

Κεφάλαιο 12

Επαγγελματική Εξουθένωση – Δευτερογενής Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους

Εισαγωγή

Ο επαγγελματίας που εργάζεται στον χώρο της απεξάρτησης δοκιμάζει σκληρά το συναισθηματικό του σύστημα (Coletti, 2004). Η επαγγελματική εξουθένωση και η δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή άγχους είναι ιδιαίτερα συχνές σε όσους προσπαθούν να υποστηρίξουν τα εξαρτημένα άτομα στη συγκρότηση μιας νέας ταυτότητας και ενός καινούριου τρόπου ζωής (SAMSHA, 2009, 2014). Γι' αυτό απαιτείται εκπαίδευση όλων των νέων επαγγελματιών στην αναγνώριση σημείων διαταραχής άγχους, συναισθηματικής εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή, δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής και επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον απαιτείται θεωρητική εκπαίδευση και εποπτεία σχετικά με δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι θεραπευτές στην κλινική πράξη, όπως οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις στη σχέση με τον ασθενή ή την οικογένειά του και η εφαρμογή ορίων.

Το κεφάλαιο αυτό εξετάζει την επαγγελματική εξουθένωση και τη δευτερογενή μετατραυματική διαταραχή. Αναλύονται οι αιτίες, τα σημεία αναγνώρισής τους και γίνεται σύντομη αναφορά στις αλλαγές που απαιτούνται για την ανάρρωση του επαγγελματία. Στη συνέχεια περιγράφονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευόμενοι και οι νέοι επαγγελματίες στη διαχείριση των αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Παρουσιάζονται επίσης οι δυσκολίες στην εφαρμογή ορίων.

12.1. Επαγγελματική εξουθένωση

Το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης (EE) άρχισε να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα στα μέσα της δεκαετίας του '70 (Maslach et al., 2001· Freudemberger, 1980). Η νοσηλευτική είναι ένα από τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα που πλήττονται σημαντικά από το επώδυνο αυτό σύνδρομο με μεγάλες συνέπειες για τον εργαζόμενο, τον οργανισμό και την ποιότητα της φροντίδας (Glasberg et al., 2006, Αδαλή και Λεμονίδου, 2001). Ανάμεσα στις πιο συχνές αιτίες που αναφέρονται είναι ο φόρτος εργασίας, η συναισθηματική εργασία, η οργανωτική και διοικητική δομή των δημόσιων νοσοκομείων, ο μειωμένος έλεγχος και αυτονομία στο σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας, οι συγκρούσεις αξιών ανάμεσα στην εκπλήρωση των επαγγελματικών υποχρεώσεων και των απαιτήσεων του οργανισμού, το συναισθηματικό κλίμα της εργασιακής ομάδας, η κακή ηγεσία, οι συγκρούσεις και ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας, και βέβαια η χαμηλή αμοιβή καθώς και η έλλειψη αναγνώρισης του νοσηλευτικού έργου (Μισουρίδου, 2008).

Η πιο συχνή περιγραφή του συνδρόμου στη βιβλιογραφία είναι αυτή της Christine Maslach, η οποία διέκρινε τα τρία κύρια χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et al., 2001):

- συναισθηματική εξάντληση
- ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων
- έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων

Η ενέργεια, η συμμετοχή και η αποτελεσματικότητα του επαγγελματία εξανεμίζονται από την εξάντληση και τον κυνισμό. Η εργασία γίνεται «άψυχη», το άτομο διαβρώνεται ψυχικά και πνευματικά. Νιώθει συναισθηματικά στεγνό, οδυνηρά άδειο. Η «συναισθηματική νέκρωση» συχνά επεκτείνεται και σε άλλους τομείς της ζωής του. Ακόμη και όταν αλλάξουν οι συνθήκες προς το καλύτερο, το θύμα της επαγγελματικής εξουθένωσης δυσκολεύεται να δει την αλλαγή, γίνεται δύσπιστο και παγιδεύεται στον φαύλο κύκλο της αποπροσωποποίησης. Η αδιαφορία του για τους άλλους - στοιχείο που διακρίνει την επαγγελματική εξουθένωση από το επαγγελματικό άγχος - μπορεί να φτάνει ακόμη και στο σημείο της απάθειας. Δυστυχώς το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται στα άτομα που ήταν ιδιαίτερα ενθουσιασμένα με το αντικείμενό τους και συνεισέφεραν σε αυτό με νέες ιδέες και πολλή ενέργεια, έχοντας όμως υψηλές προσδοκίες εξέλιξης και ανταμοιβής.

Σύμφωνα με τους Edelmich και Brodsky (1980), το πέρασμα στην επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προοδευτική διεργασία απομυθοποίησης της πραγματικότητας και διακρίνεται από τα ακόλουθα στάδια:

- Στάδιο ενθουσιασμού
 - Χαρακτηρίζεται από υπερβολικά υψηλούς στόχους, μη ρεαλιστικές προσδοκίες και υπερεπένδυση στις σχέσεις με τους ασθενείς.
- Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας
 - Ο επαγγελματίας υγείας αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι, ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις βαθύτερες ανάγκες και προσδοκίες του.
- Στάδιο απογοήτευσης και ματαιώσης
 - Ο επαγγελματίας αποθαρρύνεται και συχνά νιώθει απογοήτευση και κατάθλιψη.
- Στάδιο απάθειας
 - Ο επαγγελματίας νιώθει «κενός» στο τέλος της μέρας, απαθής, αποθαρρυσμένος, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθει ενοχές, δέχεται επικρίσεις, καταφεύγει σε συγκρούσεις ή στην απομόνωση.

Σημαντικό χαρακτηριστικό της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το ότι αποτελεί μια ύπουλη διαδικασία, η οποία είναι δύσκολο να διαγνωσθεί. Τα άτομα που υποφέρουν από το σύνδρομο αυτό, όταν είναι μέσα στο πρόβλημα, δεν μπορούν να καταλάβουν αυτό που ουσιαστικά τους συμβαίνει, ενώ συχνά απωθούν ή συνειδητά επιλέγουν να αγνοήσουν τα σωματικά συμπτώματα, τις γνωσιακές δυσκολίες και τον ψυχικό πόνο που προκαλεί.



Εικόνα 12.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η Severinsson (2003) και οι Ekstedt και Faberberg (2005) μελέτησαν την επαγγελματική εξουθένωση παίρνοντας συνεντεύξεις από νοσηλευτές που βίωσαν το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι ένιωθαν αδύναμοι να εκπληρώσουν τις ηθικές τους υποχρεώσεις, εξαντλημένοι, χωρίς ενέργεια και κίνητρο, αβοήθητοι και μόνοι. Τα προβλήματα φάνταζαν ανυπέρβλητα. Η έκθεση στον ανθρώπινο πόνο, το να είναι μάρτυρες σε στιγμές που οι άνθρωποι υποφέρουν αποτελούσε αρχικά μια αγωνιώδη εμπειρία που τους έκανε να νιώθουν ευάλωτοι και να βιώνουν ενοχή για τη δυσκολία τους να βοηθήσουν. Κατηγορούσαν συνεχώς τον εαυτό τους για το ότι δεν ήταν καλοί νοσηλευτές. Δεν ήταν ικανοί να προσφέρουν, δεν είχαν να δώσουν. Τα όρια τα οποία υποδείκνυαν πού άρχιζε και πού τελείωνε η ευθύνη ήταν απροσδιόριστα. Αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη μνήμη -δεν θυμούνταν πώς να κάνουν γνωστά πράγματα- και στη συγκέντρωση, καθώς και προβλήματα υγείας. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η ντροπή και οι ενοχές τους εμπόδιζαν να ζητήσουν βοήθεια. Η έντονη ντροπή τους οδηγούσε σε αισθήματα απώλειας ελέγχου, ανεπάρκειας και κατωτερότητας, στην απομάκρυνση από τους άλλους ανθρώπους και στην εγκατάλειψη. Άρχιζαν να παραιτούνται από τα τακτικά γεύματα, τον ύπνο, τη σωματική άσκηση, τις κοινωνικές δραστηριότητες, τον χρόνο για ξεκούραση. Ζούσαν συνεχώς με τον φόβο, μήπως κάνουν λάθη. Βίωναν το δίλημμα να μην εμπλακούν συναισθηματικά ή να κάνουν σχέσεις δίχως νόημα με τους ασθενείς. Η αποστασιοποίηση από τους ασθενείς -μια απαραίτητη διέξοδος- προκαλούσε εσωτερική σύγκρουση και αίσθημα βαθιάς διάγνωσης των προσδοκιών τους να είναι οι νοσηλευτές που ήθελαν. Σαν αποτέλεσμα απειλούνταν η επαγγελματική αυτοεικόνα τους. Ο αγώνας για να αποφύγουν την έκθεση της ευαλωτότητάς τους και να προστατέψουν την αυτοεικόνα τους, τους οδηγούσε να αποκόβονται από τους άλλους, καθώς και να απωθούν τα συναισθήματά τους και να σταματούν τον εσωτερικό διάλογο, χάνοντας έτσι την επαφή με τον εαυτό τους. Αγνοούσαν τις επιπτώσεις, όσο περισσότερο μπορούσαν, πιστεύοντας ότι τα πράγματα θα αλλάξουν από μόνα τους. Η ανάρρωση ξεκινούσε μόνο όταν το πρόβλημα έφτανε στο απροχώρητο, όταν «έπιαναν πάτο» ('hitting bottom' stage) και άρχιζαν να αποδέχονται τις δυσκολίες τους.

