόδιση ή διευκόλυνση μιας υποτροπής.
- Σε καταστάσεις κρίσης ο θεραπευτής θα πρέπει να παραμένει ψύχραιμος και ενσυναισθητικός έτσι ώστε να μπορεί ο θεραπευόμενος να νιώσει ότι μπορεί να στηριχθεί πάνω του για βοήθεια.
- Η περίοδος της πανδημίας covid 19 ήταν μια πρωτόγνωρη κατάσταση τόσο για θεραπευτές όσο και για θεραπευόμενους.
- Οι online συνεδρίες επηρέασαν τον βαθμό ενσυναίσθησης των επαγγελματιών καθώς χάνονταν πολλές πληροφορίες και στοιχεία όπως η γλώσσα του σώματος.
- Η πρακτική άσκηση, η εποπτεία και η βιωματική εκπαίδευση είναι παράγοντες που βοηθούν να αναπτυχθεί η ενσυναίσθηση στα άτομα.
- Ο φόρτος εργασίας και η άγνοια φορέων που να υποστηρίζουν τους επαγγελματίες να λειτουργούν με ενσυναίσθηση αποτελούν παράγοντες που δυσκολεύουν την ανάπτυξη της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση:

Αναστασάκη, Ε. (2012) *«Η ανάπτυξη φορέων για την προστασία της δημόσιας υγείας στα πλαίσια του ελλαδικού χώρου»*, Καλαμάτα.

Δημητρόπουλος, Ε.Γ. (2000) *«Συμβουλευτική – Προσανατολισμός»*, Τόμος Α', Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη, Γ' έκδοση, Αθήνα

Goleman, D. (2011) Η συναισθηματική νοημοσύνη. Γιατί το «EQ» είναι πιο σημαντικό από το «IQ»; Αθήνα: Πεδίο.

Καλημέρης, Σ. (2013) *«Ενσυναίσθηση 101»* Αθήνα.

Καλλινικάκη, Θ. (1998). *Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Κουργιαντάκης, Χ. (2005) *Διδασκαλία της Ιστορίας και ιστορική ενσυναίσθηση-λογική κατανόηση. Προσεγγίζοντας την ιστορική εκπαίδευση στις αρχές του 21ου αιώνα*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Παπανούτσος, Ε.Π. (1985) *Ψυχολογία*, 4^η. Αθήνα: Εκδόσεις Δωδώνη.

Σταλίκας, Α. & Χαμόδρακα, Μ. (2004). *Η Ενσυναίσθηση*. Αθήνα: ΕλληνικάΓράμματα.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2003), *Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας*.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2003), *Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*.

Ξενόγλωσση:

- Barrett-Lennard, G.T. (1993) *The phases and focus of empathy*. British Journal of Medical Psychology
- Barrett-Lennard, G.T. (1981) *The Empathy Cycle: Refinement of a Nuclear Concept*. Journal of Counseling Psychology.
- Batson, C. D. (2010) Empathy-Induced Altruistic Motivation. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.). *Prosocial motives, emotions, and behavior: The better angels of our nature*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Batson, C., Fultz, J. & Schoenrade, P. (1987) *Distress and Empathy: Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences*. Journal of Personality.
- Belkin, G. (1984) *Introduction to counseling Gary S. Belkin*
- Bernardi, M., Catania, G. & Marceca, F. (2005). *The world of nursing burnout. A literature review*. Professioni fermieristiche.
- Bertman S., Krant, M.J. 1977. *To know of suffering and the teaching of empathy*. *Social Science and Medicine*,
- Bischof-Köhler, D. (1991) *The Development of Empathy in Infants. Infant Development: Perspectives from German Speaking Countries*. Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Blair, J., Sellars, C., Strickland, I., Clark, F., Williams, A., Smith, M., Jones, L. (1996) *Theory of Mind in the psychopath*. Journal of Forensic Psychiatry.
- Bohart, A. C. & Greenberg, S. (1997) *Empathy: Where are we and where do we go from here?*. Washington: US: American Psychological Association.
- Borke, H. (1971) *Interpersonal Perception of Young Children*. Developmental Psychology.
- Brammer, L. (1985). *Helping Relationship: Process and Skills*

Buck, R. & Ginsburg, B, (1997)*Communicative Genes and the Evolution of Empathy. In: Empathy Accuracy*, NY: Guilford Publications.

Carkhuff, R. & Bernard, G. (1977). *Beyond Counseling and Therapy*. (2nd ed.)

Davis, M.H. (1994) *Empathy: A social psychological approach*,. New York London: Brown & Benchmark Publishers.

Davis, M. H. (1983) *Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach*. Journal of Personality and Social Psychology.

Decety, J. & Cowell, J. M. (2014) *Friends or foes: Is empathy necessary for moral behavior?* Perspectives on Psychological Science.

Decety, J., Moriguchi, Y., (2007)*The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions*.BioPsychoSocial Medicine The official journal of the Japanese Society of Psychosomatic Medicine.

Duan, C. & Hill, C. (1996) *The Current State of Empathy Research*. Journal of Counseling Psychology.

Dyche, L. & Zayas, L. (2001) *Cross-Cultural Empathy and Training the Contemporary Psychotherapist*. Clinical Social Work Journal.

Eisenberg, N. et al.(1989a)*Relation of Sympathy and Personal Distress to Prosocial Behavior: A Multimethod Study*. Journal of Personality and Social Psychology.

Elliott, R.; Bohart, A. C.; Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011) *Empathy. Psychotherapy (Chic)*

Fairbairn, G. (2002) *Ethics, empathy and storytelling in professional development*. Learning in Health and Social Care

Gladstein, G. (1983) *Understanding empathy: Integrating counseling, developmental, and social psychology perspectives*. Journal of Counseling Psychology.

