



**ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**DEPARTMENT OF OCCUPATIONAL THERAPY
FACULTY OF HEALTH AND CARING STUDIES**

Πτυχιακή Εργασία

*«To burn out των εργοθεραπευτών στο πλαίσιο λειτουργίας
διεπιστημονικής ομάδας για τη διάγνωση και τη θεραπευτική
πρόταση σε εφήβους»*

Thesis

“Burnout among occupational therapists in the context of an
interdisciplinary team for the diagnosis and treatment
proposal in adolescents”

Ελπίδα Μπάζου (AM: 16074)

Elpida Bazou (ID: 16074)

Επιβλέπων/ουσα: Μαρία Παπαδημητρίου, MD, PhD, Ψυχίατρος
Παιδιών και Εφήβων, Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεύτρια Παιδιών κι
Εφήβων

Supervisor: Maria Papadimitriou, MD, PhD, Child and Adolescent
Psychiatrist, Child and Adolescent Psychoanalytic Psychotherapist

Επιτροπή Εξέτασης

1. Παπαδημητρίου Μαρία

2. Βλοτινού Πηνελόπη

3. Τριανταφυλλίδου Σοφία

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ/ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ...Ελπίδα.....Μπάζου.....του..Κωνσταντίνου....., με αριθμό μητρώου16074..... φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Τμήματος Εργοθεραπείας, δηλώνω υπεύθυνα ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής/διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



Ελπίδα Μπάζου

29/5/2021

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς αλληλεπιδράσεων με διάφορα άτομα, καθένα από τα οποία έπαιξε ένα σημαντικό ρόλο στην εξέλιξή της. Κατ' αρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα Μαρία Παπαδημητρίου για την πολύτιμη συνεργασία της κατά την εκπόνηση της εν λόγω εργασίας. Η καθοδήγηση της στην προσπάθεια αποσαφήνισης των εννοιών που εξετάζονται, διαχείρισης της βιβλιογραφίας και εκμάθησης του τρόπου εκπόνησης – γραφής μίας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν καταλυτική όχι μόνο για την ολοκλήρωσή της συγκεκριμένης ανασκόπησης αλλά και για τη βελτίωση των ακαδημαϊκών μου δεξιοτήτων, στο σύνολό τους. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως την κα Μαρία Κουλουμπή για τη διαμεσολάβηση της κατά τη διευθέτηση καίριων ζητημάτων που αφορούσαν στα περιθώρια ολοκλήρωσης της εργασίας μου καθώς και για τη συνεχή υποστήριξη της καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου. Φυσικά, δεν θα μπορούσα να παραλείψω τα αγαπημένα μου πρόσωπα, την οικογένεια, τους φίλους και συμφοιτητές μου, για την υπομονή και την ανιδιοτελή τους στήριξη που με συνοδεύουν σε όλες τις επιλογές μου, σε ακαδημαϊκό και προσωπικό επίπεδο.

Ημερομηνία

29/5/2021

Συγγραφέας

Ελπίδα Μπάζου

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	7
Abstract	8
<i>I. Η εξέλιξη της διεπιστημονικής ομάδας σε συνάρτηση με την ιστορία της Παιδοψυχιατρικής.....</i>	9
A. Στο εξωτερικό	9
B. Στην Ελλάδα	10
<i>II. Χαρακτηριστικά της Διεπιστημονικής Ομάδας</i>	14
<i>III. Ιστορική Αναδρομή στην Έννοια του Εργασιακού Burnout.....</i>	17
A. Καινοτόμος Φάση	17
B. Εμπειρική Φάση	19
Γ. Φάση του 21^{ου} αιώνα	21
<i>IV. Ανάλυση του Burnout.....</i>	24
A. Η διαμόρφωση των συνιστωσών του burnout σε σχέση με το MBI.....	24
B. Ανάλυση των Διαστάσεων του burnout.....	28
Γ. Οι παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση του burnout.....	33
Δ. Οι επιπτώσεις του burnout	39

Ε. Η έννοια του «burnout των ομάδων».....	44
Στ. Το burnout των επαγγελματιών ψυχικής υγείας	46
<i>V. Η εφηβεία.....</i>	<i>51</i>
<i>VI. Ο ρόλος της εργοθεραπείας στους εφήβους.....</i>	<i>58</i>
A. Εργοθεραπευτικές πρακτικές σε εφήβους	58
B. Οι καθημερινές προκλήσεις της εργοθεραπευτικής πρακτικής σε εφήβους	64
<i>VII. Το burnout των εργοθεραπευτών που ασχολούνται με εφήβους</i>	<i>66</i>
<i>VIII. Προτεινόμενες στρατηγικές αντιμετώπισης.....</i>	<i>69</i>
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	72

Περίληψη:

Το φαινόμενο του burnout στον εργασιακό χώρο ή αλλιώς του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 όταν έκανε την πρώτη βιβλιογραφική εμφάνισή του. Τόσο οι εκφάνσεις όσο και οι επιπτώσεις του στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας, ειδικότερα, έχουν αποτελέσει αντικείμενο υψηλού ενδιαφέροντος στην επιστημονική έρευνα δημιουργώντας την ανάγκη για ολοένα και πιο εξειδικευμένες σχετικές μελέτες. Η εν λόγω εργασία, επικεντρώνεται στην μελέτη του burnout μίας συγκεκριμένης ειδικότητας επαγγελματιών υγείας, αυτής των εργοθεραπευτών, υπό το πρίσμα της αλληλεπίδρασής τους σε μία διεπιστημονική ομάδα παιδοψυχιατρικού χαρακτήρα εστιασμένη στην παρέμβαση σε εφήβους. Τοποθετώντας, λοιπόν, τους εργοθεραπευτές στο πλαίσιο της συνεργασίας με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, η διερεύνηση θα ξεκινήσει με την σκιαγράφηση της ίδιας της ομάδας ιστορικά, αλλά και μορφολογικά και θα συνεχίσει κατ' ομοίωση με τη μελέτη του burnout σε μία προσπάθεια εξεύρεσης της εννοιολογικής τους σύνδεσης. Σε αυτή την προσπάθεια, θα συνδράμει η περιγραφή και η ανάλυση της ηλικιακής κατηγορίας των εφήβων, καθώς και της εργοθεραπευτικής πρακτικής που απευθύνεται στον συγκεκριμένο πληθυσμό πάντοτε υπό το πρίσμα της διεπιστημονικότητας. Με αυτό τον τρόπο, θα πραγματοποιηθεί μία εκτενέστερη μελέτη του burnout των εργοθεραπευτών που ασχολούνται με την ηλικιακή ομάδα των εφήβων κι εργάζονται στο πλαίσιο διεπιστημονικής ομάδας. Τέλος, προτείνονται στρατηγικές αντιμετώπισης του εν λόγω burnout για τη βελτίωση τόσο της ποιότητας ζωής των ίδιων των εργοθεραπευτών όσο και της ποιότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων που αυτοί παρέχουν στους εφήβους.

Λέξεις Κλειδιά: (βιβλιογραφική ανασκόπηση, burnout, εργοθεραπευτές, εργοθεραπευτική παρέμβαση, διεπιστημονική ομάδα, έφηβοι)

Abstract:

The phenomenon of burnout in the workplace has been of particular concern to the scientific community since the late 1970s when it first appeared in the literature. Both its manifestations and its effects on the provision of health services, in particular, have been the subject of high interest in scientific research, creating the need for increasingly specialized relevant studies. This literature review focuses on the study of burnout among a specific specialty of health professionals, occupational therapists, through the prism of their interaction in an interdisciplinary team focused on adolescent intervention. Before studying occupational therapists' collaboration with the other members of the interdisciplinary team, the investigation will begin by outlining the team itself historically and morphologically and will continue in the same pattern as the study of burnout in an attempt to find their conceptual connection. To achieve this, while remaining in the context of interdisciplinarity the description and analysis of the age group of adolescents as well as of the occupational therapy practice that is addressed to the specific population will be determining. In this way, it will be possible to study in more detail the burnout among occupational therapists who deal with the age group of adolescents and work within an interdisciplinary team. Finally, strategies to deal with this burnout are proposed to improve both the life quality of occupational therapists themselves and the quality of therapeutic interventions that they provide to adolescents.

Keywords: (literature review, burnout, occupational therapists, occupational therapy intervention, interdisciplinary team, adolescents)

Έπειτα από μία ανασκόπηση στη βιβλιογραφία της ιστορίας της εμφάνισης και της εξέλιξης της διεπιστημονικής ομάδας, φανερώνεται μία ισχυρή συσχέτιση με την αντίστοιχη ιστορία της ειδικότητας της παιδοψυχιατρικής. Επομένως, στο πρώτο μέρος της εργασίας στόχος είναι να αποσαφηνιστεί ο τρόπος με τον οποίο η διεπιστημονική ομάδα γεννιέται και ωριμάζει, παράλληλα με την ιστορική πορεία της παιδοψυχιατρικής, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στον Ελλαδικό χώρο.

1. Η εξέλιξη της διεπιστημονικής ομάδας σε συνάρτηση με την ιστορία της Παιδοψυχιατρικής:

A. Στο εξωτερικό:

Από τους περισσότερους συγγραφείς, αναγνωρίζεται ως καθοριστικό ορόσημο για την ειδικότητα της παιδοψυχιατρικής, η εμφάνιση των πρώτων βιβλίων για την Παιδοψυχιατρική. Ο M. Manheimer εξέδωσε το 1899 το βιβλίο του με τίτλο “Les Troubles mentaux del’ enfant: Précis de Psychiatrie Infantile” όπου χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο “Psychiatrie Infantile” (Παιδική Ψυχιατρική), ο οποίος θα εμφανιστεί επίσημα πολλά χρόνια αργότερα (Walk, 1964). Στις 19 Μαΐου του 1933, ο M. Tramer σε μια συνάντηση στην Ελβετική Ψυχιατρική Εταιρεία, επιχειρηματολόγησε υπέρ της ανάγκης για τη δημιουργία μιας καινούριας ειδικότητας με επιστημονικό αντικείμενο τα ψυχικά νοσήματα των παιδιών και των εφήβων και χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «Παιδοψυχιατρική» (Kanner, 1960). Η ημέρα αυτή θεωρείται το γενέθλιο της Παιδοψυχιατρικής (Kanner, 1960). Στην Αγγλία, το πρώτο ιατροπαιδαγωγικό κέντρο ήταν η East London Child Guidance Clinic που δημιουργήθηκε το 1927 με διευθυντή τον E. Miller (Hersov, 1986). Την επόμενη χρονιά δημιουργήθηκε το Child Guidance Council. Το συμβούλιο ίδρυσε τη London Child Guidance Clinic με διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από ψυχίατρο, ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό, οι οποίοι και εκπαιδευόνταν σε τεχνικές καθοδήγησης των παιδιών σεβόμενοι πάντα την αρχή να δουλεύουν όλοι μαζί σαν μία ομάδα (Hersov, 1986). Το 1929 στο British Journal of Medical Psychology έγινε η πρώτη εκτεταμένη αναφορά στη λειτουργία των ιατροπαιδαγωγικών κέντρων σε χώρες του εξωτερικού, επισημαίνοντας τις δυσκολίες στη λειτουργία της ομάδας (Levy, 1951; Cameron, 1956; Hersov, 1986). Το 1932 στη Ρώμη οργανώθηκε το 3ο Εθνικό Ιατροπαιδαγωγικό Συνέδριο, όπου ο S. De Sanctis πρότεινε την εργασία στη διεπιστημονική ομάδα ως τη βάση για τη μελέτη της παιδικής ηλικίας (Caffo, 1999). Σημαντική ήταν η συνεισφορά της Ελβετίας και η επιρροή μέσα από τη συνεργασία στο Italian Swiss Health Center (Caffo, 1999). Το 1947 ιδρύθηκαν τα πρώτα ιατροπαιδαγωγικά

κέντρα στο Μιλάνο και στη Ρώμη (Centri Medico-Psico-Pedagogici), ενώ γρήγορα ο αριθμός τους αυξήθηκε σημαντικά (Caffo, 1999). Τα κέντρα αυτά λειτούργησαν με διεπιστημονική ομάδα, μια πολύ σημαντική καινοτομία για την εποχή στην Ιταλία, όπου ήταν κυρίαρχη η τάση της οργανικότητας στην Ψυχιατρική (Caffo, 1999).