Ουσιαστικά, η ανάρρωση αποτελεί μια διαδικασία κατά την οποία οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την ευθύνη του εαυτού τους. Προϋποθέτει τη συνειδητή απόφαση για αλλαγή της κατάστασης, ανάπτυξης μιας στρατηγικής επιβίωσης και ανάκτησης του ελέγχου της ζωής τους. Αποτελεί μια βαθιά και μοναδική διαδικασία στην οποία αλλάζουν τις στάσεις τους, τις αξίες τους, τα συναισθήματά τους, τις ικανότητές τους και τους ρόλους που συνήθιζαν να παίρνουν. Βγαίνουν από την απομόνωση της ντροπής και συνδέονται ξανά με τους ανθρώπους. Η επεξεργασία της εμπειρίας της επαγγελματικής εξουθένωσης τους βοηθάει να εμβαθύνουν στο νόημα της φροντίδας. Σταδιακά αλλάζουν τις σχέσεις τους με τους ασθενείς, τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους και τη διοίκηση και βέβαια τη σχέση τους με τον ίδιο τους τον εαυτό.

«Ο κένταυρος Χείρωνας -μια από τις πιο αντιφατικές μορφές της αρχαίας ελληνικής μυθολογίας- αποτελεί το σύμβολο του πληγωμένου θεραπευτή στη σύγχρονη ιατρική και ψυχοθεραπεία. Μισός άνθρωπος μισός άλογο, διέφερε από τους υπόλοιπους κενταύρους που χαρακτηρίζονταν για την ορμητικότητα και τη βιαιότητά τους, μιας και διακρινόταν για τη σοφία του, την πραότητα, τη γλυκύτητα του λόγου και τις θεραπευτικές του ικανότητες. Ζούσε σε μια σπηλιά στην κορυφή του Πηλίου, όπου δίδαξε την τέχνη της θεραπείας στον Ασκληπιό. Όμως, αν και θεός, υπέφερε από ένα ανίατο τραύμα. Ο Ηρακλής, σε μια συμπλοκή του με τους κενταύρους, πλήγωσε άθελά του τον φημισμένο θεραπευτή με τα δηλητηριώδη βέλη του. Από τότε ο φημισμένος θεραπευτής υπέφερε από την ανίατη πληγή του. Το τραγικό και παράδοξο αυτό χαρακτηριστικό συμβολίζει την ανάγκη αυτογνωσίας και σύνδεσης του θεραπευτή με τις δικές του πληγές, με τον εσωτερικό του κόσμο και την υποκειμενικότητά του. Κατά αντιστοιχία, μόνο γνωρίζοντας τον εαυτό τους, τις αδυναμίες, τις ικανότητές τους και τα όριά τους μπορούν οι νοσηλευτές να φροντίσουν με σοφία τον εαυτό τους και να υπηρετήσουν με ευαισθησία τον άνθρωπο που πάσχει. Στην καρδιά του μυστηρίου της θεραπείας και της προσφοράς στον συνάνθρωπο κρύβεται η γνώση του εαυτού και η σύνδεση του θεραπευτή με τις πληγές του».

Μισουρίδου, Ε. (2009) Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Νοσηλευτική*, 48(4):358-366 (σελ.364).

Πίνακας 12.1 «Ο πληγωμένος θεραπευτής».

12.1.1. Επαγγελματική εξουθένωση και συναισθηματική εργασία

Εκείνο που είναι μοναδικό στην επαγγελματική εξουθένωση είναι πως μεγάλο μέρος του άγχους προέρχεται από την κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ αυτού που παρέχει βοήθεια και του αποδέκτη της. Η παρουσία δίπλα στον ασθενή που πονάει και υποφέρει δημιουργεί έντονα συναισθήματα στους νοσηλευτές, όπως αναστάτωση, φόβο, άγχος, ενοχές, θυμό και αίσθημα ανεπάρκειας, όταν δεν καταφέρνουν να προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα, αλλά και ικανοποίηση και αίσθημα πληρότητας, όταν βοηθούν και ανακουφίζουν τον ασθενή. Οι νοσηλευτές καλούνται να αναγνωρίσουν αυτά τα συναισθήματα και να τα διαχειριστούν στη σχέση τους με τους ασθενείς («συναισθηματική εργασία») με τέτοιο τρόπο, ώστε να καταφέρουν να προσφέρουν τα «μικρά πράγματα», τα οποία κάνουν τον ασθενή να νιώθει τον νοσηλευτή σύμμαχο στις δυσκολίες του (Μισουρίδου, 2007). Η αναγνώριση όμως και διαχείριση των συναισθημάτων απαιτεί αυτογνωσία και κατανόηση των συναισθημάτων του άλλου («ενσυναίσθηση») και βέβαια εμπειρία στις ανθρώπινες σχέσεις. Διαφορετικά, οι συναισθηματικές απαιτήσεις της επαφής με τον ασθενή μπορεί να προκαλέσουν έντονο άγχος στον νοσηλευτή και να τον οδηγήσουν στην αποστασιοποίηση και στη δημιουργία απρόσωπων σχέσεων (Menzies, 1960).



Εικόνα 12.2 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η αρνητική, απόμακρη και κυνική στάση απέναντι στους ασθενείς εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους, όπως με το να τους προσβάλλει και να τους ταπεινώνει, να αρνείται να είναι κοινωνικός και ευγενικός, να αγνοεί τις εκκλήσεις και τις ανάγκες τους ή να αποτυγχάνει στην παροχή της κατάλληλης βοήθειας και φροντίδας υγείας (Menzies, 1960). Στην προσπάθεια να βρίσκεται όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μακριά από τον ασθενή, τα διαλείμματα μεγαλώνουν, οι συζητήσεις με τους συναδέλφους αυξάνουν, η επαγγελματική ορολογία χρησιμοποιείται πιο συχνά, ενώ εφαρμόζεται το λειτουργικό μοντέλο νοσηλευτικής πρακτικής. Με αυτόν όμως τον τρόπο χάνει τις δυνατότητες θετικής ανατροφοδότησης και επαγγελματικής αυτοπραγμάτωσης που προσφέρουν η επικοινωνία και η φροντίδα του ασθενή.

Σε αντίθεση με την προσπάθεια επίτευξης της απόστασης ως τρόπου μείωσης του άγχους, ένα συχνό πρόβλημα που υποτιμάται είναι η ‘υπερεμπλοκή’, η μεγάλη εγγύτητα (Williams, 2001). Συχνά στα πρώτα του εργασιακά χρόνια ο νοσηλευτής μπορεί να ταυτίζεται υπερβολικά, να χάνει την αντικειμενικότητά του, να προχωρά πέρα από τα επαγγελματικά όρια. Σαν αποτέλεσμα, ‘βγαίνει’ από τον επαγγελματικό του ρόλο και έρχεται πολύ κοντά στον ασθενή, ‘μπαίνει πολύ στο συναίσθημα’, γίνεται φίλος του, αναλαμβάνει σε

υπερβολικό βαθμό την ευθύνη του, μοιράζεται προσωπικά θέματα ή διατηρεί σχέσεις μαζί του μετά το νοσοκομείο (Wright, 2006). Κατά συνέπεια ο νοσηλευτής χάνει την αντικειμενικότητά του και το απαραίτητο επίπεδο συναισθηματικής απόστασης, με αποτέλεσμα αρνητικές συνέπειες στην κλινική του κρίση. Μπορεί επίσης να βιώνει συναισθηματικό πόνο, να υποφέρει για τον ασθενή και να νιώθει ένταση. Αυτές οι σχέσεις είναι δυσλειτουργικές και δεν του επιτρέπουν να εκπληρώσει τις απαιτήσεις του εργασιακού του ρόλου. Αν κάποιος κατακλυστεί από το συναίσθημα, επηρεάζεται η γνωσιακή του ικανότητα και η συμπεριφορά του.