Gladstein, G. A. (1977). *Empathy and Counseling Outcome: An Empirical and Conceptual Review*. The Counseling Psychologist.

- Hodges, S. D. (2008) *Perspective-taking*. In: *International Encyclopedia of the Social Sciences*, (2nd edition), Detroit: Emerald Group Publishing Limited.
- Hoffman, M.L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (1987) *The contribution of empathy to justice and moral judgment*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (1977) *Sex differences in empathy and related behaviors*. Psychological Bulletin.
- Hoffman, M.L. (1975). Developmental Synthesis of Affect and Cognition and Its Implications for Altruistic Motivation Developmental Psychology.
- Hojat, M. & La Noue M. (2014). *Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy*. International Journal of Medical Education.
- Ickes, W. (1993) *Empathic Accuracy*. Journal of Personality.
- Larson, E. & Yao, X. (2005) *Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship*. JAMA
- McDonald, N. M. & Messinger, D. S. (2010) *The Development of Empathy: How, When, and Why*. USA: University of Miami Department of Psychology.
- Neumann, M. Scheffer, C. Tauschel, D. Lutz, G. Wirtz, M. & Edelhäuser F. (2012). *Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education*. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, Vol. 29(1), ISSN 1860-3572.
- Parshuram, C.S., Dhanani, S., Kissh, J.A. & Cox, P.N. (2004). *Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study* CMAJ. Canadian Medical Association Journal
- Preston, S. & de Waal, F. (2002) *Empathy: Its ultimate and proximate bases*. *Behavioral and Brain Sciences*.

Rogers, Carl R., (1975) *Empathic: An Unappreciated Way of Being*, The Counseling Psychologist.

Rogers, C. I. R. (1957) *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. Journal of Consulting Psychology

Shapiro, J. (April 2002). *How do physician teach empathy in the primary care setting?* Academic Medicine. Volume 77- Issue 4 – p323-328

Smith, A. (2006) *Cognitive Empathy and Emotional Empathy in Human Behavior and Evolution*. The Psychological Record.

Stotland, E. (1969) *Exploratory Investigations of Empathy*. *Advances in Experimental Social Psychology*.

Strayer, J(1987)*Affective and cognitive perspectives on empathy*. In N. Eisenberg & J. Strayer. *In: Empathy and its development*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Wahl, O, Aroesty-Cohen, E (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology* 38, 49–62.

Zahn-Waxler, C. & Radke-Yarrow, M. (1990) *The Origins of Empathic Concern*. *Motivation and Emotion* .

Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow & King, R. (1979) *Child Rearing and Children's Prosocial Initiations Toward Victims of Distress*. *ChildDevelopment*.

Ηλεκτρονικές πηγές

Ιατρικό Λεξικό «Ενσυναίσθηση»<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/ensynaisthisi.html> [Πρόσβαση στις 4/6/2020].

Kochanowska, Maja « *Empathy in children. Piaget was not right.*»

(<https://neuroskoki.pl/en/empathy-in-children-piaget-was-not-right/>)

[Πρόσβαση στην 10/6/2020].

Επιστημονικό εκπαιδευτικό περιοδικό «Εκπαιδευτικός κύκλος» Τόμος 3, Τεύχος 3, 2015 http://www.educircle.gr/periodiko/images/teuxos/2015/teuxos3/3_3_6.pdf

[Πρόσβαση στις 02/6/2020].

Μπεκιάρης, Χ. (2012). *Empathy [ενσυναίσθηση]*

<http://www.gallerygenesisathens.com/Catalogs/hariton-bekiaris.pdf> [Πρόσβαση στις 17.06.2020].

Η ενσυναίσθηση στη σχέση ασθενούς και ιατρού

<http://www.cardiodoctor.gr> [Πρόσβαση στις 13/3/2021].

"Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!": Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στην ενσυναίσθηση

<https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/47893/ela-sti-thesi-moy-giatre-ekpaidefsi-epaggelmatiw-n-ygeias-stin-ensynaisthisi.htm> [Πρόσβαση στις 13/3/2021].

Παράγοντες ψυχικής υγείας του Έλληνα δασκάλου και η σχέση τους με την επαγγελματική εξουθένωση

<https://hellanicus.lib.aegean.gr/bitstream/handle/11610/10886/file0.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [Πρόσβαση στις 26/10/2021].

Στίγμα και ψυχική ασθένεια [https://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-](https://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/5712/stigma-kai-psyxiki-astheneia.html)

[ygeia/article/5712/stigma-kai-psyxiki-astheneia.html](https://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/5712/stigma-kai-psyxiki-astheneia.html) [Πρόσβαση στις 25/10/2021].

Τριμηνιαίο ενημερωτικό περιοδικό προαγωγής υγείας. Νέα Υγεία. *Οι πολλές προκλήσεις της πανδημίας Covid 19* Τεύχος 107, Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος [https://neaygeia.gr/wp/wp-](https://neaygeia.gr/wp/wp-content/uploads/2020/05/%CE%A4%CE%95%CE%A5%CE%A7%CE%9F%CE%A3-107.pdf)

[content/uploads/2020/05/%CE%A4%CE%95%CE%A5%CE%A7%CE%9F%CE%A3-107.pdf](https://neaygeia.gr/wp/wp-content/uploads/2020/05/%CE%A4%CE%95%CE%A5%CE%A7%CE%9F%CE%A3-107.pdf) [Πρόσβαση στις 24/10/2021].

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών

<https://www.vima->

asklipiou.gr/articles/553/?fbclid=IwAR1JHmWYaBGM1yVHCGPeu4q08nnqTpJfY9LPW3JzVsvkORBm-zlpa8Hfvkg [Πρόσβαση στις 26/10/2021].