B. Στην Ελλάδα:

Βάσει των στοιχείων που αντλούμε από τη διδακτορική διατριβή της παιδοψυχιάτρου, Μ. Παπαδημητρίου, με τίτλο «Η ιστορία της Παιδοψυχιατρικής στην Ελλάδα σε σχέση με τις εξελίξεις στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες», την πρώτη αναφορά στην ιστορία της Παιδοψυχιατρικής στην Ελλάδα την συναντάμε στο περιοδικό Νευροψυχιατρικά Χρονικά το 1967 σε ένα άρθρο του καθηγητή Χ. Ιεροδιακόνου με αφορμή την επέτειο για τα δέκα χρόνια λειτουργίας του Ιατροπαιδαγωγικού Σταθμού στο Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης (Παπαδημητρίου, 2013). Σε αυτό το άρθρο ο Ιεροδιακόνου περιέγραψε πώς στις 19 Νοεμβρίου του 1956 ξεκίνησε να λειτουργεί ο Σταθμός με διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από τον ίδιο, που είχε εκπαιδευτεί στην Παιδοψυχιατρική στο εξωτερικό, μια ψυχολόγο με μετεκπαίδευση στις Η.Π.Α. και την Ευρώπη και μια κοινωνική λειτουργό (Παπαδημητρίου, 2013). Το ιατροπαιδαγωγικό κέντρο της Θεσσαλονίκης ήταν η πρώτη υπηρεσία ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους στην Ελλάδα που λειτούργησε τομεοποιημένα, ενώ στο πλαίσιο της λειτούργησε και η πρώτη πλήρης διεπιστημονική ομάδα στη Β. Ελλάδα (Παπαδημητρίου, 2013). Από το 1980 δίνεται μερική ειδικότητα στην παιδοψυχιατρική, ενώ λειτουργεί με διεπιστημονική ομάδα για πρώτη φορά στην Βόρεια Ελλάδα το 1983 (Παπαδημητρίου, 2013). Η ομάδα αυτή, ήταν πλήρης με παιδοψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ειδικό παιδαγωγό και λογοπεδικό (Παπαδημητρίου, 2013).

Στην Αθήνα, ήδη από το 1946 ιδρύθηκε ο πρώτος σταθμός στην Ελλάδα, από τον Μορφωτικό Σύλλογο «Αθήναιον» (Παπαδημητρίου, 2013). Το 1953 ο Σύλλογος ίδρυσε τον ιατροπαιδαγωγικό σταθμό, με σκοπό να προσφέρει βοήθεια σε παιδιά με ψυχικά προβλήματα και στους γονείς τους (Παπαδημητρίου, 2013). Το 1948 είχαν ξεκινήσει ήδη τα μαθήματα για γονείς και παιδαγωγούς, προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα ψυχολογίας, ψυχικής υγιεινής και αγωγής των παιδιών και των εφήβων (Παπαδημητρίου, 2013). Η ομάδα του σταθμού λειτούργησε με βάση τις αρχές της διεπιστημονικότητας (Παπαδημητρίου, 2013). Σε αυτά τα πρώτα δύο χρόνια, οι ειδικοί που αποτελούσαν το προσωπικό του Σταθμού εργάζονταν εθελοντικά και ήταν οι ψυχίατροι Καλούτσης

(επιστημονικός διευθυντής) Μ. Κατσάνης, οι ψυχολόγοι και παιδαγωγοί Ε. Παϊδούση, Σ. Γεδεών, Φ. Καραπάνου και η Θ. Βεργοπούλου (Παπαδημητρίου, 2013). Αργότερα, στην ομάδα προστέθηκαν ο ειδικός παιδαγωγός Κ. Καλαντζής και η κοινωνική λειτουργός Ε. Μακρή (Παπαδημητρίου, 2013).

Ωστόσο, το πρώτο ιατροπαιδαγωγικό κέντρο στην Ελλάδα ήταν το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο της Αθήνας που ιδρύθηκε από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής κι άρχισε να λειτουργεί τον Δεκέμβριο του 1956 (Tsiantis et al., 1999). Στην επίσημη ιστοσελίδα του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών σήμερα, στις ιστορικά καινοτόμες δραστηριότητές του περιλαμβάνονται η συγκρότηση και λειτουργία για πρώτη φορά σε Δημόσιο φορέα, ψυχιατρικής ομάδας αποτελούμενης από μέλη διαφόρων ειδικοτήτων για την πολυδιάστατη κατανόηση και αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων των παιδιών, των εφήβων και των οικογενειών τους (Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, n.d). Τα πρώτα μέλη αυτής της ιδρυτικής ομάδας ήταν: ο παιδοψυχίατρος Ανδρέας Καλούτσης, ο ψυχίατρος και μετέπειτα Εντεταλμένος Υφηγητής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Γιώργος Φιλιππόπουλος, η κοινωνική λειτουργός Ασπασία Ταβλαρίδου και η ψυχολόγος/ψυχαναλύτρια Άννα Ποταμιάνου (Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, n.d). Επιπλέον, μέσω της λειτουργίας του Κέντρου καθιερώθηκε η συνεχιζόμενη θεραπεία, οργανώθηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα Υπηρεσία Επαγγελματικού Προσανατολισμού νέων (1958-1968), προεπαγγελματικού κύκλου για εφήβους με νοητική υστέρηση ηλικίας 15-18 ετών, ιδρύθηκε η πρώτη Μονάδα για την θεραπευτική αντιμετώπιση των αυτιστικών παιδιών και εφήβων (1974), αλλά και η πρώτη Ειδική Ψυχοθεραπευτική Μονάδα (1975) για παιδιά και εφήβους (Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, n.d).

Στην διατριβή της Μ. Παπαδημητρίου μέσα από μία συνέντευξη του Χαράλαμπου Ιεροδιακόνου (2009), πληροφορούμαστε πως η παραπάνω ομάδα του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου της Αθήνας ήταν η πρώτη πλήρης διεπιστημονική ομάδα στην Ελλάδα (Παπαδημητρίου, 2013). Οι δραστηριότητές του αναπτύσσονταν στο εξής σχήμα: διάγνωση, θεραπεία, έρευνα και κοινωνική δράση προς τα παιδιά, τους εφήβους και τις οικογένειές τους. Την παιδοψυχιατρική εξέταση ακολουθούσε η χορήγηση ψυχομετρικών δοκιμασιών από ψυχολόγο στο ψυχολογικό εργαστήριο που λειτουργούσε στο κέντρο από το 1959 (Παπαδημητρίου, 2013). Το ιστορικό που έπαιρνε ο παιδοψυχίατρος από τους γονείς συμπληρωνόταν από τα στοιχεία που συνέλεγε η κοινωνική λειτουργός από το σχολείο του παιδιού και την επίσκεψη στο σπίτι (Παπαδημητρίου, 2013). Η ψυχοθεραπεία, η οποία ξεκίνησε το 1960, γινόταν από τον παιδοψυχίατρο με τη χρήση της μεθόδου της

παιγνιοθεραπείας, ενώ η συμβουλευτική γονέων γινόταν από τον ψυχολόγο (Παπαδημητρίου, 2013). Παράλληλα, η ομάδα, συνεργαζόταν στενά με τις παιδιατρικές και παθολογικές κλινικές του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, αλλά και με ένα δίκτυο υπηρεσιών, που απηύθυναν αιτήματα για εξέταση προς τον σταθμό (Παπαδημητρίου, 2013).

Στις 24 Απριλίου του 1957 ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού (Παπαδημητρίου, 2013). Ήταν μια ιδέα του Καλούτση, ο οποίος ήθελε να συσπειρώσει στο πλαίσιο ενός επιστημονικού σωματείου τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, προκειμένου να μπορούν να ανταλλάσσουν απόψεις, να συζητάνε, να διαμορφώνουν και να προωθούν μέσα από κοινές δράσεις τις εξελίξεις σχετικά με τα θέματα της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου (Παπαδημητρίου, 2013). Ασχολήθηκαν με τη δημιουργία του απαιτούμενου νομικού πλαισίου για την κατοχύρωση επαγγελματιών, όπως του ψυχολόγου και του λογοπεδικού, αλλά και για την έλευση της καινούργιας ειδικότητας της Παιδοψυχιατρικής (Παπαδημητρίου, 2013). Επένδυσαν στην διεπιστημονικότητα, παρέχοντας άρτια εκπαίδευση στους νεοεισερχόμενους του χώρου, ενώ ταυτόχρονα προσπάθησαν να οργανώσουν στα ελληνικά ορολογία και την ταξινόμηση της (Παπαδημητρίου, 2013). Το 1971 επιβλήθηκε αλλαγή του καταστατικού της Εταιρείας, με σημαντικότερες αυτή που εντάσσει στο αντικείμενο της Εταιρείας την εφηβική ηλικία, ενώ καταργήθηκε η επιμέρους αναφορά σε κάθε επιστημονικό πεδίο, καθώς φαίνεται η διεπιστημονικότητα να έχει πλέον καθιερωθεί στον χώρο της ψυχικής υγείας των ανηλίκων (Παπαδημητρίου, 2013).

Το 1958 ιδρύθηκε ένα Ινστιτούτο-Ψυχολογικό Κέντρο με την ονομασία «Ψυχολογικό Κέντρο Βορείου Ελλάδος». Αρχικά, λειτούργησε Ιατροπαιδαγωγικός Συμβουλευτικός Σταθμός, στον οποίο τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας εργάζονταν εθελοντικά και εξέταζαν παιδιά και εφήβους με νοητική υστέρηση και διαταραχές συμπεριφοράς (Παπαδημητρίου, 2013). Ακολούθησε η δημιουργία Ψυχοπαιδαγωγικού Σταθμού, όπου εφαρμοζόταν η Θεραπευτική Παιδαγωγική και παρεχόταν η δυνατότητα για ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (Παπαδημητρίου, 2013). Το 1974 η λειτουργία του Κέντρου επεκτάθηκε και σε δύο καινούργια πεδία, αυτά του οικοτροφείου και των εργαστηρίων επαγγελματικής αποκατάστασης (Παπαδημητρίου, 2013). Δημιουργήθηκε μια νέα Μονάδα, αναγνωρισμένη για την παροχή ειδικής επαγγελματικής αγωγής, η οποία περιλάμβανε οικοτροφείο, εργασιοθεραπευτήριο, εργαστήρια, τμήματα επαγγελματικής αγωγής αρρένων και κέντρο εργασίας, διαμορφώνοντας έτσι μια ολοκληρωμένη δομή παροχής θεραπείας και φροντίδας σε παιδιά και εφήβους με ψυχικές δυσκολίες (Παπαδημητρίου, 2013).

Το 1963, η πρώτη υπηρεσία του Ιδρύματος Προστασίας Απροσάρμοστων Παίδων «Η Θεοτόκος», που ξεκίνησε τη λειτουργία της, ήταν ο ιατροπαιδαγωγικός σταθμός (Παπαδημητρίου, 2013). Ο σταθμός λειτούργησε με πλήρη διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από παιδοψυχίατρο, ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και ειδικό παιδαγωγό. Στην πορεία η ομάδα εμπλουτίστηκε και με άλλες ειδικότητες – παιδονευρολόγος, παιδίατρος, λογοθεραπευτής και επισκέπτρια νοσοκόμα, ενώ ξεκίνησε και η εργασία στην κοινότητα με συμβουλευτική (Παπαδημητρίου, 2013). Η άλλη σημαντική Υπηρεσία του «Θεοτόκος» ήταν το Ειδικό Σχολείο (Παπαδημητρίου, 2013). Εκτός από το μαθησιακό μέρος το καθημερινό πρόγραμμα των μαθητών περιλάμβανε ΕΡΓΑΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ σε μικρές ομάδες δέκα έως δώδεκα μαθητών, με σκοπό την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την καλύτερη κοινωνική και επαγγελματική ένταξη τους (Παπαδημητρίου, 2013). Στα μέσα της δεκαετίας του 1970 το Τμήμα Εργασιοθεραπείας εξελίχθηκε στο Προεπαγγελματικό Πρόγραμμα, προκειμένου να συνεχίζουν οι έφηβοι στο Τμήμα Ειδικών Επαγγελματικών Εργαστηρίων που λειτουργούσε ήδη από το 1970 (Παπαδημητρίου, 2013). Παράλληλα, γινόταν και αγωγή κινητικότητας για εκείνα τα παιδιά που είχαν ανάλογες δυσκολίες (Παπαδημητρίου, 2013). Τέλος, στο Τμήμα Αγωγής Λόγου η θεραπεία γινόταν για κάθε μαθητή ατομικά και αφορούσε τόσο σε αμιγώς θέματα λόγου όσο και θέματα μαθησιακά (Παπαδημητρίου, 2013).