Η σχέση με τον ασθενή είναι λειτουργική, όταν ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί ισορροπημένα και τις γνωστικές και τις συναισθηματικές λειτουργίες. Η ισορροπημένη χρήση λογικής και συναισθήματος βοηθά τον νοσηλευτή να είναι την ίδια στιγμή παρών και συνδεδεμένος με τον ασθενή αλλά και σε απόσταση από αυτόν. Αυτή η απόσταση βέβαια διαφέρει από την αποστασιοποίηση ή την άρνηση ψυχικής επαφής και απαιτεί εμπειρία, τόσο για να γίνει κατανοητή όσο και επιτεύξιμη. Η σχέση με τους ασθενείς αλλάζει σαν αποτέλεσμα της εμπειρίας (Mackintosh, 2007). Η αλλαγή αυτή σημαίνει ότι οι νοσηλευτές υιοθετούν έναν πιο επαγγελματικό τρόπο φροντίδας αλλά και ότι αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση ανθρώπων και καταστάσεων που παλιότερα τους αναστάτωναν. Σαν αποτέλεσμα, παρά την πίεση από το εργασιακό πλαίσιο, οι νοσηλευτές νιώθουν ικανοί να αναπτύξουν ικανοποιητικές θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς. Η αλλαγή αυτή όμως απαιτεί χρόνο και επεξεργασία της εμπειρίας. Ακόμη και όταν οι νοσηλευτές δεν συνειδητοποιούν την ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας, η πολύχρονη παρουσία στον εργασιακό χώρο τους οδηγεί στο να καταλάβουν κάποια στιγμή αβίαστα ότι τα καταφέρνουν ευκολότερα (Mackintosh, 2007). Τέλος, γίνονται πιο ευέλικτοι, ωριμάζουν, μπορούν να προστατέψουν τον εαυτό τους ευκολότερα, γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους (αυτογνωσία) και τους άλλους (ενσυναίσθηση).

12.2. Δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή

Πρόσφατα το ενδιαφέρον στα επαγγέλματα υγείας έχει στραφεί στη δευτερογενή μετατραυματική διαταραχή ('secondary post-traumatic stress disorder') και στο συναφές σύνδρομο εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή ('compassion fatigue syndrome') (Beck & Gable, 2012· Sabo, 2011· Austin et al., 2009· Aycocock & Boyle, 2009). Σε αντίθεση από την επαγγελματική εξουθένωση, τα δύο αυτά σύνδρομα αφορούν αποκλειστικά όσους εργάζονται με ανθρώπους, οι οποίοι βιώνουν σοβαρά προβλήματα στη σωματική και ψυχική τους υγεία. Συνήθως η χρήση των δύο όρων είναι ταυτόσημη, παρότι η δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή αφορά την επαφή και φροντίδα ατόμων που έχουν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία (Coetzee & Klopper, 2010).

Σε γενικές γραμμές τα συμπτώματα εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή περιλαμβάνουν:

- σκέψεις ή εικόνες από τη φροντίδα των ασθενών, οι οποίες βιώνονται έντονα και βασανιστικά
- φόβο/τρόμο/αποφυγή φροντίδας συγκεκριμένων ασθενών
- δυσκολία διαχωρισμού προσωπικής και επαγγελματικής ζωής
- απομόνωση στην προσωπική ή/και επαγγελματική ζωή
- ευερεθιστότητα, ξεσπάσματα θυμού, οργής
- αγχος, αυξημένη επαγρύπνηση
- δυσκολίες προσοχής, συγκέντρωσης, μνήμης, προσκόλληση της σκέψης
- μεγάλη εγγύτητα και/ή απόσταση στη σχέση με τους ασθενείς

Οι Miller, Stiff & Ellis (1988, στο Figley 1995) χρησιμοποιούν τον όρο «συναισθηματική μόλυνση» ('emotional contagion') για να περιγράψουν τη συνασθηματική διεργασία κατά την οποία ένα άτομο, το οποίο παρατηρεί ένα άλλο, βιώνει συναισθηματικές αντιδράσεις παρόμοιες με τις πραγματικές ή τις αναμενόμενες αντιδράσεις του ατόμου που παρατηρεί. Οι νοσηλευτές στα γενικά νοσοκομεία βρίσκονται πολύ συχνά δίπλα σε άτομα που βιώνουν έντονο ψυχικό πόνο για κάποιο τραυματισμό ή απώλεια. Αλλά και οι νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων προσεγγίζουν άτομα τα οποία έχουν πολύ συχνά βιώσει ψυχικό τραυματισμό στην παιδική ηλικία, όπως σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, νοσηρές καταστάσεις σκληρότητας και σύγκρουσης, θάνατο και παρατεταμένη ασθένεια, πρόωρους αποχωρισμούς και απώλειες, μετανάστευση κ.ά. (Mills, 2009· Rice et al., 2001· Roy, 2001· Ouimette et al., 2000· SAMHSA, 2000).



Εικόνα 12.3 Magritte R, *Ο θεραπευτής*, Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Σύμφωνα με την Mills (2009), περίπου το ένα τρίτο των εξαρτημένων ατόμων έχουν Χρόνια Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους (PTSD) τη στιγμή που έρχονται σε επαφή με κάποιον επαγγελματία υγείας, ενώ το ποσοστό αυτό ξεπερνά το 80% για όλη τη διάρκεια ζωής. Μάλιστα, το ποσοστό PTSD στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης είναι κατά κανόνα σημαντικά υψηλότερο από ό,τι στους άντρες. Έτσι περισσότερες από τις μισές γυναίκες, οι οποίες έρχονται σε επαφή με κάποιο θεραπευτικό κέντρο, αναφέρουν μία ή περισσότερες τραυματικές εμπειρίες στη διάρκεια της ζωής τους (Farley et al., 2004). Το ποσοστό βέβαια των τραυματικών εμπειριών περιλαμβάνει και ατυχήματα ή επικίνδυνες καταστάσεις, οι οποίες σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών και το έλλειμμα αυτοφροντίδας που χαρακτηρίζει τα εξαρτημένα άτομα.

Η έκθεση των επαγγελματιών υγείας στο ψυχικό φορτίο των τραυματικών εμπειριών είναι απειλητική. Η προσπάθεια να βοηθήσουν χωρίς να ταυτιστούν και να επηρεαστούν είναι ατελέσφορη, μιας και είναι αδύνατο να σταθούν δίπλα σε ένα άτομο που υποφέρει χωρίς να επηρεαστούν. Η φυγή, η αποστασιοποίηση και η ενασχόληση με πρακτικά θέματα είναι ένας τρόπος να αποφύγουν τα συναισθήματα που τους γεννιούνται κατά τη διαντίδραση με τον ασθενή. Στον πυρήνα της δυσκολίας να αποδεχτούν τα συναισθήματά τους χωρίς να τα αρνηθούν, να τα αποθήσουν ή να τα αποφύγουν κρύβεται η δυσκολία να αποδεχτούν την ευαλωτότητά τους και την αδυναμία τους να προσφέρουν κάτι περισσότερο από τη σιωπηλή παρουσία τους. Εξάλλου, η σιωπή από επίγνωση και όχι από αμηχανία ή αδιαφορία είναι μια στάση που σέβεται τον ανθρώπινο πόνο, μια ενεργητική συμμετοχή στο τραύμα του άλλου, ένδειξη συνοδοιπορίας και συμπάραστασης.

Παρόλα αυτά είναι δύσκολο, ιδιαίτερα για τους νέους επαγγελματίες να αποδεχτούν ότι δεν μπορούν να «σώσουν» ή να «θεραπεύσουν» τον ασθενή. Μάλιστα κάποιες φορές η συνειδητή ή ασυνείδητη ενοχή που νιώθουν γι' αυτή την αδυναμία τους οδηγεί στην υπερεμπλοκή ως υπερανάπληρωση. Άλλοτε η τραυματική εμπειρία του ασθενή οδηγεί στην αναβίωση δικών τους τραυμάτων και συναισθημάτων τρόμου, φόβου και απελπισίας για εμπειρίες και συνθήκες ζωής τις οποίες δεν μπορούσαν να ελέγξουν στο παρελθόν. Επιπλέον, σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζουν συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικού συνδρόμου, τα οποία περιλαμβάνουν (SAMHSA, 2014· Newell & MacNeil, 2010· Figley, 1995):

Ψυχολογική δυσφορία

- Έντονα συναισθήματα τα οποία προκαλούν δυσφορία: θλίψη, κατάθλιψη, άγχος, τρόμο, φόβο, οργή, ντροπή.
- Παρεισφρυτικές αναμνήσεις από τραυματικό υλικό του ασθενή: εφιάλτες, αναδρομικές εμβιώσεις όσων εκμυστηρεύτηκε ο ασθενής.
- Συναισθηματικό μούδιασμα ή αποφυγή: αποφυγή επεξεργασίας τραυματικού υλικού του ασθενή.
- Σωματικές επιπτώσεις : διαταραχές ύπνου, πονοκέφαλος, γαστρεντερική δυσφορία, ταχυπαλμίες, χρόνια φυσιολογική διέγερση.
- Συμπεριφορές εξάρτησης/καταναγκασμού: κατάχρηση ουσιών, ψυχαναγκαστική κατανάλωση, ψυχαναγκαστική εργασία.
- Διαταραγμένη λειτουργικότητα: ξεχνά ή ακυρώνει ραντεβού, μειωμένη χρήση της εποπτείας, μειωμένη ικανότητα αυτοφροντίδας, απομόνωση, αποξένωση.