Το Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία» ιδρύθηκε το 1977 από τον Ι. Τσιάντη και ήταν η πρώτη παιδοψυχιατρική υπηρεσία ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σε Γενικό Νοσοκομείο (Μπελιβανάκη και συν. 2005). Στην πρώτη φάση λειτουργίας του, στο Τμήμα υπήρχε πλήρης διεπιστημονική ομάδα από παιδοψυχίατρο, βοηθό ψυχίατρο, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και λογοπεδικό (Μπελιβανάκη και συν. 2005). Μέσα από αυτήν την υπηρεσία, ξεκίνησε και η προσπάθεια ευαισθητοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Νοσοκομείου με την οργάνωση σεμιναρίων, διαλέξεων και παρουσιάσεων περιστατικών με την οπτική της σφαιρικής αντιμετώπισης του παιδιατρικού ασθενούς (διεπιστημονικότητα), δηλαδή τη διαχείριση των σωματικών προβλημάτων σε συνδυασμό με τα ψυχικά. Στην ίδια προσπάθεια εντάσσονταν και οι ομαδικές συμβουλευτικές συζητήσεις των γονέων παιδιών με οξέα και χρόνια προβλήματα (Μπελιβανάκη και συν. 2005). Με το Ν.1193/81 στο ΦΕΚ Α-220/20.8.1981 αναγνωρίζεται η Παιδοψυχιατρική ως κύρια ιατρική ειδικότητα παράλληλα με τον διαχωρισμό της Νευρολογίας και της Ψυχιατρικής σε δύο ξεχωριστές πλέον ειδικότητες (Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας, n.d). Το 1986 το Τμήμα επεκτάθηκε με τη δημιουργία της Μονάδας Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας, της πρώτης σε Γενικό Νοσοκομείο (Μπελιβανάκη

και συν. 2005). Η Μονάδα δεχόταν παιδιά ηλικίας 7 έως 14 ετών με ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογιών για τις οποίες υπήρχε κατάλληλη ιατρική υποστήριξη από άλλες ειδικότητες του νοσοκομείου (Μπελιβανάκη και συν. 2005). Το προσωπικό της Μονάδας αποτελούσαν παιδοψυχίατροι, κλινικοί ψυχολόγοι, ψυχοθεραπεύτρια, κοινωνική λειτουργός, εργοθεραπεύτρια και ομάδα νοσηλευτών (Μπελιβανάκη και συν. 2005).

Παρακολουθώντας την πορεία της διεπιστημονικής ομάδας αναφορικά με την ιστορία της παιδοψυχιατρικής διαπιστώνεται ότι η σύσταση, η μορφολογία και η στοχοθεσία της τροποποιείται ανάλογα με την χρονική περίοδο, αλλά και το πλαίσιο παρέμβασης. Προκύπτει, λοιπόν, η ανάγκη ανάδειξης των τυπικών χαρακτηριστικών μίας διεπιστημονική ομάδας παιδοψυχιατρικού τύπου, όπως αυτά έχουν διαμορφωθεί με την εξέλιξη και την εφαρμογή της ειδικότητας. Ως βάση δεδομένων θα χρησιμοποιηθούν και μερικά γενικά στοιχεία για τη λειτουργία των ομάδων στο σύνολο τους, των ομάδων εργασίας και των ομάδων φροντίδας υγείας.

II. Χαρακτηριστικά της Διεπιστημονικής Ομάδας:

Μία ομάδα μπορεί να οριστεί ως ένα δυναμικό σύνολο διαφορετικών ανθρώπων με κοινούς στόχους και διαφορετικές ευθύνες, η οποία επιφορτίζεται την βελτίωση μίας διαδικασίας ή μίας υπηρεσίας (Ketelhut, 1999). Οι ομάδες εργασίας παράγουν αγαθά ή παρέχουν υπηρεσίες (Miles & Watkins, 2007) και στο χώρο της υγείας μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με τον πληθυσμό των θεραπευόμενων, το είδος της ασθένειας ή τον τομέα παροχής φροντίδας (Lemieux Charles et al., 2006). Οι ομάδες φροντίδας υγείας ενδέχεται να αποτελούνται από μία μόνο ειδικότητα (π.χ. ομάδα νοσηλευτών) ή από επαγγελματίες υγείας πολλαπλών ειδικοτήτων (Blackmore & Persaud, 2012), με την διεπιστημονικότητα να αναφέρεται στην αυξανόμενη αμοιβαία αλληλεπίδραση μεταξύ των ειδικοτήτων, η οποία οδηγεί σε νέες προοπτικές και γνώσεις (Choi & Pak, 2006).

Οι διεπιστημονικές ομάδες στο χώρο της υγείας αποτελούνται από δύο ή και περισσότερα επαγγέλματα που δουλεύουν μεταξύ τους για ένα κοινό στόχο και παρέχουν την δική τους εξειδίκευση, διατηρώντας ταυτόχρονα την δική τους οπτική που είναι ανάλογη της εκπαίδευσής τους (Lemay et al., 2019). Επίσης, είναι δυνατόν να εμπλέκουν παρόχους υπηρεσιών από αρκετούς επαγγελματικούς τομείς (π.χ. ιατρική, νοσηλευτική, παραϊατρικά επαγγέλματα), οι οποίοι εργάζονται ταυτόχρονα για τους ίδιους θεραπευόμενους και τις οικογένειές τους με τον καταμερισμό της εργασίας ή των συνιστωσών της παρέμβασης να συντονίζεται από ένα καθορισμένο ιατρό ή κοινωνικό λειτουργό (Patel et al., 2008). Αυτά τα

μέλη της ομάδας συναντιούνται τακτικά και συμμετέχουν στην αξιολόγηση της ποιότητας, της ροής και της ποσότητας της εργασίας του καθενός (Patel et al., 2008). Στο άρθρο της σχετικά με τη διεπιστημονική αξιολόγηση των Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), η Gerdts και οι συνεργάτες της αναφέρουν ότι οι διεπιστημονικές ομάδες στη θεραπεία των ασθενών είναι δημοφιλείς τις τελευταίες μόνο δεκαετίες (Gerdts et al., 2018). Προσθέτουν, πως οι ομάδες αυτές, μπορούν να είναι αποτελεσματικές για κάθε είδους διαταραχή για την οποία θα χρειαστούν πολλές ειδικότητες προκειμένου να θέσουν έναν κοινό στόχο, αναφέροντας χαρακτηριστικά πως άτομα με διανοητικές μειονεξίες, εγκεφαλική παράλυση ή διαταραχές αυτιστικού φάσματος μπορούν να επωφεληθούν από μία ολοκληρωμένη ομάδα φροντίδας (Gerdts et al., 2018).

Οι περισσότερες ομάδες στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν επτά (7) έως δέκα (10) μέλη, γεγονός που τις καθιστά ένα πιο διαχειρίσιμο σύνολο συγκριτικά με άλλες ομάδες εργασίας. Οι ικανότητες που συμπληρωματικά θεωρούνται απαραίτητες για τα μέλη της ομάδας αυτής, είναι διαπροσωπικές, λειτουργικές, ικανότητες λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων (Patel & Pratt, 2011). Ειδικότερα, για την διάγνωση και τη θεραπεία παιδιών και εφήβων με διαταραχές αυτιστικού φάσματος συχνά εμπλέκονται πολλές διαφορετικές ειδικότητες (Lemay, 2019). Μολονότι οι παιδοψυχίατροι ως επικεφαλείς και οι ψυχολόγοι ακολούθως διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο, άλλοι επαγγελματίες υγείας από διάφορους τομείς συμβάλλουν στη διάγνωση και τη θεραπεία των ατόμων με ΔΑΦ, όπως για παράδειγμα εργοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, νοσηλευτές, γενικοί ιατροί, ειδικοί παιδαγωγοί κ.λπ. (Lemay, 2019). Μία ανάλογη πολυμορφική ομάδα με κοινό στόχο, συγκροτείται και για τη φροντίδα παιδιών κι εφήβων με κάθε είδους αναπτυξιακή διαταραχή, η σύσταση της οποίας εξαρτάται από τον τύπο των υπηρεσιών που είναι προορισμένο κάθε πλαίσιο να προσφέρει (Patel & Pratt, 2011). Στις ομάδες για παιδιά κι εφήβους με αναπτυξιακές διαταραχές νευρομυϊκής κυρίως φύσεως, προστίθενται στις παραπάνω ειδικότητες για ομάδα ΔΑΦ, οι εξής επαγγελματίες: παιδίατροι, ορθοπαιδικοί, ορθοπτικοί, οδοντίατροι, διαιτολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, φαρμακοποιοί, νευρολόγοι και ακουολόγοι (Patel & Pratt, 2011).

Η λειτουργικότητα της ομάδας μπορεί να επηρεάσει είτε θετικά είτε αρνητικά την παροχή υπηρεσιών υγείας και την ψυχοσωματική κατάσταση του κάθε μέλους ξεχωριστά (Blackmore & Persaud, 2012). Η αποτελεσματική διεπιστημονική συνεργασία προϋποθέτει μία ποικιλία ικανοτήτων και γνώσεων, συμπεριλαμβανομένων της επικοινωνίας, της κατανόησης του επαγγελματικού ρόλου του καθενός, της γνώσης των επαγγελματικών ρόλων των υπολοίπων, της ηγεσίας, της αποτελεσματικής λειτουργικότητας μέσα σε μία ομάδα και της

ικανότητας επίλυσης τυχόν διαφορών (MacDonald et al., 2010). Ένα από τα πιο γνωστά μοντέλα διεπιστημονικής προσέγγισης στον τομέα ψυχικής υγείας παιδιών κι εφήβων, είναι το μοντέλο των Family Support Specialists (FSS) το οποίο στηρίζεται στην εμπλοκή των ενήλικων μελών της οικογένειας παιδιών κι εφήβων με σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς ως υποστηρικτικά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Cavaleri et al., 2010). Η διερεύνηση των ποιοτικών παραγόντων για την λειτουργικότητα της διεπιστημονικής ομάδας σε κοινοτικές μονάδες ψυχικής υγείας παιδιών κι εφήβων, με τη χρήση μεταξύ άλλων, και του συγκεκριμένου μοντέλου απέδειξε ερευνητικά την περιορισμό των συγκρούσεων και του ανταγωνισμού, τη μεγιστοποίηση καινοτόμων και ποιοτικά αναβαθμισμένων πρακτικών διεπιστημονικής συνεργασίας και την ύπαρξη αμοιβαίου σεβασμού μεταξύ των μελών της ομάδας (ή/και του οικογενειακού μέλους) ως παράγοντες αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας (Kutash et al., 2014). Μάλιστα, άλλοι συγγραφείς τονίζουν, πως οι διεπιστημονικές ομάδες με υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας περιλαμβάνουν τόσο ιατρικό προσωπικό και επιστήμονες υγείας όσο και άλλα εξωτερικά μέλη – κλειδιά σχηματίζοντας μία ακόμη πιο διευρυμένη ομάδα (Martin-Rodriguez et al., 2005). Οι ίδιοι προσθέτουν πως αν ένα μέλος έχει τις δεξιότητες και την απαραίτητη γνώση, είναι πιθανόν να μάθει και την εξειδικευμένη γνώση ενός νέου πεδίου με την μεταβίβαση τεχνογνωσίας από τους συναδέλφους του (Martin-Rodriguez et al., 2005).

Σε αντίθετη περίπτωση, η ανεπιτυχής συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο διεπιστημονικών ομάδων εξηγείται σε μεγάλο βαθμό από την σύγχυση σχετικά με τον προσδοκώμενο ρόλο των ίδιων μέσα στην ομάδα, αλλά και τον αντίστοιχο ρόλο των συνεργατών τους (Liff, 2011). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι διαφορετικές επαγγελματικές αξίες και νοοτροπίες των μελών μιας διεπιστημονικής ομάδας, όπως είναι οι προοπτικές, οι προθέσεις και οι τρόποι κλινικής συλλογιστικής που σχετίζονται με ανεξάρτητους – ατομικούς παράγοντες μπορεί να καθιστούν δύσκολη την διεπιστημονική συνεργασία (Liff, 2011). Ειδικότερα, όταν οι θεραπευτές καθοδηγούνται από αντικρουόμενους εξωτερικούς κανονισμούς, αξίες και κουλτούρες, η αποτελεσματική συνεργασία για την εκπλήρωση των κοινών στόχων της παρέμβασης στον εκάστοτε θεραπευόμενο καθίσταται μία πρόκληση (Liff, 2011). Η ελλιπής συγκέντρωση της διεπιστημονική ομάδας στους στόχους αυτούς, μπορεί επίσης να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι συχνά δεν γίνονται ξεκάθαροι από όλα τα μέλη της (Blackmore & Persaud, 2012). Μία γενικότερη αποδυνάμωση στη λειτουργικότητα των διεπιστημονικών ομάδων είναι πιθανό να παρατηρηθεί όταν κάθε μέλος – θεραπευτής προσηλώνεται στην δική του κλινική προσέγγιση και κατά επέκταση φαίνεται να υποτιμά την

συνεισφορά των υπολοίπων μελών στη θεραπευτική διαδικασία, δημιουργώντας υποομάδες και δυσχεραίνοντας το γενικότερο κλίμα (Blackmore & Persaud, 2012).

Γενικότερα, οι δυσμενείς διαπροσωπικές σχέσεις στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας μπορούν να οδηγήσουν σε υπέρμετρη συναισθηματική φόρτιση εκ μέρους του κάθε θεραπευτή και κατ' επέκταση σε μία αρνητική εμπειρία, το burnout (Maslach et al., 2001). Κατά την εξελικτική ψυχολογία, η έλλειψη αμοιβαιότητας στις σχέσεις τόσο των θεραπευτών μεταξύ τους όσο και με τους ανωτέρους τους είναι αυτή που καθιστά εξ αρχής τις αλληλεπιδράσεις τους στρεσογόνες (Buunk & Schaufeli, 1999). Το μοντέλο, μάλιστα, της κοινωνικής ανταλλαγής ("Social Exchange Model") ερμηνεύει το φαινόμενο του burnout ως το αποτέλεσμα ανισορροπίας μεταξύ «επενδύσεων και αποδόσεων» σε διαπροσωπικό, ομαδικό και οργανωτικό επίπεδο (Schaufeli, 2006). Ως παράπλευρη επίπτωση αυτής της ανισορροπίας, θεωρείται η απόσυρση από την ομάδα που εκδηλώνεται μέσω της απομόνωσης του θεραπευτή από τα υπόλοιπα μέλη της και της έλλειψης αφοσίωσής του σε αυτή (Schaufeli, 2006).

Επειδή το burnout στον χώρο εργασίας αποτελεί ένα πολυσχιδές φαινόμενο, μία αναλυτική μελέτη της πορείας του από την εμφάνισή του μέχρι και σήμερα, θα βοηθούσε όχι μόνο στην προσπάθεια εύρεσης ενός ολοκληρωμένου ορισμού, αλλά και στην εις βάθος κατανόησή του.

III. Ιστορική Αναδρομή στην Έννοια του Εργασιακού Burnout:

Το burnout στον εργασιακό χώρο προέκυψε ως ένα σημαντικό θέμα στα τέλη της δεκαετίας του 1970 κι αποτύπωσε κάτι πολύ κρίσιμο σχετικά με την εμπειρία της εργασίας των ανθρώπων (Schaufeli et al., 2008). Τόσο παλαιότερα όσο και σήμερα, έχει αποτελέσει ένα θέμα που εξακριβώνεται από μία κοινή εμπειρία μεταξύ πολλών ανθρώπων (Schaufeli et al., 2008). Έτσι, το burnout φάνηκε από την αρχή να αναγνωρίζεται ως ένα κοινωνικό πρόβλημα τόσο από τους ερευνητές όσο κι από τους ίδιους τους επαγγελματίες (Schaufeli et al., 2008). Ο Schaufeli στο βιβλίο του με τους Maslach και Marek με τίτλο: «Το Burnout στον εργασιακό χώρο: Πρόσφατες εξελίξεις στην θεωρία και την έρευνα», αναφέρει πως η αρχική σύλληψη του burnout διαμορφώθηκε περισσότερο από πραγματιστικούς παρά από ακαδημαϊκούς προβληματισμούς (Schaufeli et al., 2018). Όπως αναφέρουν, υπήρξε αρχικά μια καινοτόμος φάση στην διαμόρφωση του θέματος κλινικών περιγραφών του burnout την οποία ακολούθησε μία δεύτερη, εμπειρική φάση συστηματικής έρευνας για την αξιολόγηση του εν λόγω φαινομένου (Maslach et al., 2001; Schaufeli et al., 2018).

A. Καινοτόμος Φάση:

Η πρώτη αναφορά στην έννοια του burnout έγινε ιστορικά στο βιβλίο της Αγγλίδας μυθιστοριογράφου Graham Green με τίτλο "A Burnt-out Case" που εκδόθηκε το 1961 (Uysal, 2019). Στο ίδιο μυθιστόρημα στο οποίο ένας πνευματικά βασανισμένος και απογοητευμένος αρχιτέκτονας παραιτείται από τη δουλειά του και αποσύρεται στην αφρικανική ζούγκλα, οι Maslach, Schaufeli και Leiter ισχυρίζονται πως εκεί το burnout περιγράφεται ως «υπέρμετρη κούραση, απώλεια του ιδεαλισμού και του μίσους απέναντι στην εργασία» (Maslach et al., 2001). Οι ίδιοι αποκαλύπτουν πως και νωρίτερα είχαν καταγραφεί αληθινά και πλασματικά φαινόμενα ανάλογου περιεχομένου, συμπεριλαμβανομένων της υπέρμετρης καταπόνησης και της απώλειας του ιδεαλισμού και του πάθους για ένα συγκεκριμένο επάγγελμα (Maslach et al., 2001).

Βιβλιογραφικά, η έννοια δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 1974 ως "Staff Burn-out" ή αλλιώς «Εξουθένωση του Προσωπικού» από τον ψυχίατρο Herbert Freudenberger σε ένα επιστημονικό άρθρο (Uysal, 2019). Σε αυτό ο Freudenberger, παρέπεμψε στο λεξικό που διευκρίνιζε το ρήμα "burn-out" ως «το να φθαρεί ή να εξουθενωθεί κανείς έχοντας υπερβολικές απαιτήσεις σε ενέργεια, δύναμη και διεξόδους» και συνέδεσε τον ορισμό με αυτό που συμβαίνει όταν ένα μέλος του προσωπικού σε ένα εναλλακτικό ίδρυμα (όπως το ονομάζει ο Freudenberger) παθαίνει burnout για οποιοδήποτε λόγο και αδυνατεί να λειτουργήσει για κάθε πρόθεση ή σκοπό (Freudenberger, 1974). Ακολούθως, ο Freudenberger (1975) δημοσίευσε το δεύτερο άρθρο του με τίτλο "The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions" υπογραμμίζοντας ότι το burn-out εκδηλώνεται με διαφορετική κάθε φορά συμπτωματολογία, οι οποία ποικίλει σε είδος και βαθμό βαρύτητας από άτομο σε άτομο (Freudenberger, 1975). Επίσης, ο Freudenberger τόνισε ότι το burnout μοιάζει με την απώλεια του χαρίσματος του «ανώτερου» που αρχίζει να αμφισβητεί τις δυνάμεις του να φροντίζει και να καθοδηγεί το προσωπικό του, «τον αφοσιωμένο και δεσμευμένο εργαζόμενο» που τείνει να αναλαμβάνει υπέρμετρο φόρτο εργασίας για εξαιρετικά μεγάλο διάστημα οδηγούμενος στην απογοήτευση, τον κυνισμό και την αναποτελεσματικότητα, «το μέλος του προσωπικού που είναι υπερβολικά δεσμευμένο» και χρησιμοποιεί την κλινική σαν υποκατάστατο της κοινωνικής του ζωής, τον «αυταρχικό» που έχει τόση ανάγκη τον έλεγχο ώστε κανένας άλλος να μην φτάνει τη δική του απόδοση και τέλος το «διαχειριστή» που ξεκινά να απομονώνει τον εαυτό του από τους γύρω του και να αισθάνεται απαραίτητος (Freudenberger, 1975). Το 1976 η Maslach, μία κοινωνική ψυχολόγος που μελετούσε τα συναισθήματα στο εργασιακό περιβάλλον, δημοσίευσε ένα

άρθρο με τίτλο “Burned-out”, το οποίο συνέβαλλε σημαντικά στην έννοια του burnout που ο Freudenberger είχε ξεκινήσει να διερευνά (Uysal, 2019). Όπως αναλύουν οι Schaufeli, Leiter και Maslach στο άρθρο τους «Burnout: 35 χρόνια έρευνας και πρακτικής» η Maslach και οι συνεργάτες της κατέληξαν στον συγκεκριμένο όρο όταν πήραν συνέντευξη από μία σειρά εργαζομένων σε δομές παροχής κοινωνικής φροντίδας στην Καλιφόρνια των Η.Π.Α (Schaufeli et al., 2008). Ως ερευνήτρια της κοινωνικής ψυχολογίας, η Maslach είχε στρέψει το ενδιαφέρον της στο πώς αυτοί οι εργαζόμενοι διαχειρίζονταν την συναισθηματική τους διέγερση χρησιμοποιώντας γνωσιακές στρατηγικές, όπως αυτή της «αποσπασμένης ανησυχίας» (Schaufeli et al., 2008). Ως αποτέλεσμα αυτών των συνεντεύξεων, έμαθε ότι συχνά αυτοί οι εργαζόμενοι ένιωθαν συναισθηματικά εξουθενωμένοι, ανέπτυσαν αρνητικές αντιλήψεις και αισθήματα για τους πελάτες ή ασθενείς τους γεγονός που υπονόμει την επαγγελματική τους ευχέρεια (Maslach, 1976, 1993). Αυτοί οι επαγγελματίες αναφέρονταν σε αυτό το σύνδρομο ως “burnout” (Schaufeli et al., 2008). Ωστόσο, μέχρι τότε, το περιεχόμενο του συγκεκριμένου όρου διέφερε ανάλογα με τον εκάστοτε συγγραφέα, διευρυμένο σε τέτοιο βαθμό ώστε να υπερκαλύπτει φαινόμενα όπως η κρίση μέσης ηλικίας, η υπεραπασχόληση ή και η υποαπασχόληση (Schaufeli et al., 2018). Οι ίδιοι καταλήγουν πως η καινοτόμος φάση στην ιστορία της έρευνας του burnout ήταν «μη εμπειρική», στηριζόμενη σε μελέτες περιπτώσεων που στερούνταν επαρκούς θεωρητικού υποβάθρου και υιοθετώντας μια περισσότερο «κλινική» προσέγγιση (Schaufeli et al., 2018).

B. Εμπειρική Φάση:

Στη δεκαετία του 1980, όπου ξενικά η λεγόμενη εμπειρική φάση του burnout, η έρευνα γύρω από το burnout έγινε πιο συστηματική, κι απέκτησε ποσοτική φύση με τη χρήση ερωτηματολογίων και τη μελέτη μεγαλύτερων πληθυσμών στη μεθοδολογία της (Maslach et al., 2001). Το πεδίο ενδιαφέροντος εστίαζε κυρίως στην αξιολόγηση του burnout και τη δημιουργία κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων (Maslach et al., 2001). Η κλίμακα που είχε τις ισχυρότερες ψυχομετρικές ιδιότητες και συνεχίζει μέχρι σήμερα να χρησιμοποιείται ευρέως από τους ερευνητές είναι η “the Maslach Burnout Inventory (MBI)” που αναπτύχθηκε από τους Maslach & Jackson το 1981 (Maslach et al., 2001). Στη δεκαετία αυτή, όπως επισημαίνουν, η ιδέα του φαινομένου άρχισε να εξαπλώνεται πέρα από τα σύνορα των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, σε χώρες όπως ο Καναδάς, η Μεγάλη Βρετανία και αργότερα και στη Βόρεια Ευρώπη (Schaufeli et al., 2018). Στην απόκτηση περισσότερων εμπειρικών δεδομένων συνέβαλαν θεωρητικές και μεθοδολογικές εξελίξεις από τον τομέα της βιομηχανικής – οργανωτικής ψυχολογίας (Maslach et al., 2001). Το burnout, θεωρούνταν