Γνωστικές μεταβολές

- Χρόνια καχυποψία για τους άλλους.
- Αυξημένο αίσθημα ευαλωτότητας.
- Υπερβολικά έντονο αίσθημα αβοήθητου ή ελέγχου πάνω στους άλλους ή καταστάσεις.
- Απώλεια αισθήματος προσωπικού ελέγχου ή ελευθερίας.
- Πικρία ή κυνισμός.
- Κατηγορεί το θύμα ή βλέπει όλους τους ανθρώπους ως θύματα.
- Νιώθει ενοχή, εάν είναι μάρτυρας/θεραπευτής κατά την αναβίωση της τραυματικής εμπειρίας του ασθενή ή αν απενεργοποιείται το τραύμα στη διάρκεια της θεραπείας.
- Νιώθει θυματοποιημένος από τον ασθενή.

Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων

- Μειωμένο αίσθημα οικειότητας και εμπιστοσύνης στις προσωπικές / επαγγελματικές σχέσεις.
- Αποστασιοποιείται ή αποφεύγει τον ασθενή και χρησιμοποιεί στιγματιστικές εκφράσεις, παθολογικοποιεί τους ασθενείς (δηλ προσεγγίζει τον ασθενή υπό το πρίσμα επισήμανσης παθολογικών συμπεριφορών και όχι εστιάζοντας στις δυνατότητές του), τους επικρίνει, ακυρώνει ραντεβού ή αποφεύγει τη διερεύνηση τραυματικού υλικού.
- Υπερβολική ταύτιση με τον ασθενή, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει μια αίσθηση ότι παραλύει από την αντίδρασή του στο τραυματικό υλικό του ασθενή ή νιώθει υπερβολικά υπεύθυνος για τη ζωή του ασθενή.

Αλλαγές στο πλαίσιο αναφοράς

- Αποσύνδεση από το αίσθημα προσωπικής ταυτότητας.
- Δραματική αλλαγή σε θεμελιώδεις πεποιθήσεις για τον κόσμο.
- Απώλεια ή διαστρέβλωση αξιών ή αρχών.
- Το προηγούμενο αίσθημα πνευματικότητας ως πηγή παρηγοριάς και δύναμης μειώνεται ή χάνεται εντελώς.
- Απώλεια πίστης σε κάτι μεγαλύτερο.
- Υπαρξιακή απελπισία και μοναξιά.

Κάποιοι από τους επαγγελματίες που βιώνουν αυτά τα συμπτώματα απλά αποσύρονται, νοιάζονται λιγότερο για τους ασθενείς, αποστασιοποιούνται ή παραιτούνται. Οι περισσότεροι παραπονιούνται ή υποφέρουν σιωπηλά. Η αργή διαδικασία της ανάρρωσης απαιτεί:

- Να αναπτύξουν μια προσωπική ζωή, η οποία δεν περιστρέφεται γύρω από την εργασία.
- Να περνούν χρόνο με την οικογένεια, φίλους, σε σωματική άσκηση, διάβασμα, χαλάρωση ή άλλα ενδιαφέροντα που τους διασκεδάζουν.
- Να αναπτύξουν οργανωτικές ικανότητες (ολοκλήρωση μιας συνεδρίας στον προκαθορισμένο χρόνο, οργάνωση χρόνου ώστε να επιτρέπεται η καταγραφή παρατηρήσεων στον φάκελο του ασθενή).

- Αυτοφροντίδα ώστε να ανακαλύψουν ξανά τι τους δίνει απόλαυση στη δουλειά τους. Χρειάζονται χρόνο για αναστοχασμό, ώστε να μπορέσουν να αφουγκραστούν με αυθεντικό τρόπο τους ασθενείς τους.



Εικόνα 12.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Επιπλέον, απαιτείται εκπαίδευση όλων των νέων επαγγελματιών στην αναγνώριση σημείων διαταραχής άγχους, συναισθηματικής εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή, δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής και επαγγελματικής εξουθένωσης. Κεντρικά ερωτήματα στη διαδικασία αυτής της εκπαίδευσης είναι τα ακόλουθα:

- Γιατί ασκούν αυτό το επάγγελμα;
- Γιατί ειδικά σε αυτόν τον τομέα;
- Όταν θα έχουν ολοκληρώσει την επαγγελματική τους πορεία πώς θα ήθελαν να τους θυμούνται οι ασθενείς/θεραπευόμενοι;
- Τι θα ήθελαν να λέγεται γι' αυτούς τώρα ως επαγγελματίες;

Σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας, θανάτου από υπερβολική δόση ή άλλου σοβαρού περιστατικού, παρεμβάσεις υποστήριξης και εποπτείας θα έπρεπε να είναι διαθέσιμες στους θεραπευτές, ώστε να αποφευχθεί η δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή.

12.3. Προβλήματα αντιμεταβίβασης-θυμός και αντιπαλότητα στη σχέση με τον θεραπευόμενο

Συχνά η αντίδραση ενός θεραπευόμενου είναι έντονη, επιθετική ή προκλητική κι αυτό δυσκολεύει ιδιαίτερα τον θεραπευτή. Νοσηλευτές εξάρτησης, οι οποίοι περιγράφουν την επαγγελματική τους πορεία, μιλούν για τη δυσκολία να διαχειριστούν την προκλητική συμπεριφορά κάποιων ασθενών στην πρώτη περίοδο της

σταδιοδρομίας τους (Clancy et al., 2006). Επιπλέον, είναι δύσκολο για έναν νέο θεραπευτή να διαχειριστεί έντονα αρνητικά συναισθήματα, τα οποία μπορεί να βιώνει στη σχέση με το θεραπευόμενο, π.χ. θυμό, οργή, ενοχή.

Με τον όρο «αντιμεταβίβαση» (“counter-transference”) εννοούμε τη συναισθηματική αντίδραση του θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο. Αυτή προκαλείται εν μέρει από τα συναισθήματα που εκφράζει ο θεραπευόμενος προς το πρόσωπό του. Κάποιες φορές όμως τα συναισθήματα του θεραπευόμενου φέρνουν στην επιφάνεια ανεπίλυτες συγκρούσεις του θεραπευτή με αποτέλεσμα να υπάρχει ένταση στη θεραπευτική σχέση (Μισουρίδου, 2010α). Έμπειροι επαγγελματίες μαθαίνουν να αναγνωρίζουν και να συγκρατούν επιθετικές παρορμήσεις προς τους ασθενείς. Αλλά εκπαιδευόμενοι ή νέοι επαγγελματίες συχνά δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Έτσι μπορεί να τις εκφράζουν με παθητική επιθετικότητα στη συμπεριφορά τους ή να συμβάλλουν στην εκδραμάτιση της επιθετικότητας από τον ασθενή, στην έκφραση δηλαδή έντονων συναισθημάτων με αντικοινωνική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Πιθανά σημεία αντιμεταβίβασης περιλαμβάνουν (SAMHSA, 2009, 2014):

- Αίσθημα φθόνου, άγχους ή τρόμου στην προοπτική συνάντησης με συγκεκριμένο ασθενή.
- Ανεξήγητο θυμό ή οργή για συγκεκριμένο ασθενή.
- Αρνητικές αντιδράσεις προς συγκεκριμένους ασθενείς αντιπάθειας ή περιφρόνησης, άσχετα από το αν η αντίδραση αυτή είναι «δικαιολογημένη» από τις περιστάσεις. Θαυμασμός ή εξιδανίκευση του ασθενή, άσχετα από το αν η αντίδραση αυτή είναι «δικαιολογημένη».
- Λάθη στον προγραμματισμό των ραντεβού, ξεχνά το ραντεβού με συγκεκριμένο ασθενή.
- Ο θεραπευτής ξεχνά το όνομα και την ιστορία του ασθενή.
- Νυστάζει ή βαριέται κατά τη διάρκεια της συνάντησης.
- Επιδεικνύει υπερβολική αυστηρότητα σε λάθη του ασθενή.
- Υπερβολική εγγύτητα στον ασθενή.
- Ανεπίλυτες προσωπικές συγκρούσεις διακινούνται κατά τη διαντίδραση με τον ασθενή.
- Ερωτική έλξη.