μία μορφή εργασιακού στρες που συνδέονταν με έννοιες όπως η επαγγελματική ικανοποίηση, η δέσμευση στον εκάστοτε οργανισμό και η εναλλαγή του προσωπικού στις θέσεις εργασίας (Maslach et al., 2001). Η βιομηχανική – οργανωτική προσέγγιση, συνδυαζόμενη με την ήδη υπάρχουσα έρευνα στην κλινική και κοινωνική ψυχολογία εμπλούτισε την ποικιλομορφία των προσεγγίσεων του burnout και ενδυνάμωσε την ακαδημαϊκή βάση δεδομένων μέσω της χρήσης σταθμισμένων εργαλείων και ερευνητικών μεθόδων (Maslach et al., 2001). Ο Αμερικανός ψυχολόγος C. Cherniss το 1980 πρότεινε τον εξής ορισμό του burnout: «Το burnout είναι μία διαδικασία που ξεκινά με υπέρμετρα και παρατεταμένα επίπεδα εργασιακής έντασης. Το στρες αυτό, δημιουργεί καταπόνηση στον εργαζόμενο (αισθήματα έντασης, ευερεθιστότητας και εξάντλησης). Η διαδικασία ολοκληρώνεται όταν οι εργαζόμενοι αποστασιοποιούνται ψυχολογικά από την εργασία τους, γίνονται απαθείς, κυνικοί και άκαμπτοι, στο πλαίσιο ενός μηχανισμού άμυνας απέναντι στο εργασιακό στρες» (Cherniss, 1980). Στο ίδιο μήκος κύματος, την ίδια χρονιά το burnout χαρακτηρίστηκε εναλλακτικά ως «μία συνεχώς αυξανόμενη απώλεια ιδεαλισμού, ενέργειας και αυτοσκοπού από ανθρώπους που εργάζονται στην υγεία, την κοινωνική εργασία και την εκπαίδευση σαν αποτέλεσμα των εργασιακών τους συνθηκών» (Edelwich & Brodsky, 1980). Με τη σειρά τους τότε οι Freudenberger και Richelson, περιέγραψαν το burnout ως «το να στερεύει κανείς, να εξαντλεί τα σωματικά και ψυχικά του αποθέματα και να φθείρεται καταβάλλοντας υπέρμετρη προσπάθεια να ανταποκριθεί μίας μη ρεαλιστικής προσδοκίας είτε του ίδιου είτε της κοινωνίας που τον περιβάλλει» (Freudenberger & Richelson, 1980). Οι ίδιοι κατέγραψαν, επίσης, μία ποικιλία κλινικών συμπτωμάτων του burnout, συμπεριλαμβανομένων της εξάντλησης, της αποστασιοποίησης, της ανοϊας, του κυνισμού, της ανυπομονησίας και της έντονης ευερεθιστότητας, της αίσθησης της παντοδυναμίας, της καχυποψίας για ενδεχόμενη υποτίμηση εις βάρος του εργαζόμενου με burnout, της παράνοιας, του αποπροσανατολισμού, της άρνησης των συναισθημάτων και των ψυχοσωματικών επιπλοκών (Freudenberger & Richelson, 1980). Το 1982 η Maslach όρισε το burnout ως «ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης που μπορεί να προκύψει μεταξύ ατόμων που εργάζονται για τους ανθρώπους με οποιοδήποτε τρόπο» (Maslach, 1982), ορισμός που αναφέρθηκε και στο βιβλίο των Maslach, Jackson και Leiter με τίτλο “The Burnout Inventory” το 1986 (Maslach et al., 1986). Για τους ερευνητές που χρησιμοποιούσαν το MBI, το burnout ως σύνδρομο εξ ορισμού χαρακτηρίζονταν από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικής ολοκλήρωσης (Schaufeli et al., 2018). Το 1988 ένας ακόμη ορισμός εμφανίζεται αναφερόμενος σε «μία κατάσταση σωματικής,

συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης που προκαλείται από την μακρόχρονη εμπλοκή σε ψυχικά απαιτητικές καταστάσεις» (Pines & Aronson, 1988).

Στη δεκαετία του 1990, η εμπειρική φάση συνεχίστηκε, αλλά με μερικές επιπλέον θεματικές κατευθύνσεις, περισσότερο εκλεπτυσμένα στατιστικά εργαλεία και μεθοδολογία έρευνας. Αρχικά, η έννοια του burnout επεκτάθηκε και σε επαγγέλματα πέρα από την παροχή ανθρώπινων υπηρεσιών και της εκπαίδευσης (Maslach & Schaufeli 1993; Maslach et al., 2001; Schaufeli et al., 2018). Παραδείγματος χάρη, όπως αρχικά ανέφεραν οι Maslach και Schaufeli το 1993, το burnout επεκτάθηκε και σε άλλους επαγγελματικούς και μη επαγγελματικούς τομείς, όπως είναι οι επιχειρήσεις ή ο αθλητισμός και ο εθελοντισμός ή ο πολιτικός ακτιβισμός, αντίστοιχα (Maslach & Schaufeli, 1993). Στο ίδιο άρθρο, υπογραμμίζεται πως ο παραπάνω ορισμός των Maslach και Jackson του 1986, αποτελεί τον πιο ευρέως αποδεκτό ορισμό του burnout (Maslach & Schaufeli, 1993). Το 1996 δηλώνεται για πρώτη φορά πως «το burnout σχετίζεται με κάθε επάγγελμα στο οποίο οι άνθρωποι εμπλέκονται συναισθηματικά» (Leiter & Schaufeli, 1996), ενώ αργότερα αυτή η άποψη βασίστηκε στην ιδέα ότι το burnout είναι μία κρίση ανάμεσα στο υποκείμενο και την εργασία του παρά μία κρίση στις εργασιακές σχέσεις (Manzano-García & Ayala – Calvo, 2013). Το 1997 οι Maslach και Leiter παρουσίασαν έναν ορισμό που αφορούσε στην γενικότερη φύση του burnout, λέγοντας πως «Είναι το περιεχόμενο του χάσματος μεταξύ αυτού που οι άνθρωποι είναι κι εκείνου που πρέπει να κάνουν. Αντιπροσωπεύει μία αλλοίωση στις αξίες, την αξιοπρέπεια, το πνεύμα και τη θέληση – μία αλλοίωση της ανθρώπινης ψυχής λέγοντας πως είναι ένα βάσανο που εξαπλώνεται σταδιακά και συνεχώς στο χρόνο, ωθώντας τους ανθρώπους σε ένα καθοδικό σπινάλ από το οποίο είναι δύσκολο να αναρρώσουν» (Maslach & Leiter, 1997). Επιπλέον, επέκτειναν επίσημα την έννοια του burnout καθώς και τη δυνατότητα της μέτρησής του σε όλα τα επαγγέλματα, πέρα από αυτά που σχετίζονται με ανθρώπους (Maslach & Leiter, 1997). Οι ερευνητές, τη δεκαετία αυτή, άρχισαν να μελετούν ταυτόχρονα τη συνεισφορά διαφόρων επιδράσεων στο burnout με τα συμπτώματα αυτού, ξεχωρίζοντας εκείνες που συνέβαλαν ουσιαστικά στην ανάπτυξη του burnout, όπως λόγου χάρη, την επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος στα συναισθήματα και τις σκέψεις του εργαζόμενου (Maslach et al., 2001).

Γ. Φάση του 21^{ου} αιώνα:

Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα οι Maslach, Schaufeli και Leiter όρισαν το burnout ως «ένα συνδυασμό συναισθηματικής εξουθένωσης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης που προκαλείται από χρόνιο εργασιακό στρες» (Maslach et al.,

2001). Το 2003 αναφέρθηκε ότι το burnout αφορά σε μία συναισθηματική αντίδραση, η οποία προκαλείται από παρατεταμένη έκθεση σε εργασιακό στρες, δηλαδή σε καταστάσεις που οι επαγγελματικές απαιτήσεις υπερβαίνουν τις προσαρμοστικές ικανότητες του ατόμου (Schaufeli & Buunk, 2003; Shirom, 2003b). Θεωρήθηκε πως το βασικό περιεχόμενο αυτής της συναισθηματικής αντίδρασης, είναι τα αισθήματα της συναισθηματικής εξουθένωσης, της συναισθηματικής καταπόνησης και της γνωσιακής παραίτησης που προκύπτουν από τη σταδιακή εξάντληση των εσωτερικών πηγών ενέργειας του ατόμου κατά τη διάρκεια της εργασίας του και με την πάροδο του χρόνου (Schaufeli & Buunk, 2003; Shirom, 2003b). Την επόμενη χρονιά εμφανίστηκε ένας ακόμη ορισμός του burnout, σχετικός με την παραπάνω θεώρηση, ο οποίος έκανε λόγο για μία μορφή πίεσης σχετιζόμενης με την εργασία και το αποτέλεσμα μίας σημαντικής συσσώρευσης εργασιακού στρες (Halbesleben & Buckley, 2004).

Παράλληλα, επικρατούσε μία σύγκρουση απόψεων αναφορικά με το αν το burnout αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, με ορισμένους συγγραφείς να το θεωρούν ουσιαστικά ισοδύναμο της εξουθένωσης που μπορεί να μετρηθεί γενικά ή σε συσχέτιση με συγκεκριμένους εργασιακούς τομείς (Kristensen et al., 2005). Εν αντιθέσει, το Maslach Burnout Inventory (MBI) είχε συλλάβει την έννοια του burnout ως ένα τρισδιάστατο σύνδρομο χωρίς να καθιστά σαφή το λόγο που συμπεριλαμβάνονται οι εξής τρεις συνιστώσες κι όχι κάποιες άλλες, καθώς και τον τρόπο που αυτές οι τρεις σχετίζονται μεταξύ τους (Kristensen et al., 2005). Επικουρικά, ο Taris και οι συνεργάτες του, με την βιβλιογραφική τους έρευνα, έδειξαν πως οι εξής τρεις διαστάσεις μπορούν να θεωρηθούν ως τρεις ξεχωριστές οντότητες με τη μία να επηρεάζει την εξέλιξη της άλλης με την πάροδο του χρόνου, υποστηρίζοντας ως ένα βαθμό την ιδέα ότι η εξουθένωση πυροδοτεί συμπεριφορές απόσυρσης, όπως είναι ο αυξημένος κυνισμός και η αποπροσωποποίηση (Taris et al., 2005). Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με την εννοιολογική προσέγγιση της Γενικής Έρευνας του MBI (MBI-GS), το burnout αντιμετωπιζόταν ως ένα σύνδρομο του οποίου οι συνιστώσες είναι η φυσική και συναισθηματική εξάντληση, οι κυνικές στάσεις απέναντι στην εργασία ή η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα του ατόμου που περιλάμβανε κοινωνικούς και μη κοινωνικούς τομείς της επαγγελματικής ολοκλήρωσης (Maslach et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003).

Το 2007 βιομηχανικοί και οργανωτικοί ψυχολόγοι ανέδειξαν πως δύο χαρακτηριστικοί παράγοντες που συνεισφέρουν στην εμπειρία της εργασιακής ζωής, εξηγούν την επιμονή του burnout ως εμπειρία, κοινωνικό ζήτημα και επίκεντρο επιστημονικής έρευνας (Bakker & Demerouti, 2007). Ο πρώτος παράγοντας, ήταν η συνεχής ανισορροπία μεταξύ εργασιακών

απαιτήσεων και διαθέσιμων πόρων, δηλαδή φυσικών, ψυχολογικών, κοινωνικών ή οργανωτικών τομέων της εργασίας που με τη λειτουργία τους μείωναν τις εργασιακές απαιτήσεις (Bakker & Demerouti, 2007). Ο δεύτερος παράγοντας αφορούσε περισσότερο στο κίνητρο παρά στην ενέργεια (Bakker & Demerouti, 2007).

Μέχρι και την συγκεκριμένη χρονολογία είχε αναδειχθεί η έλλειψη ενός συνεπή ορισμού του burnout (Korczak et al., 2010). Ως διάγνωση, δεν αναγνωρίζονταν ούτε στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συνοδών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) ούτε στα Διαγνωστικά Κριτήρια (DSM-IV), ενώ δεν ήταν διαθέσιμο κάποιο έγκυρο διαγνωστικό εργαλείο που να αντιστοιχεί στο burnout (Korczak et al., 2010). Ως αποτέλεσμα, φαίνεται πως η διεξαγωγή ερευνών υψηλότερης ποιότητας για μία πιο διευρυμένη κατανόηση του φαινομένου καθώς και η εύρεση ενός συστηματικού και ευρέως αποδεκτού ορισμού του που δεν θα επηρεαζόταν από τις ομοιότητες των τρεχόντων ορισμών, αποτελούσε επιτακτική ανάγκη (Korczak et al., 2010).

Με τη προϋπόθεση ότι λαμβάνεται υπόψιν η ιστορική εξέλιξη του όρου, στον ορισμό του burnout δινόταν πάντοτε έμφαση στις προσδοκίες του υποκείμενου, την έννοια της αμεροληψίας και την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων (Manzano-García & Ayala – Calvo, 2013). Συνεπώς, το burnout θα μπορούσε να εννοηθεί ως «το αποτέλεσμα των ανεκπλήρωτων προσδοκιών που αναπαράγουν την αποθάρρυνση, ωθώντας το υποκείμενο να συμπεριφέρεται σαν ρομπότ» (Manzano-García & Ayala – Calvo, 2013). Λίγα χρόνια αργότερα ο Bianchi και οι συνεργάτες του στην βιβλιογραφική τους ανασκόπηση ανέφεραν ως ορισμό του burnout εκείνο των Maslach, Schaufeli και Leiter (2001), τονίζοντας παράλληλα πως οι εκάστοτε επιστημονικές εξελίξεις έδειχναν ότι το burnout είναι περισσότερο μία μορφή κατάθλιψης παρά μία διαφοροποιημένη παθολογία (Bianchi et al., 2015). Πρότειναν, επίσης, οι πολιτικές δημόσιας υγείας για τη διαχείριση του burnout να μην περιοριστούν στις εξ' ορισμού τρεις συνιστώσες του αλλά να συμπεριλάβουν και την καταθλιπτική του διάσταση (Bianchi et al., 2015).