Αιτία για τη δυσκολία των νέων θεραπευτών να αναγνωρίσουν τις αντιμεταβιβαστικές τους αντιδράσεις είναι συχνά κάποιοι μύθοι για τη θεραπευτική διαδικασία, οι οποίοι βέβαια ανατρέπονται κατά την επαγγελματική κοινωνικοποίηση στον κλινικό χώρο. Για παράδειγμα, ο μύθος ότι «οι θεραπευτές αγαπούν τους ασθενείς τους ή κατά κύριο λόγο έχουν θετικά συναισθήματα γι’ αυτούς» σχετίζεται με τη δυσκολία του θεραπευτή να αποδεχτεί τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθει κατά την αλληλεπίδραση με τον ασθενή. Οι θεραπευόμενοι όμως αρκετές φορές προβάλλουν μια παντοδύναμη γονεϊκή φιγούρα στο πρόσωπο του θεραπευτή, η οποία κάποια στιγμή φοβούνται ότι τους εγκαταλείπει. Έτσι περνούν από τον θαυμασμό και την εξιδανίκευση στην υποτίμηση, στην πρόκληση και στην οργή προς τον θεραπευτή. Τα υποτιμητικά όμως σχόλια και οι υπαινιγμοί του θεραπευόμενου, αποτελούν ναρκισσιστικό τραύμα για έναν νέο επαγγελματία. Κι αυτό γιατί, παρότι αποτελούν κατά κύριο λόγο προβολές ανεπιθύμητων χαρακτηριστικών του ίδιου του θεραπευόμενου στο πρόσωπο του θεραπευτή, συνήθως έχουν μια έστω αμυδρή σχέση και με τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή. Ανασφαλής και αγχωμένος στην προσπάθεια γνωριμίας του νέου του ρόλου, ο νέος επαγγελματίας είναι ευάλωτος στα διαβρωτικά σχόλια και στην επιθετική συμπεριφορά.

Επιπλέον, αν ο θεραπευτής στρέψει τα επιθετικά συναισθήματα εναντίον του εαυτού του σαν μηχανισμό άμυνας απέναντι στο άγχος που του δημιουργούν, τότε διαβρώνεται η επαγγελματική του αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση (Maltzberger & Buie, 1974). Σταδιακά αρχίζει να αμφιβάλλει για τις ικανότητές του, για την αξία του και τις επαγγελματικές του επιλογές. Από την άλλη, όταν ο θεραπευτής κυριαρχείται από ασυνείδητα συναισθήματα επιθετικότητας, τότε αυτά εκφράζονται καλυμμένα κάτω από την άκαμπτη χρήση επαγγελματικών κανονισμών ή την ακατάλληλη χρήση αποκλεισμού (Gabbard, 2006). Επίσης, όταν ο νέος θεραπευτής δεν μπορεί να συγκρατήσει αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα θυμού και οργής, τότε συχνά οδηγείται στην εκδραμάτιση των επιθετικών του συναισθημάτων με καταστροφικά αποτελέσματα για την έκβαση της θεραπείας του ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο, η επιθετικότητα του θεραπευτή επιβεβαιώνει τους φόβους εγκατάλειψης και απόρριψης του ασθενή.

Σε μια ομάδα που χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό και ανοιχτή επικοινωνία οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις αναγνωρίζονται και κατανοούνται χωρίς να έχουν αντίκτυπο στη θεραπεία

(Gabbard, 2006). Κάποιες φορές όμως αποτέλεσμα αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων αποτελεί η πόλωση των μελών μιας ομάδας μέσω των μηχανισμών άμυνας του διαχωρισμού (“splitting”) και της προβλητικής ταύτισης (“projective identification”) του ασθενούς (Gabbard, 2006). Η δυσκολία του θεραπευόμενου να αποδεχτεί θετικά και αρνητικά στοιχεία στο πρόσωπο ενός θεραπευτή, ο οποίος δεν είναι «παντοδύναμος» (“omnipotent”) οδηγεί στον διαχωρισμό των θεραπειών σε «καλούς» και «κακούς». Όταν λοιπόν δεν αναγνωρίζονται οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις, η θεραπευτική ομάδα διχάζεται. Μέλη της θεραπευτικής ομάδας μπορεί να βιώνουν διαφορετικά και αντιφατικά συναισθήματα, όπως: θυμό ή οργή, φόβο, αίσθημα αναξιοσύνης, συμπάθεια, υπερβολική αισιοδοξία ή έντονη απαισιοδοξία, μίσος ή αποστροφή για τον ασθενή. Για παράδειγμα, ένας θεραπευτής θεωρεί ότι ο θεραπευόμενος προχωρά ομαλά ή με γοργό ρυθμό στη θεραπευτική διαδικασία και ο άλλος διαπιστώνει αντίσταση λόγω ψυχοπαθολογίας ή ένας θεραπευτής νιώθει συμπάθεια, ενώ άλλος νιώθει έντονη αντιπάθεια για τον ίδιο θεραπευόμενο. Επιπλέον, ο θεραπευτής, ο οποίος δέχεται την προβλητική ταύτιση του θεραπευόμενου, μπορεί να νιώσει αρκετά δυσάρεστα, ιδιαίτερα αν αμφιβάλει για την εγκυρότητα των προβολών του τελευταίου. Για παράδειγμα, η χαμηλή αυτο-εκτίμηση του θεραπευόμενου προβάλλεται στον θεραπευτή ο οποίος, όταν ενδοβάλλει τις προβολές, αρχίζει να νιώθει ανάξιος θεραπευτής.

Ερωτήσεις που μπορεί να κάνει ο θεραπευτής στον εαυτό του σχετικά με τις αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις του είναι:

- Πώς τον επηρεάζει ο συγκεκριμένος ασθενής;
- Τι συναισθήματα του γεννά ο συγκεκριμένος ασθενής;
- Ποια η συμπεριφορά του προς τον ασθενή σε σχέση με τα συναισθήματα που νιώθει;
- Τι ιδιαίτερο έχει η συμπεριφορά χρήσης του ασθενή που του προκαλεί αυτά τα συναισθήματα;
- Με ποιους τρόπους μπορεί να αντιμετωπίσει το συγκεκριμένο θέμα στη σχέση του με τον ασθενή;

Η κατανόηση πάντως των αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων προϋποθέτει να μπορεί να διακρίνει ο θεραπευτής και να αναγνωρίζει τις ενδείξεις τους, με προσωπική αυτο-εξέταση και εποπτεία, ή προσωπική θεραπεία. Σε κάποιες περιπτώσεις, εάν η αντιμεταβίβαση παρακωλύει την ανάπτυξη του θεραπευόμενου, μπορεί να ζητηθεί η μεταφορά του σε άλλον θεραπευτή. Σε γενικές όμως γραμμές η αντιμεταβίβαση αποτελεί πολύτιμη πηγή πληροφοριών για τη θεραπευτική διαδικασία. Η ανάλυση της αντιμεταβίβασης αποτελεί κεντρική διεργασία στις ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις.

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής αντίδρασης του θεραπευόμενου προς τον θεραπευτή, ο θεραπευτής καλείται να μην αποδέχεται την εξιδανίκευση του ασθενούς και να μην δέχεται παθητικά την υποτίμηση, πρόκληση ή άλλης μορφής επιθετικότητα του ασθενή. Η λανθασμένη πεποίθηση ότι η έκφραση θυμού μπορεί να οδηγήσει στην κάθαρση του ασθενή πιθανόν να έχει ως αποτέλεσμα την επιβλαβή για τον ασθενή εκδραμάτιση επιθετικότητας. Ο θυμός, όμως, η καχυποψία και η ενίοτε προκλητική συμπεριφορά ουσιαστικά αποτελούν μέρος του οδυνηρού φαύλου κύκλου εγκατάλειψης και απόρριψης του ασθενή: Υψηλές προσδοκίες για το πρόσωπο του θεραπευτή, ματαίωση των προσδοκιών («παντοδυναμίας»), επιθετική συμπεριφορά που οδηγεί τελικά στην απόρριψη ή στην εγκατάλειψη, στην οδυνηρή δηλαδή επιβεβαίωση των φόβων του.

Γι' αυτόν τον λόγο η «σύγκρουση» με τον θεραπευτή και η οριοθέτηση του θεραπευόμενου πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα στη θεραπευτική διαδικασία. Η οριοθέτηση, όταν δεν είναι άκαμπτη και τιμωρητική, αλλά γίνεται με ηρεμία και σεβασμό προς το πρόσωπο του ασθενή, βοηθά στην αντιμετώπιση του άγχους του θεραπευόμενου σχετικά με τη ρύθμιση της απόστασης στη σχέση με τον θεραπευτή. Έτσι, δημιουργείται η απαραίτητη ατμόσφαιρα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στη θεραπευτική σχέση, ώστε να επεξεργαστεί ο θεραπευόμενος τις ανεπίλυτες συγκρούσεις του. Η δυσκολία βέβαια ενός νέου θεραπευτή στην οριοθέτηση συμπεριφορών -όπως και ενός επαγγελματία υγείας στο πλαίσιο άμεσης φροντίδας- μπορεί να έχουν επιβλαβείς επιπτώσεις στη φροντίδα. Ο φόβος ή η δυσκολία ενός νέου επαγγελματία να βάλει όρια - ενδεχομένως λόγω του νεαρού της ηλικίας να δυσκολεύεται σε ρόλους ελέγχου ή η σχέση με τον ασθενή να φέρνει στην επιφάνεια προσωπικές του δυσκολίες- προκαλούν κλιμάκωση της επιθετικής συμπεριφοράς του ασθενή. Αντίθετα, η ήρεμη εξήγηση των δυνατοτήτων ενός πλαισίου και των επιπτώσεων μη αποδεκτών συμπεριφορών έχει ως αποτέλεσμα να μην παρατηρούνται περιστάσεις επιθετικότητας και βίας στο συγκεκριμένο πλαίσιο (Ηλίας, 2005).