Η πιο πρόσφατη αναθεώρηση του ορισμού του burnout αναφέρεται στο άρθρο των Maslach και Leiter το 2016 με τίτλο “Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry” (Maslach & Leiter, 2016). Σύμφωνα με αυτό, «το burnout είναι ένα ψυχολογικό σύνδρομο που προκύπτει ως μία παρατεταμένη ανταπόκριση σε χρόνιους, διαπροσωπικούς στρεσογόνους παράγοντες (Maslach & Leiter, 2016). Οι τρεις «συνιστώσες – κλειδιά» αυτής της αντίδρασης, είναι η συντριπτική εξάντληση, αισθήματα κυνισμού και αποστασιοποίησης από την εργασία, καθώς και μία αίσθηση αναποτελεσματικότητας κι

έλλειψη ολοκλήρωσης» (Maslach & Leiter, 2016). Υπογραμμίζουν, επίσης, τη σημασία του τρισδιάστατου μοντέλου που έγκειται στο γεγονός ότι τοποθετεί ξεκάθαρα την εμπειρία στρες του ατόμου σε ένα κοινωνικό πλαίσιο και συμπεριλαμβάνει την αντίληψή του για το ίδιο και για τους άλλους (Maslach & Leiter, 2016).

Φτάνοντας στο σήμερα, μία έρευνα πάνω στη συσχέτιση των πολλαπλών ορισμών του burnout με αυτοκτονικές σκέψεις ή σκέψεις απόσυρσης ειδικευόμενων γενικών χειρουργών, απέδειξε την έλλειψη ενός κατά ομοφωνία ορισμού και εργαλείου μέτρησης του burnout τόσο στην ιατρική όσο και σε άλλες επιστήμες (Hewitt, 2020). Ωστόσο, ο τριμερής ορισμός των Maslach και Leiter με το MBI φαίνεται να αποτελούν τον πιο κοινό ορισμό και εργαλείο μέτρησης, αντίστοιχα, με την απουσία ορισμού στα «Διαγνωστικά Κριτήρια» (DSM – V) να είναι επίσης φανερή (Hewitt, 2020). Από την άλλη πλευρά, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization) ταξινομεί το burnout στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συνοδών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) Z73.0 ως «σωματική και ψυχική εξάντληση, πρόβλημα, που σχετίζεται με δυσκολία ελέγχου καταστάσεων της ζωής» υπό τον κωδικό Z73.0 (WHO, 2015). Το burnout στην πιο πρόσφατη έκδοση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συνοδών Προβλημάτων Υγείας (ICD-11) αναγνωρίζεται επίσης ως ένα πολυδιάστατο εργασιακό φαινόμενο κι όχι ως μία ιατρική συμπτωματολογία (WHO, 2018).

Σύμφωνα με την παραπάνω ταξινόμηση, θα ακολουθήσει μία ευρύτερη ανάλυση του φαινομένου του burnout, ως προς τη διαμόρφωση και καθιέρωση των συνιστωσών του έχοντας ως αφετηρία το διαγνωστικό εργαλείο Maslach Burnout Inventory (MBI), ως προς τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή του καθώς και τα συμπτώματα που αυτό μπορεί να προκαλέσει συνδυαστικά με άλλα συνοδά φαινόμενα.

IV. Ανάλυση του Burnout

A. Η διαμόρφωση των συνιστωσών του burnout σε σχέση με το MBI:

Αρκετά χρόνια πρώιμης έρευνας κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1970, παρείχαν το υπόβαθρο για την ανάπτυξη του ορισμού της έννοιας του burnout και του σταθμισμένου εργαλείου μέτρησής του (Maslach & Jackson, 1984). Οι αρχικές συνεντεύξεις για την εξαγωγή δεδομένων, απευθύνονταν σε επαγγελματίες υγείας, όπως ιατρούς και νοσηλευτές, ενώ στη συνέχεια η ιατροκεντρική προσέγγιση επεκτάθηκε και στο προσωπικό ψυχικής υγείας, όπως ψυχιάτρους, συμβούλους ασθενών στο τελευταίο στάδιο της ζωής και των οικογενειών τους

και ψυχιατρικούς νοσηλευτές (Maslach & Jackson, 1984). Το επόμενο στάδιο της προκαταρκτικής αυτή έρευνας, αποσκοπούσε στην περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης του burnout με άλλα επαγγέλματα που προϋποθέτουν την ανθρώπινη επαφή και στη διεξαγωγή μίας πιο συστηματικής έρευνας για τη σύσταση ενός σχετικού ερωτηματολογίου (Maslach & Jackson, 1984). Οι έρευνες για τη σύσταση του ερωτηματολογίου διεξήχθησαν σε δύο διαφορετικούς πληθυσμούς – στόχους: εργαζόμενους σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας και εργαζόμενους σε διαφορετικές δομές ψυχικής υγείας (Maslach & Jackson, 1984). Η συστηματική συλλογή εκατοντάδων δεδομένων από χώρους όπως είναι η υγεία, η εκπαίδευση και η κοινωνική εργασία, συνεχίστηκε για τα επόμενα χρόνια (Maslach & Jackson, 1984). Η επεξεργασία των δεδομένων αυτών οδήγησε στην εύρεση των συνιστωσών της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης αποκαλύπτοντας παράλληλα και μία τρίτη, ξεχωριστή συνιστώσα της μειωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης (Schaufeli et al., 1993). Μολονότι η τρίτη προέρχονταν καθαρά εμπειρικά, βρίσκονταν σε συνέπεια με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, ενώ ταυτόχρονα διέψευσε την υπόθεση ότι ανάλογα αισθήματα συμπεριλαμβάνονται στις άλλες δύο συνιστώσες και σχετίζονται άμεσα με αυτές (Schaufeli et al., 1993). Ωστόσο, ως ξεχωριστή διάσταση, το αίσθημα της μειωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης σχετίζεται εννοιολογικά με φαινόμενα όπως η προσωπική αναποτελεσματικότητα (Bandura, 1977, 1982) και η επίκτητη ανικανότητα (Abramson et al., 1978; Schaufeli et al., 1993). Οι παραπάνω τρεις διαστάσεις εμφανίζονται στις περισσότερες εννοιολογικές θεωρήσεις του burnout (Maslach & Jackson, 1984). Η παραγοντική ανάλυση όλων των δεδομένων οδήγησε στην εμπειρική κατασκευή της πρώτης έκδοσης του Maslach Burnout Inventory (MBI), η οποία περιλαμβάνει τρεις διαφορετικές υποκλίμακες και έχει αναπαράχθει από μία πληθώρα ανεξάρτητων ερευνητών (Maslach & Jackson, 1984).

Η πιο πρόσφατη έκδοση της Γενικής Έρευνας του MBI (MBI-General Survey), έχει τη μορφή αυτό – αξιολόγησης και αναπτύχθηκε προκειμένου να χρησιμοποιηθεί σε όλα τα επαγγέλματα πέρα από εκείνα της παροχής ανθρωπίνων υπηρεσιών και επέκτεινε τους εννοιολογικούς όρους των τριών διαστάσεων σε εξάντληση, κυνισμό και αναποτελεσματικότητα, οι οποίοι εναρμονίζονταν με τους αρχικούς με τη διαφορά ότι τα αντικείμενα του ερωτηματολογίου δεν αναφέρονται αποκλειστικά στην εργασία με ανθρώπους (Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996). Υπάρχουν είκοσι δύο (22) αντικείμενα, που είναι χωρισμένα σε τρεις (3) υποκλίμακες (Maslach & Jackson, 1997). Ο γενικός όρος «αποδέκτες» χρησιμοποιείται στα αντικείμενα που αναφέρονται σε συγκεκριμένους ανθρώπους που είναι αποδέκτες των υπηρεσιών, της φροντίδας ή και της θεραπείας των εργαζομένων που εξετάζονται (Maslach & Jackson, 1997). Τα αντικείμενα

είναι διατυπωμένα υπό τη μορφή δηλώσεων σχετικά με προσωπικά συναισθήματα ή στάσεις όπως για παράδειγμα, «Αισθάνομαι εξουθενωμένος από την εργασία μου» ή «Δεν με ενδιαφέρει το τί θα συμβεί σε κάποιους από τους αποδέκτες» (Maslach & Jackson, 1997).

Τα αντικείμενα απαντώνται ως προς τη συχνότητα με την οποία ο εκάστοτε εργαζόμενος βιώνει αυτά τα συναισθήματα, σε μία δομημένη κλίμακα επτά (7) βαθμίδων η οποία ποικίλει από το μηδέν (0) ή «ποτέ» μέχρι το έξι (6) ή αλλιώς «καθημερινά» (Maslach & Jackson, 1997). Η σαφής και προκαθορισμένη συμπερίληψη των επτά βαθμίδων συχνότητας δημιουργεί μία πιο σταθμισμένη απαντητική κλίμακα, επιτρέποντας στον ερευνητή να είναι εξαιρετικά ακριβής σχετικά με το περιεχόμενο των απαντήσεων για κάθε διαφορετική βαθμίδα (Maslach & Jackson, 1997). Στην πρωτότυπη έκδοση του MBI (Maslach & Jackson, 1981a), υπήρχε μία επιπλέον υποκλίμακα για την ένταση των συγκεκριμένων συναισθημάτων, επειδή όμως θεωρήθηκε πως με την ύπαρξη της αντίστοιχης υποκλίμακας συχνότητας πλεονάζει, αφαιρέθηκε από τις επόμενες εκδόσεις (Maslach & Jackson, 1997). Τα εννέα (9) αντικείμενα της υποκλίμακας της Συναισθηματικής Εξάντλησης εξετάζουν καταστάσεις υπέρμετρης συναισθηματικής πίεσης και εξουθένωσης από την εργασία (Maslach & Jackson, 1997). Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται και στην συναισθηματικά απαιτητική φύση του τομέα παροχής ανθρωπίνων υπηρεσιών με αντικείμενα όπως: «Η ολόημερη ενασχόληση με ανθρώπους με καταπονεί» ή «Αισθάνομαι κουρασμένη – κουρασμένος όταν σηκώνομαι το πρωί για μία ακόμη εργασιακή μέρα» (Bakker et al., 2002).

Τα πέντε (5) αντικείμενα της υποκλίμακας της Αποπροσωποποίησης μετρούν την έλλειψη συναισθηματικής εμπλοκής και την απρόσωπη στάση προς τους αποδέκτες της αντίστοιχης υπηρεσίας, φροντίδας ή θεραπείας (Maslach & Jackson, 1997). Η υποκλίμακα που διαφέρει κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από την πρώτη έκδοση του MBI είναι αυτή του κυνισμού αντί της αποπροσωποποίησης, με τη δεύτερη να αναφέρεται στην συναισθηματική απομάκρυνση από τους αποδέκτες της υπηρεσίας και στην ανάπτυξη κυνικών στάσεων απέναντι τους, ενώ τον κυνισμό να στρέφει αυτές τις αρνητικές στάσεις προς την εργασία γενικότερα παράλληλα με την εν λόγω απομάκρυνση (Bakker et al., 2002). Περικλείει αντικείμενα που εκφράζουν έλλειψη εμπλοκής στην εργασία, λόγου χάρη «Έχω γίνει περισσότερο κυνική ή κυνικός σχετικά με το κατά πόσο η εργασία μου συνεισφέρει σε κάτι» ή «Έχω γίνει λιγότερο ενθουσιώδης σχετικά με την εργασία μου» (Bakker et al., 2002). Αναφορικά με τις υποκλίμακες της Συναισθηματικής Εξάντλησης και της Αποπροσωποποίησης, υψηλότερα αρνητικά σκορ αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα burnout (Maslach & Jackson, 1997). Επειδή μερικά από τα αντικείμενα των συνιστωσών σε κάθε υποκλίμακα έχουν χαμηλή συνάφεια μεταξύ τους, παρατηρούμε μία χαλαρή συσχέτιση των δύο υποκλιμάκων, η οποία

συμφωνεί και με τις θεωρητικές προσδοκίες ότι αποτελούν ξεχωριστές αλλά συσχετιζόμενες πλευρές του burnout (Maslach & Jackson, 1997).

Τα οκτώ (8) αντικείμενα στην υποκλίμακα της Προσωπικής Ολοκλήρωσης εξετάζουν συναισθήματα επάρκειας και επιτυχούς ολοκλήρωσης στην εργασία με τους ανθρώπους (Maslach & Jackson, 1997). Σε αντίθεση με τις άλλες δύο υποκλίμακες, χαμηλότερα αρνητικά σκορ στην συγκεκριμένη υποκλίμακα αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα burnout (Maslach & Jackson, 1997). Είναι επίσης, ανεξάρτητη από τις άλλες δύο υποκλίμακες και τα αντικείμενά της δεν επιδρούν αρνητικά σε αυτές. Με άλλα λόγια, η Προσωπική Ολοκλήρωση δεν μπορεί να θεωρηθεί ως το αντίθετο της Συναισθηματικής Εξάντλησης ή της Αποπροσωποποίησης και πράγματι, οι συσχετίσεις μεταξύ τους είναι χαμηλές (Maslach & Jackson, 1997).