Εικόνα 12.5 Καραβούζης Σ. Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

12.4. Προβλήματα αντιμεταβίβασης-θυμός και αντιπαλότητα στη σχέση με την οικογένεια

Παρά τον μεγάλο αριθμό ερευνών που καταδεικνύει την αναγκαιότητα συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπεία απεξάρτησης, οι θεραπευτές συχνά αγνοούν το αίτημα της οικογένειας, ενώ αρκετές φορές μπαίνουν -συνειδητά ή ασυνείδητα- σε μια ανταγωνιστική σχέση με την οικογένεια του θεραπευόμενου τους (Μισουρίδου, 2010, 2010α). Στην απεξάρτηση όμως η οικογένεια αποτελεί αναπόσπαστο μάρτυρα στα δρώμενα της θεραπείας. Είτε είναι παρούσα είτε όχι με κάποιο τρόπο, σιωπηλά ή ανοιχτά επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και συμπληρώνει το τρίγωνο αποτελώντας τον τρίτο πόλο. Έτσι, η αγνόησή της ή η δυσχέρεια στην ένταξή της στη θεραπευτική διαδικασία, λόγω της δυσκολίας διαχείρισης των συμμαχιών στο πλαίσιο των τριγωνικών αλληλεπιδράσεων, αποτελεί περισσότερο άρνηση της δυνατότητας που συχνά προσφέρεται για παρεμβάσεις καθοριστικές για την έκβαση της θεραπείας απεξάρτησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι αντίστοιχες λειτουργίες παρατηρούμε και σε άλλα πλαίσια, όπως στο τρίγωνο δάσκαλος-μαθητής-γονείς. Οι δάσκαλοι, πολύ συχνά, αντιμετωπίζουν με καχυποψία και αρνητισμό τις σχέσεις με τους γονείς των μαθητών, μια σχέση ιδιαίτερα πολύτιμη για μια ποιοτική παιδαγωγική διαδικασία (Ράπτης, 2004). Κάποτε προσπαθούν να σώσουν το παιδί-θύμα από τους γονείς θύτες.

Το τρίγωνο Σωτήρας - Θύτης - Θύμα αποτελεί συχνά μια δυναμική που χαρακτηρίζει τις αλληλεπιδράσεις των μελών της οικογένειας, η οποία αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης (Karpman, 1968 Σακκάς). Ο εξαρτημένος παίρνει τον ρόλο του 'εξιλαστήριου θύματος', το οποίο με τη θυσία του επιχειρεί να εξασφαλίσει τη συνοχή, την ηρεμία και τη συναισθηματική έκφραση που λείπει από την οικογένειά του (Μάτσα, 2008α, 1994). Αυτή όμως η δυναμική είναι τις πιο πολλές φορές ασυνείδητη και σίγουρα δεν δικαιολογεί μια αμυντική ή επιθετική (σιωπηλά ή ανοιχτά) στάση του θεραπευτή απέναντι στην οικογένεια του εξαρτημένου. Μάλιστα, σε κάποιες περιπτώσεις ο θεραπευτής εξιδανικεύεται και

γίνεται το «καλό πρόσωπο», ενώ οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας αντιπροσωπεύουν τα «κακά πρόσωπα». Παρατηρείται δηλαδή διαχωρισμός ('splitting'), ο οποίος απαιτείται να επιλυθεί στη θεραπεία για να αποφευχθεί η θεραπευτική αποτυχία. Επιπλέον, μια άκαμπτη στάση προς την οικογένεια του εξαρτημένου, που την τοποθετεί στον ρόλο του θύτη, μπορεί να υποδηλώνει ότι ο θεραπευτής παρασύρθηκε στον ρόλο του σωτήρα, ο οποίος πιο συχνά δεν βοηθά ούτε τους θεραπευόμενους να αλλάξουν αλλά ούτε και την οικογένεια να επιδιώξει νέους τύπους αλληλεπιδράσεων. Για παράδειγμα, ο Θεραπευτής - Σωτήρας, ο οποίος επιχειρεί να 'σώσει' την εξαρτημένη (ουσία-σχέση) κόρη από την παρεμβατική μητέρα της, συντελεί με αυτόν τον τρόπο στη διαιώνιση των ρόλων θύματος – θύτη στις σχέσεις μητέρας – κόρης, εντείνοντας το συγκρουσιακό στοιχείο της σχέσης τους, το οποίο πιθανόν να αποτελέσει αφορμή για υποτροπές στη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Αντίθετα, η διαφοροποίηση του θεραπευτή μπορεί να συντελέσει στο να καταφέρουν τα μέλη της οικογένειας να δουν τον εαυτό τους και στους τρεις ρόλους του τριγώνου Σωτήρας – Θύτης – Θύμα αποκλιμακώνοντας έτσι την ένταση του «Δραματικού Τριγώνου» ('drama triangle') (L'Abate, 2009). Σε κάθε περίπτωση, στην προσπάθειά του να συνεργαστεί με την οικογένεια ο θεραπευτής καλείται να μην αποδέχεται την εξιδανίκευση του ασθενούς και να μην συμμαχεί με την οικογένεια, ώστε να επιλυθούν πιθανά φαινόμενα διαχωρισμού και να αποφευχθεί υποτίμηση ή θεραπευτική αποτυχία.

Οι θεραπευτές που παίρνουν τον ρόλο του σωτήρα του παιδιού είναι συνήθως νέοι επαγγελματίες, οι οποίοι επεξεργάζονται ζητήματα διαφοροποίησης από την πατρική τους οικογένεια ή επαγγελματίες, οι οποίοι εξαιτίας της εμπλοκής τους σε προσωπική θεραπεία ή κάποιας προσωπικής κρίσης επεξεργάζονται ξανά αντίστοιχα θέματα. Όταν ο θεραπευτής ταυτίζεται με τον «αναγνωρισμένο ασθενή», τότε τα μέλη της οικογένειας αναπαριστάνουν τους πρωταγωνιστές του δικού του παρελθόντος (Goldbeter-Merinfeld, 1994). Μάλιστα, ο Whitaker έχει υπογραμμίσει τη λειτουργία που επιτελεί για τον θεραπευτή η θεραπευόμενη οικογένεια: κατά τη γνώμη του, ο θεραπευτής θα ξαναζήσει στο πλαίσιο της πρακτικής του με τις οικογένειες τις εντάσεις που έχει ζήσει στο πλαίσιο της κοινωνικής δομής μέσα στην οποία μεγάλωσε (Whitaker, 1965 στο Goldbeter-Merinfeld, 1994).

Εξίσου σημαντικές με τις συναισθηματικές αντιδράσεις στη σχέση θεραπευτή-οικογένειας είναι οι αντιμεταβιαστικές αντιδράσεις που προκύπτουν στο πλαίσιο της ομάδας κατά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες. Σύμφωνα με τους Berkowitz & Leff (1984) οι θεραπευτικές ομάδες αντανακλούν την οικογενειακή δυσλειτουργία. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας -οι οποίες πιθανότατα είναι πιο έντονες όσο περισσότερο εμπλεγμένη ('enmeshed') και επικριτική είναι η οικογένεια προς τον ασθενή- επηρεάζουν την ικανότητά της να πάρει κοινές αποφάσεις. Επιπλέον, όταν οι αντιμεταβιαστικές αντιδράσεις δεν αναγνωρίζονται, τα μέλη μιας ομάδας συχνά διχάζονται αντανακλώντας τη δυναμική των αλληλεπιδράσεων στην οικογένεια (Carr, 1989; Reynolds-Mejia & Levitan, 1990). Απαιτείται μια ατμόσφαιρα ανοιχτού διαλόγου και εμπιστοσύνης στη θεραπευτική ομάδα, η οποία θα επιτρέπει στα μέλη της ομάδας να συζητήσουν την εμπειρία τους και να εκφράσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα. Είναι σημαντικό η κλινική ομάδα να αποδεχτεί ότι οι αντιμεταβιαστικές αντιδράσεις είναι αναπόφευκτες και να τις χρησιμοποιήσει σαν πολύτιμη πηγή πληροφορίας για την οικογένεια.

«στις αρχές θύμωνα πάρα πολύ με τους γονείς, μόνο θυμό είχα με γονείς αλλά τώρα αυτό πιστεύω ότι έχει αλλάξει για μένα προσωπικά γιατί έχω γίνει και εγώ γονιός τώρα πια...».

«στην αρχή είχα την αίσθηση πως... όσο κοντά είμαι με το παιδί, με τον θεραπευόμενο, τόσο μακριά έπρεπε να είμαι από τους γονείς, λες και έπαιρνε ο ένας τον χώρο του άλλου, αλλά έχω καταλάβει ότι δεν ισχύει αυτό... τώρα αισθάνομαι ότι έχω βρει μια ισορροπία... αυτό, να είμαι τόσο κοντά στον γονιό, όσο χρειάζεται, και τόσο κοντά στον θεραπευόμενο όσο χρειάζεται, δεν παίρνουν ο ένας τον χώρο του άλλου... και με τα χρόνια έτσι καταλαβαίνω ότι είναι άλλη η μία σχέση και άλλη η άλλη και χρειάζεται και στους δύο να δίνεις, να ακουστούν και οι δύο πλευρές ή να ακούσω εγώ και τους δύο, στην αρχή σα να άκουγα μόνο το θεραπευόμενο... Αυτό σαν προσωπική πρόταση».

Από ομάδες εστιασμένης συζήτησης με θεραπευτές της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ

Πίνακας 12.2 Θυμός και αντιπαλότητα στη σχέση με την οικογένεια.

12.5. Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα: θεραπευτική διαδικασία και όρια

Η διατήρηση κατάλληλων ορίων στη θεραπευτική σχέση αποτελεί πρωταρχικό ηθικό ζήτημα για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ακριβώς επειδή τα όρια αποτελούν τα θεμέλια ενός ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ο θεραπευόμενος θα καταφέρει να επεξεργαστεί τις ανεπίλυτες συγκρούσεις του και να συμφιλιωθεί σε κάποιο βαθμό με τον εαυτό του και τους άλλους. Συνήθως στα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης ο θεραπευόμενος συμφωνεί ή υπογράφει «θεραπευτικό συμβόλαιο», στο οποίο περιλαμβάνονται οι όροι συμμετοχής στο πρόγραμμα, όπως απαγόρευση χρήσης ουσιών, ερωτικής επαφής με συνθεραπευόμενους και λεκτικής ή σωματικής βίας.

Κατά τον ίδιο τρόπο, ο θεραπευτής καλείται να εξηγήσει τους όρους της θεραπευτικής σχέσης και να διαπιστώσει την κατανόησή τους. Οι θεραπευόμενοι αρκετές φορές έχουν εμπειρίες από προηγούμενους θεραπευτές και θεραπευτικά πλαίσια, οι οποίες επηρεάζουν την κατανόηση του ρόλου και των ευθυνών τους στη θεραπευτική σχέση. Επιπλέον, μπορεί να μην κατανοούν τους λόγους, την αναγκαιότητα των ορίων και ιδίως αυτών που σχετίζονται με τις διττές σχέσεις. Έτσι, μπορεί να ζητούν προσωπικές πληροφορίες σχετικά με τη διαμονή και το τηλέφωνο του θεραπευτή και να νιώθουν απόρριψη ή εγκατάλειψη από την άρνησή του να αποκαλύψει προσωπικές πληροφορίες. Επίσης, η καταλληλότητα των ορίων καθορίζονται κάθε φορά από το ίδιο το πλαίσιο. Για παράδειγμα, σε ένα κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να είναι αποδεκτό για τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο να πουν καφέ στην κουζίνα των θεραπευόμενων. Δεν ισχύει το ίδιο όμως και για ένα ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα.

Ασυνεπείς συμπεριφορές του θεραπευτή οι οποίες μπορεί να εκληφθούν ως παραβίαση ορίων από το θεραπευόμενο περιλαμβάνουν:

- Καθυστέρηση σε ραντεβού.
- Ολοκλήρωση συνεδρίας ωρίτερα από τον καθορισμένο χρόνο.
- Επανελημμένη υπερβολική παράταση της διάρκειας της συνεδρίας.
- Ακύρωση συνάντησης ή ξαφνικά επανελημμένα τη συνάντηση με τον ασθενή.
- Μιλιά για προσωπικά του θέματα και εμπειρίες κατά τον πολύτιμο χρόνο της θεραπευτικής συνάντησης.
- Διακόπτει συχνά τον ασθενή στην προσπάθειά του να εκφραστεί.
- Διακόπτει συχνά τη συνομιλία με τον ασθενή για να μιλήσει στο τηλέφωνο ή για την τακτοποίηση άλλων ζητημάτων.
- Διάκριση στη μεταχείριση διαφορετικών ασθενών.
- Εκφράζει κατανόηση και υποστήριξη με χειρονομίες και σωματική επαφή (π.χ. αγκαλιάζει τον ασθενή). Απαιτείται αναστοχασμός δεδομένης της ιδιαίτερης δυσκολίας στη διευθέτηση της κατάλληλης απόστασης από τους άλλους και στο υψηλό ποσοστό κακοποίησης στο ιστορικό τους.
- Διερευνά τις ευκαιρίες επαφής έξω από το θεραπευτικό πλαίσιο.

Από την άλλη, σημεία αναγνώρισης σύγχυσης ορίων για τον θεραπευτή μπορεί να είναι τα εξής:

- Νιώθει απρόθυμος ή δυσανασχεται στην προτροπή να αναφέρει λεπτομέρειες από τη θεραπεία συγκεκριμένου ασθενή στη θεραπευτική ομάδα.
- Νιώθει κτητικότητα για τον ασθενή, συνηγορεί υπέρ αυτού με ασυνήθιστη επιμονή ή υπερβολικό ζήλο ή εκφράζει υπερβολική αίσθηση ευθύνης για τον ασθενή.
- Γίνεται αμυντικός ή κλειστός στις απόψεις άλλων μελών της θεραπευτικής ομάδας για τη θεραπεία ενός συγκεκριμένου ασθενή.
- Το επίπεδο αυτοαποκάλυψης του θεραπευτή αυξάνεται χωρίς να μπορεί να δικαιολογήσει με επιχειρήματα που σχετίζονται με θεραπευτικούς στόχους αυτήν την αυτοαποκάλυψη.

Κάποιες φορές βέβαια η υπέρβαση των ορίων μπορεί να έχει θεραπευτικό στόχο. Οι Gutheil & Brodsky (2008) συζητούν την «υπέρβαση» των ορίων ('boundary crossing') σε αντιπαραβολή με την παραβίαση των ορίων ('boundary violation'). Στην πρώτη περίπτωση, συμπεριφορές του θεραπευτή έξω από

τους συνηθισμένους κανόνες της κλινικής πράξης μπορεί να έχουν θεραπευτικό στόχο χωρίς να βλάπτουν ή να στοχεύουν στην εκμετάλλευση του ασθενή. Για παράδειγμα, ο θεραπευτής μπορεί να τηλεφωνήσει στο σπίτι του ασθενή σε μια περίοδο κρίσης με στόχο τη συμπαράσταση και ενδυνάμωση του ασθενή. Η διάκριση ανάμεσα στην υπέρβαση και στην παραβίαση των ορίων μπορεί να είναι δύσκολη και για τον ίδιο τον θεραπευτή, ο οποίος μπορεί κάποιες φορές να έρθει «πολύ κοντά» στον ασθενή χωρίς να το θέλει.

Ιδιαίτερη πάντως προσοχή απαιτείται για τα ακόλουθα:

- Δώρο
 - Ένα δώρο μπορεί να είναι απλά μια ένδειξη ευγνωμοσύνης, απαιτεί όμως σκέψη για το πώς επηρεάζει τη δυναμική της θεραπευτικής σχέσης. Επίσης, η αποδοχή δώρου από τους σημαντικούς άλλους του θεραπευόμενου μπορεί να υπονομεύσει τη θεραπευτική σχέση.
- Απόρρητο και ενημέρωση σημαντικών άλλων
 - Η αποκάλυψη πληροφοριών στους σημαντικούς άλλους μπορεί να θεωρηθεί ως προδοσία από τον θεραπευόμενο. Με αυτόν τον τρόπο αμφισβητείται η εχεμύθεια του επαγγελματία και αίρεται η εμπιστοσύνη στο πρόσωπό του.
- Ερωτική/σεξουαλική έλξη
 - Ο θεραπευόμενος συχνά θαυμάζει και εξιδανικεύει τον θεραπευτή. Μπορεί για πρώτη φορά στη ζωή του να νιώθει ότι κάποιος τον ακούει με ενδιαφέρον και ζεστασιά και τον αποδέχεται όπως είναι. Η θετική μεταβίβαση βέβαια του θεραπευόμενου δεν αφορά τα προσωπικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή αλλά τον ρόλο του. Επιπλέον μια σεξουαλική προσέγγιση του θεραπευτή/της θεραπεύτριας από την θεραπευόμενη/τον θεραπευόμενο μπορεί να σχετίζεται με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, έλλειψη κατανόησης των ορίων στην κοινωνική συναναστροφή ή διάφορων ψυχολογικών προβλημάτων. Σε κάθε περίπτωση, η σεξουαλική σχέση με θεραπευόμενο/ή αποτελεί παραβίαση του κώδικα ηθικής και δεοντολογίας. Εάν το ερωτικό ενδιαφέρον του/της θεραπευόμενου/ης ή η ερωτική έλξη του/της θεραπευτή/τριας επιμένουν παρεμποδίζοντας τη θεραπευτική διαδικασία, ο θεραπευόμενος/η παραπέμπεται σε άλλη θεραπεύτρια/θεραπευτή.