Ο όρος της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας θεωρείται εξαιρετικά συναφής με αυτόν της προσωπικής ολοκλήρωσης, η οποία αξιολογείται από το MBI με έξι (6) αντικείμενα, όπως «Αισθάνομαι πως συνεισφέρω αποτελεσματικά στο έργο της δομής για την οποία εργάζομαι» και «Κατά την γνώμη μου, είμαι καλή ή καλός στην εργασία μου» (Bakker et al., 2002). Ωστόσο, μία βασική διαφορά της υποκλίμακας της Επαγγελματικής Αποτελεσματικότητας που έγκειται στην συμπερίληψη κοινωνικών και μη παραγόντων στα εργασιακά επιτεύγματα είναι πως δίνει μεγαλύτερη έμφαση σε αντικείμενα που αφορούν σε προσδοκίες αποτελεσματικότητας όπως: «Στην εργασία μου, έχω την αυτοπεποίθηση πως είμαι αποτελεσματικός στην εκτέλεση των έργων μου» (Bakker et al., 2002).

Το εργαλείο Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) έχει σχεδιαστεί αποκλειστικά για επαγγελματίες των οποίων η εργασία περιλαμβάνει έντονα την ανθρώπινη επαφή και αλληλεπίδραση. Η πρόσφατη έρευνα συνεχίζει να αποδεικνύει ότι το MBI-HSS (Maslach et al., 2001) είναι το πλέον αποδεκτό εργαλείο για την εκτίμηση του burnout των επαγγελματιών υγείας που μιλούν Βρετανικά, αλλά και διάφορες άλλες γλώσσες και ειδικά των νοσηλευτών (Cimioti et al., 2012). Αποτελείται από είκοσι δύο (22) αντικείμενα σχεδιασμένα ειδικά για τον τομέα παροχής υπηρεσιών σε ανθρώπους και η χρήση του σημαίνει πως καθένα από τα αντικείμενα αποτελεί μία επιβεβαίωση των συναισθημάτων και των στάσεων των επαγγελματιών απέναντι στην ίδια τους την εργασία και τους θεραπευόμενους τους (Mutair et al., 2020). Το εργαλείο χρησιμοποιεί, επίσης, μία διαβαθμισμένη σε επτά (7) βαθμίδες κλίμακα Likert της εξής μορφής: «ποτέ» (0), «μερικές φορές την εβδομάδα» (1), «μία φορά το μήνα ή λιγότερο» (2), «μερικές φορές το μήνα» (3), «μία φορά την εβδομάδα» (4), «μερικές φορές την εβδομάδα» (5), «καθημερινά» (6) (Mutair et al., 2020). Σύμφωνα με το εγχειρίδιο, το MBI-HSS αποτελείται από τρεις (3) υποκατηγορίες,

την Συναισθηματική Εξάντληση με εννέα (9) αντικείμενα, την Αποπροσωποποίηση με πέντε (5) και τέλος την Προσωπική Ολοκλήρωση με οκτώ (8) αντικείμενα (Mutair et al., 2020).

Η χρήση του ερωτηματολογίου MBI-HSS σε έρευνες για το burnout των επαγγελματιών υγείας έχει δείξει πως υψηλότερα επίπεδα burnout σχετίζονται με υψηλότερα σκορ συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και χαμηλά σκορ προσωπικής ολοκλήρωσης (Squieres et al., 2014). Μεταξύ των σκορ των υποκλιμάκων, το σκορ της συναισθηματικής εξάντλησης θεωρείται ιδιαίτερα καθοριστικό για τον προσδιορισμό των επιπέδων του burnout (Nori et al., 2019). Σε ότι αφορά στην αξιοπιστία, η υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης φαίνεται να έχει συγκριτικά με τις άλλες δύο τα χαμηλότερα επίπεδα, θέτοντας υπό αμφισβήτηση την εσωτερική συνέπεια του MBI, τόσο στην πρωτότυπη όσο και στις μεταφρασμένες του εκδόσεις (Shaikh et al., 2019). Μολονότι οι τρεις διαστάσεις του burnout θεωρούνταν παλαιότερα ανεξάρτητες βάσει των ερμηνειών της Maslach, σύγχρονες έρευνες υποδεικνύουν μία αντίθετη άποψη με τις συνιστώσες να δείχνουν πως σχετίζονται (Shaikh et al., 2019). Ωστόσο, η προσωπική ολοκλήρωση παραμένει εκείνη η υποκλίμακα με τη λιγότερη σχετικότητα ως προς τις άλλες δύο, προκαλώντας διαφωνίες σχετικά με την επίδραση που εκείνη έχει στα επίπεδα του burnout (Galanakis et al., 2009). Υπάρχει, επίσης, μία ερευνητική τάση αποκλεισμού αντικειμένων του εργαλείου που θεωρήθηκαν προβληματικά με σκοπό τη δημιουργία νέων και βελτιωμένων εκδόσεων του (Galanakis et al., 2009). Εν τέλει όμως, τα αποτελέσματα που διεξήχθησαν από τις συγκεκριμένες προσπάθειες δεν είχαν τέτοια αποδεικτική ισχύ ώστε να δικαιολογήσουν μία εξ ολοκλήρου αναθεώρηση της δομής του αρχικού εργαλείου (Galanakis et al., 2009).

Η χορήγηση της συγκεκριμένης κλίμακας για την αξιολόγηση του burnout των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και ειδικότερα των εργοθεραπευτών, προϋποθέτει μία εμπειριστατωμένη γνώση του περιεχομένου των αντικειμένων της. Έτσι, καθίσταται αναγκαία η διερεύνηση των επιμέρους συνιστωσών του και του τρόπου με τον οποίο εκείνες έφτασαν στην σημερινή τους μορφή.

B. Ανάλυση των Διαστάσεων του burnout:

Έχει ήδη αναφερθεί πως ο πρώτος ευρέως αποδεκτός ορισμός του burnout το όριζε ως ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης που μπορεί να προκύψει μεταξύ ατόμων που εργάζονται για τους ανθρώπους, με οποιοδήποτε τρόπο (Maslach & Jackson, 1984). Η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται σε μία συναισθηματική υπερφόρτωση και στο αίσθημα του «αδειάσματος» από την επαφή

με άλλους ανθρώπους (Maslach & Jackson, 1984). Η αποπροσωποποίηση αναφέρεται στην πτωχή συναισθηματικά και σκληρή ανταπόκριση απέναντι στους ανθρώπους, οι οποίοι είναι συνήθως και αποδέκτες της υπηρεσίας ή της φροντίδας τους (Maslach & Jackson, 1984). Η μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση αναφέρεται στην εξασθένηση των αισθημάτων της αποδοτικότητας και της ευχαρίστησης μέσω της επίτευξης κατορθωμάτων εκ μέρους του ατόμου (Maslach & Jackson, 1984). Όπως προαναφέρθηκε, η αναθεώρηση του Maslach Burnout Inventory (MBI) που ακολούθησε για τη έκδοση της Γενικής Έρευνας του MBI (MBI – GS), επέκτεινε τις τρεις ορολογίες στην εξάντληση, τον κυνισμό και την αναποτελεσματικότητα, αντιστοίχως (Schaufeli et al., 1996). Η έρευνα αυτή, διευκρίνισε τις τρεις συνιστώσες, δηλαδή την εξάντληση ως ένα αίσθημα φθοράς, απώλεια ενέργειας και καταπόνησης ή εξουθένωσης (Leiter & Maslach, 2016). Τα αισθήματα κυνισμού και αποστασιοποίησης από την εργασία ορίστηκαν ως αποπροσωποποίηση, αρνητικές ή ακατάλληλες στάσεις, απόσπαση ενδιαφέροντος, ευερεθιστότητα, απώλεια ιδεαλισμού και απόσυρση και το αίσθημα της επαγγελματικής αναποτελεσματικότητας (Leiter & Maslach, 2016). Αντιστοίχως, τα αισθήματα της έλλειψης ολοκλήρωσης ως μειωμένη παραγωγικότητα ή ικανότητα, χαμηλό ηθικό και αδυναμία αντιμετώπισης προβλημάτων (Leiter & Maslach, 2016). Μολονότι ο ορισμός των τριών συνιστωσών που εφαρμόζεται στο MBI έχει λάβει σχεδόν παγκόσμια ερευνητική αποδοχή, μερικοί αποδίδουν τον όρο ως απλή εξάντληση (Schaufeli et al., 2008). Ωστόσο, η πρόσφατη έρευνα, αναδεικνύει πως ως αντιστάθμισμα του απλουστευμένου αυτού ορισμού, ο κυνισμός μπορεί να αποδειχθεί πιο σημαντική συνιστώσα του burnout σε σχέση με την εξάντληση αποδεικνύοντας παράλληλα τον τρόπο με τον οποίο η χρήση και των τριών διαστάσεων μπορεί να αποκωδικοποιήσει μία ευρεία ποικιλία δειγμάτων του burnout (Leiter & Maslach, 2016). Η προσήλωση, μάλιστα, αποκλειστικά στην εξάντληση ενδεχομένως να αγνοήσει άλλες πτυχές τις εμπειρίας του burnout, που υπερβαίνουν την χρόνια εξουθένωση (Leiter & Maslach, 2016). Οι άνθρωποι που βιώνουν το burnout δεν είναι απλά εξαντλημένοι ή υπερβολικά καταβεβλημένοι από τον φόρτο εργασίας τους (Leiter & Maslach, 2016), όπως αναδεικνύεται στη συνέχεια.

Όταν ο Greene μίλησε πρώτη για το burnout στο βιβλίο του το 1961, εισήγαγε την συναισθηματική εξάντληση ως την πρώτη συνιστώσα στη βιβλιογραφία του burnout (Uysal, 2019). Βέβαια, με τη φράση «το μίσος του καθενός απέναντι στην εργασία», προσδιορίζει επίσης και την κυνική πλευρά του ατόμου το οποίο έχει μία συνεχή δέσμευση και βιώνει το τελικό στάδιο της εξουθένωσής του (Uysal, 2019). Το έργο του Freudenberger που ακολούθησε, έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην κεντρική σημασία που έχει η εξάντληση για το burnout, περιγράφοντάς το σαν μία κατάσταση εξουθένωσης η οποία προκαλείται από τις

υπερβολικές απαιτήσεις στην ενέργεια και τα ψυχικά αποθέματα του ατόμου (Freudenberger, 1974,1975). Μέχρι και τη δεκαετία του 1990 επικρατούσε η άποψη ότι η εξάντληση είναι η πιο προφανής ένδειξη του πολύπλοκου αυτού φαινομένου, με τους ανθρώπους να αναφέρονται κυρίως στην εξάντληση όταν περιγράφουν την εμπειρία τους γύρω από το burnout (Nagar, 2012). Από την άλλη πλευρά, παρά τις ευρέως διαδεδομένες αναφορές και διεξοδικές αναλύσεις γύρω από τη συνιστώσα της εξάντλησης, υπήρχαν και αρκετές διαφωνίες σχετικά με το κατά πόσο οι άλλες δυο αποτελούσαν συνιστώσες δευτερεύουσας σημασίας (Shirom, 1989). Την ίδια εποχή, φάνηκε πως η συναισθηματική εξάντληση συσχετίζεται με ψυχολογική ή φυσιολογική καταπόνηση (Lee & Ashforth, 1990) οδηγώντας στην τελευταία δεκαετία, όπου και θεωρείται πλέον ανικανότητα ικανοποίησης όλων των απαιτήσεων συναισθηματικού, κυρίως, περιεχομένου εκ μέρους του ατόμου (Nagar, 2012). Το τελευταίο, συγκεκριμένα, αισθάνεται πως τα ψυχικά του αποθέματα εξαντλούνται και η ενέργεια του ελαττώνεται (Nagar, 2012). Το γεγονός ότι η εξάντληση αποτελεί απαραίτητο κριτήριο για το burnout δεν σημαίνει πλέον πως είναι και από μόνο του επαρκές (Maslach et al., 2001).

Ένας συναισθηματικά εξουθενωμένος εργαζόμενος φαίνεται να είναι συναισθηματικά απόμακρος από την εκάστοτε εργασία του, παρά τη φυσική του παρουσία (Uysal, 2019). Σε αυτό το στάδιο, που μπορεί να θεωρηθεί και ως το στάδιο της έναρξης, το άτομο βιώνει την εξάντληση εγγενώς και ταυτόχρονα είναι πιο δεκτικό σε οποιαδήποτε μορφή παρέμβασης για την καλύτερη προσαρμογή του (Uysal, 2019). Αποτελεί μία μορφή κούρασης ενδεικτικής της πίεσης που βιώνει το άτομο στη βάση της, η οποία προκαλεί την εκδήλωση αισθημάτων μείωσης του ενθουσιασμού τα οποία και εντείνονται αν αυτή παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα (Gorji, 2011). Οι εν λόγω εκδηλώσεις της συναισθηματικής εξάντλησης χαρακτηρίζονται τόσο σωματικής όσο και ψυχικής ή συναισθηματικής φύσεως (Gorji, 2011). Η εξάντληση, φυσικά, δεν περιορίζεται στο βίωμα της εμπειρίας, καθώς παρακινεί συμπεριφορές με τις οποίες το άτομο απομακρύνεται συναισθηματικά και πνευματικά από την εργασία, κατά πάσα πιθανότητα, στην προσπάθειά του να διαχειριστεί τον υπερβολικό της φόρτο (Maslach et al., 2001). Στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών σε ανθρώπους, οι συναισθηματικές απαιτήσεις της εργασίας εξαντλούν την ικανότητα του παρόχου να εμπλέκεται και να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις ανάγκες του αποδέκτη (Maslach et al., 2001).