Εικόνα 12.6 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

ΣΥΝΟΨΗ

- Η νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων αποτελεί ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον αντικείμενο, το οποίο όμως απαιτεί ιδιαίτερες δεξιότητες, ικανότητες και ψυχική αντοχή. Απαιτείται εκπαίδευση όλων των νέων επαγγελματιών στην αναγνώριση σημείων διαταραχής άγχους, συναισθηματικής εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή, δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής και επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Η ανάρρωση του νοσηλευτή από την επαγγελματική εξουθένωση προϋποθέτει τη συνειδητή απόφαση για αλλαγή της κατάστασης, ανάπτυξης μιας στρατηγικής επιβίωσης και ανάκτησης του ελέγχου της ζωής του. Αποτελεί μια βαθιά και μοναδική διαδικασία στην οποία αλλάζει τις στάσεις του, τις αξίες του, τις ικανότητές του και τους ρόλους που συνήθιζε να παίρνει. Βγαίνει από την απομόνωση της ντροπής και συνδέεται ξανά με τους ανθρώπους. Η επεξεργασία της εμπειρίας της επαγγελματικής εξουθένωσης βοηθάει τον νοσηλευτή να εμβαθύνει στο νόημα της φροντίδας.
- Με τον όρο «αντιμεταβίβαση» (“counter-transference”) εννοούμε τη συναισθηματική αντίδραση του θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο. Αυτή προκαλείται τόσο από τα συναισθήματα του θεραπευόμενου όσο και από προσωπικές συγκρούσεις του θεραπευτή, οι οποίες ενεργοποιούνται κατά τη διαντίδραση με τον θεραπευόμενο. Η αντιμεταβίβαση αποτελεί πολύτιμη πηγή πληροφορίας για τη θεραπευτική διαδικασία.
- Οι θεραπευτές συχνά αντιμετωπίζουν με καχυποψία και αρνητισμό τις σχέσεις με τους γονείς των θεραπευόμενων τους, μια σχέση ιδιαίτερα πολύτιμη για την κινητοποίηση και την υποστήριξη του θεραπευόμενου. Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο του διαχωρισμού (“splitting”), κατά το οποίο ο θεραπευτής εξιδανικεύεται και γίνεται το «καλό πρόσωπο», ενώ οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας αντιπροσωπεύουν τα «κακά πρόσωπα».

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Austin, W., Goble, E., Leier, B. & Byrne, P. (2009) Compassion fatigue: The experience of nurses. *Ethics and Social Welfare*, 3(2), 195 - 214.
- Aycock, N. & Boyle, D. (2009) Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183-191. doi: 10.1188/09.cjon.183-191
- Beck, C.T. & Gable, R.K. (2012) A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 747-760. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x
- Berkowitz, R., Leff, J. (1984) Clinical teams reflect family dysfunction. *Journal of Family Therapy*, 6, 79-89.
- Carr, A. (1989) Countertransference to families where child abuse has occurred. *Journal of Family Therapy*, II, 87-97.
- Clancy, C., Oyefeso, A. & Ghodse, H. (2006) Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (2), 161-171.
- Coetzee, S.K., Klopper, H.C. (2010) Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235-243.
- Coletti, M. (2004) Η θέση του επαγγελματία υγείας στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων στην αρχή της τρίτης χιλιετίας. Στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίνη Β. (εκδ.), *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης). Σελ. 25-30.
- Edelwich, J., Brodsky, A. (1980) *Burnout: Stages of Disillusionment in Helping Professions*. New York, Human Science Press.

- Ekstedt, M., Faberberg, I. (2005) Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1):59-67.
- Farley, M., Golding, J.M., Young, G., Mulligan, M. & Minkoff, J.R. (2004) Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 161–167.
- Figley, C.R. (1995) Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In BH Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Freudenberger, H.J. (1980) *Burn-out: The high cost of high achievement*. New York, Doubleday.
- Gabbard, G.O. (2006) *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Βήτα.
- Glasberg, A.L., Erikson, S., Norberg, A. (2006) Burnout and ‘stress of conscience’ among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4):392-403.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (1994) Ο «μείζων» τρίτος του συστήματος. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 45, 34-41.
- Gutheil, T.G., Brodsky, A. (2008) *Preventing boundary violations in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Karpman, S. (1968) Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26):39-43. Available via: www.karpmamdramatriangle.com
- L’Abate, L. (2009) The drama triangle: An attempt to resurrect a neglected pathogenic model in family therapy theory and practice. *The American Journal of Family Therapy*, 37, 1-11.
- Mackintosh, C. (2007) Protecting the self: A descriptive qualitative exploration of how registered nurses cope with working in surgical areas International. *Journal of Nursing Studies*, 44(6):982-990.
- Maltsberger, J.T., Buie, D.H. (1974) Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 625-633.
- Maslach, C., Scaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52:397-422.
- Menzies, I.E.P. (1960) A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Human Relations*, 13(2):95-121
- Mills, K.L. (2009) Editorial-‘Between pain and nothing I choose nothing’: trauma, post traumatic stress disorder and substance use. *Addiction*, 104, 1607- 1609. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02675.x
- Newell, J.M. & MacNeil, G.A. (2010) Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6, 57-68.
- Ouimette, P.C., Kimerling, R., Shaw, J., Moos, R.H. (2000) Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 7–17.
- Reynolds-Mejia, P., Levitan, S. (1990) Countertransference issues in the in-home treatment of child sexual abuse. *Child Welfare*, LXIX, 1, 53-61.
- Rice, C., Mohr, C.D., Del Boca, F.K., Mattson, M.E., Young, L., Brady, K., et al. (2001) Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in an alcoholism treatment sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 114–123.
- Roy, A. (2001) Childhood trauma and attempted suicide in alcoholics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 120–121.
- Sabo, B.M. (2011) Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 1. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man01
- SAMHSA (2000) *Substance Abuse Treatment for Persons with Child Abuse and Neglect Issues*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 36. US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/BKD343/>

- SAMHSA (2009) *Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor*, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 52. HHS Publication No.(SMA) 09-4435. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- SAMHSA (2014) *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No.(SMA) 14-4816. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Severinsson, E. (2003) Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nursing and Health Sciences*, 5:59-66.
- Williams, A. (2001) A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5):660-667.
- Wright, L.D. (2006) Violating professional boundaries. *Nursing*, 36(3):52–54.
- Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ. (2001) Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 40(2):15-22.
- Ηλιάς, Σ., Κανέλλου, Ν., Μαυρομάτη, Ε., Κωνσταντοπούλου, Α., Περτέση, Ε. (2005) Χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών στο Ψυχιατρικό Ιατρείο Εφημερίας Γενικού Νοσοκομείου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 89, 146-148.
- Μάτσα, Κ. (2008) *Ψυχοθεραπεία και τέχνη στην απεξάρτηση*: Το «παράδειγμα» του 18 ΑΝΩ. Αθήνα: Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2008α) Η οικογένεια στη δίνη της παγκοσμιοποίησης – Μορφές εμφάνισης της κρίσης της: Η οικογένεια του τοξικομανή. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 102,137-145.
- Μάτσα, Κ. (1994) Ο τοξικομανής στον ρόλο του εξιλαστήριου θύματος της οικογένειας και της κοινωνίας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 45, 83-93.
- Μισουρίδου, Ε. (2007) Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενή. *Νοσηλευτική*, 46(3), 374-380
- Μισουρίδου, Ε. (2009) Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Νοσηλευτική*, 48(4), 358-366.
- Μισουρίδου, Ε. (2010) Η αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 109, 109-117.
- Μισουρίδου, Ε. (2010α) Το θεραπευτικό τρίγωνο στη θεραπεία απεξάρτησης : Γιατί οι θεραπευτές αγνοούν ή δυσκολεύονται να εντάξουν το αίτημα της οικογένειας στο θεραπευτικό πλαίσιο; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 112, 87-97.
- Μισουρίδου, Ε. (2011) Το φαινόμενο του εκφοβισμού στη νοσηλευτική: Αίτια και αντιμετώπιση. *Νοσηλευτική*, 50(2): 123-131.
- Ράπτης, Η. (2004) Επικοινωνία γονέων και σχολείου. Στο Α. Τριλιανός και Ι. Καράμηνas (επιμ.) *Συμβουλευτική Γονέων*. Αθήνα: Εργαστήριο Πειραματικής Παιδαγωγικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης.
- Σακκάς, Δ. *Αξιοποιώντας τον ελληνικό μύθο ως μεταφορά στα βιωματικά εκπαιδευτικά προγράμματα*. <http://www.ekpse.gr/oldsite/b56.html>. Προσπελάστηκε στις 27/08/15.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

<http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA14-4816/SMA14-4816.pdf>

Χρήσιμο βιβλίο από τον οργανισμό Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) με πλούσιο υλικό για την αξιολόγηση και αντιμετώπιση της δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής και τίτλο «*Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*».

<https://www.youtube.com/watch?v=HLTnqaJUAAM>

Βίντεο με τίτλο «Compassion Fatigue: the stress of caring to much», PBS Adult Learning Satellite Service & National Mental Health Association

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 12

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 12 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ:
<http://repfiles.kallipos.gr/file/23561>