Εν αντιθέσει του αρχικού ορισμού του Freudenberger, οι Maslach και Jackson πρότειναν άλλες δύο διαστάσεις του burnout, αυτές τις αποπροσωποποίησης και της μειωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης. Για την ακρίβεια, ήδη από το 1974 ο Freudenberger είχε μιλήσει

για ορισμένες ψυχοσυναισθηματικές εκδηλώσεις του burnout, συμπεριλαμβανομένου του φόβου της «εξαπάτησης» από τους συναδέλφους εκ μέρους του «θύματος – εργαζόμενου». Η παρανοειδής κατά τον ίδιο φάση μπορεί να οδηγήσει σε ένα συναίσθημα καταβολής και ανικανότητας (Freudenberger, 1974). Παρόλα ταύτα, τα συγκεκριμένα άτομα που στις μελέτες του ψυχολόγου εργάζονταν σε κλινικές, με την ψευδαίσθηση ότι έχουν βιώσει τα πάντα στον κλινικό χώρο συχνά αισθάνονταν μία υπέρμετρη αυτοπεποίθηση (Freudenberger, 1974). Ως προς τον τρόπο σκέψης τους, τα άτομα αυτά κλείνονται στον εαυτό τους, γίνονται υπέρμετρα αυστηρά, επίμονα και άκαμπτα (Freudenberger, 1974). Διακατέχονται από την πλάνη ότι μπορούν να γνωρίζουν τα πάντα καλύτερα από τον καθένα, εμποδίζοντας την αυτοβελτίωση και την επικοινωνιακή τους αλλαγή (Freudenberger, 1974).

Στην πιο πρόσφατη βιβλιογραφία, η αποπροσωποποίηση καθίσταται μία προσπάθεια δημιουργίας απόστασης μεταξύ του ίδιου του ατόμου που παρέχει μία υπηρεσία και του αποδέκτη της, αγνοώντας εκείνα τα στοιχεία που τον κάνουν τον δεύτερο μοναδικό και ενδιαφέρων (Nagar, 2012). Οι απαιτήσεις, μάλιστα, των αποδεκτών φαντάζουν πιο διαχειρίσιμες όταν αφορούν στις πιο απρόσωπες πτυχές των υπηρεσιών που παρέχουν (Nagar, 2012). Ορισμένοι συγγραφείς, έχουν συσχετίσει αυτή την κατάσταση με τον κυνισμό, ο οποίος μπορεί να αναπτυχθεί μέσω της αλληλεπίδρασης με συναδέλφους και θεραπευόμενους και να εκδηλωθεί μέσω της συναισθηματικής αποστασιοποίησης σε όλες της τις μορφές (Nagar, 2012). Το άτομο μπορεί, επίσης, να παρουσιάζει αισθήματα απώλειας της ταυτότητάς και του εσωτερικού του κινήτρου (Nagar, 2012). Η αποστασιοποίηση θεωρείται ως μία άμεση αντίδραση στην εξάντληση με αποτέλεσμα να δημιουργείται μία ισχυρή σύνδεση μεταξύ εξάντλησης και κυνισμού (αποπροσωποποίησης), η οποία είναι σταθερά εμφανής στην έρευνα του burnout για μία ποικιλία εργασιακών και οργανωτικών δομών (Maslach et al., 2001). Θεωρείται, δηλαδή, ως μία στείρα προσέγγιση του αποδέκτη της παρεχόμενης υπηρεσίας η οποία χαρακτηρίζεται από έλλειψη ευαισθησίας ή ευελιξίας και αρνητισμό (Salonva et al., 2005). Ωστόσο, σε αντίθεση με τον κυνισμό, οι άνθρωποι που είναι αποπροσωποποιημένοι δεν τρέφουν συναισθήματα θυμού απέναντι στο οργανισμό στον οποίο εργάζονται (Akbolat & Işık, 2008).

Η όλη διαδικασία της εμπειρίας της αίσθησης περιορίζεται εξ ολοκλήρου στην συμπεριφορά του ατόμου με burnout (Uysal, 2019). Σε αυτό το στάδιο το άτομο εκπληρώνει τα καθήκοντα που του αναλογούν, αλλά δεν εμπλέκεται συναισθηματικά κατά την εκπλήρωσή τους και κατ'επέκταση αποφεύγει την εξωλεκτική επικοινωνία, όπως χειρονομίες και μιμήσεις (Uysal, 2019). Σχετίζεται κατά κύριο λόγο με αρνητικές αντιδράσεις των ατόμων απέναντι σε διαφορετικές εργασιακές συνθήκες, οι οποίες δημιουργούν μία γενικότερη αρνητική

θεώρηση, ένα αίσθημα μη αποδοχής και εν τέλει ένα χάσμα μεταξύ των ατόμων και της εργασίας τους (Gorji, 2011). Η κατάσταση αυτή έχει επιπτώσεις και στο ποιόν της εργασίας του αποπροσωποποιημένου εργαζόμενου, μιας και η ποιότητα αυτής φαίνεται να μην τον απασχολεί αναζητώντας πάντοτε την πιο εύκολη λύση και διατηρώντας μόνο τη δέσμευση της φυσικής του παρουσίας στο χώρο καθ' όλο το καθορισμένο χρονικό διάστημα (Uysal, 2019).

Κατά την αποπροσωποποίηση ο εργαζόμενος εκτός από την ίδια του την εργασία, αποξενώνεται κι από τους ανθρώπους που σχετίζονται με αυτή αναπτύσσοντας μία αδιάφορη στάση απέναντι τους (Uysal, 2019). Στον κλινικό χώρο, πρόκειται για τη συμπεριφορά του εργαζόμενου –θεραπευτή ως «άψυχο αντικείμενο», χωρίς τις ανθρώπινες αντιδράσεις του απέναντι σε άλλους ανθρώπους ή συναδέλφους ή ακόμη και θεραπευόμενους εντός και εκτός του οργανισμού στον οποίο εργάζεται (Uysal, 2019). Η έλλειψη συναισθηματικής εμπλοκής εκ μέρους του αποπροσωποποιημένου θεραπευτή, τον οδηγεί σε μία απαξίωση των προσεγγίσεων των τρίτων καθιστώντας τον ουδέτερο σε όλους τους κοινωνικούς κύκλους (Uysal, 2019). Μερικοί συγγραφείς, θεωρούν πως η αποπροσωποποίηση αποτελεί την πιο προβληματική διάσταση του burnout, όταν δηλαδή ένας εργαζόμενος τρέφει αρνητικά συναισθήματα και συμπεριφέρεται διαφορετικά προς τους ανθρώπους που εξυπηρετεί ή συνεργάζεται μαζί τους (Fabio et al. 2019) και γενικότερα περιορίζει σημαντικά τη μεταξύ τους σχέση (Sürgevil, 2006). Σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, το άτομο που σημειώνει μια διαφορά ανάμεσα στην προηγούμενη και την τωρινή του στάση ή συμπεριφορά, αρχίζει να σκέφτεται πως είναι ακατάλληλο τόσο επαγγελματικά όσο και κοινωνικά (Sürgevil, 2006).

Η διάσταση της αναποτελεσματικότητας αρχικά ονομάζονταν «μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση» και περιγράφονταν ως μειωμένη παραγωγικότητα ή ικανότητα, χαμηλό ηθικό και μία αδυναμία αντιμετώπισης των προβλημάτων (Maslach, 2017). Κατά βάση, οι θεραπευτές που βιώνουν το burnout είναι υπέρμετρα επιβαρυνμένοι, αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές απαιτήσεις, έχουν χαμηλό κίνητρο και παρουσιάζουν αρνητικές στάσεις και χαμηλή απόδοση (Maslach, 2017). Και οι δύο όροι φαίνεται να αναπαριστούν την πτυχή του burnout που σχετίζεται με την αυτοαξιολόγηση του ατόμου που το βιώνει (Maslach et al., 2001) με τον πρώτο ειδικά να αναφέρεται σε «αισθήματα ανεπάρκειας ή καταβολής, μειωμένης ικανότητας για παραγωγή έργου και έλλειψης ολοκλήρωσης». Ακριβώς επειδή οι εργαζόμενοι νιώθουν αναποτελεσματικοί και ανίκανοι στον επαγγελματικό τομέα, αρχίζουν να αμφισβητούν τη συνεισφορά τους εκεί, κρίνοντας αρνητικά την απόδοσή τους και θεωρώντας πως στερούνται επιδεξιότητας. Αυτά τα

συναισθήματα, συχνά συνοδεύονται κι από μία αίσθηση χαμηλής αυτοεκτίμησης (Maslach, 1993) ή αυτοπεποίθησης, εκδηλώνοντας μία υποκειμενική αίσθηση εξασθενημένης προσωπικής ολοκλήρωσης ή επαγγελματικής αποτελεσματικότητας (Leiter et al., 2015). Στην περίπτωση που το άτομο θεωρεί πως είναι ανεπιτυχές και ακατάλληλο στην εργασία του για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα κατά το οποίο αξιολογεί την απόδοσή του, και όχι στιγμιαία, τότε πιθανότατα να βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο αυτής της διάστασης του burnout (Uysal, 2019). Συμπερασματικά, το burnout διαπλάθει μία νέα προσωπικότητα στον εργαζόμενο – θεραπευτή, γίνεται απόμακρος απέναντι στο πνεύμα της εργασίας του, αποκτά χαμηλή αυτοπεποίθηση, αποφεύγει την ανάληψη ευθυνών και προσαρμόζεται στη χαμηλή αποδοτικότητα (Uysal, 2019).

Η σχέση της αναποτελεσματικότητας (μειωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης) με τις άλλες δύο διαστάσεις του burnout είναι αρκετά περίπλοκη (Lee & Ashforth, 1996). Σε ορισμένες περιπτώσεις, μοιάζει να λειτουργεί σαν μέρος είτε της εξάντλησης είτε του κυνισμού, ενώ σε άλλες φαίνεται να αποτελεί συνδυασμό και των δύο (Lee & Ashforth, 1996). Ως προς την ρίζα των διαστάσεων αυτών, η έλλειψη αποτελεσματικότητας θεωρείται πως προκύπτει από την έλλειψη σχετικών πηγών ανατροφοδότησης, ενώ η εξάντληση και ο κυνισμός από την εργασιακή υπερφόρτωση και τις διαπροσωπικές συγκρούσεις (Maslach et al., 2001). Οι δύο τελευταίες, μάλιστα, αποτυπώνουν την δυσανασχέτηση των ανθρώπων με την εργασία τους, οι οποίοι παράλληλα βιώνουν μία κρίση στις προσδοκίες που είχαν για την επαγγελματική τους αποτελεσματικότητα (Leiter & Maslach, 2016). Τέλος, οι τρεις διαστάσεις, δεν είναι πάντοτε άρρηκτα συνδεδεμένες, που σημαίνει πως δεν λειτουργούν προκειμένου να απαρτίζουν ένα αυτοτελές και μονοδιάστατο φαινόμενο (Leiter & Maslach, 2016).

Γ. Οι παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση του burnout:

Οι παράγοντες που επιδρούν στις επιμέρους διαστάσεις του burnout και προκαλούν το φαινόμενο στο σύνολό του, ταξινομούνται σε ατομικούς και περιβαλλοντικούς (Leiter et al., 2015). Οι πιο σημαντικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες κατηγοριοποιούνται σε επαγγελματικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά που αφορούν στο είδος της απασχόλησης και οργανωτικά χαρακτηριστικά (Leiter et al., 2015).

Ας δούμε, λοιπόν, αναλυτικά τα χαρακτηριστικά των περιβαλλοντικών παραγόντων που σχετίζονται με το burnout. Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με το burnout, περιλαμβάνουν τον υπέρμετρο όγκο εργασίας, την πίεση του χρόνου, τη «σύγκρουση ρόλων» και την «αμφισημία ρόλων» (Leiter et al., 2015). Ο υπέρμετρος όγκος εργασίας αναφέρεται στην ύπαρξη υπερβολικού φόρτου και δυσανάλογης ανατροφοδότησης του εργαζομένου

(Maslach & Leiter, 2005). Σύμφωνα με τα ευρήματα ερευνών, το burnout αποτελεί μια αντίδραση στον υπέρμετρο όγκο εργασίας με την εμπειρία του υπέρμετρου φόρτου και της πίεσης του χρόνου να συνδέονται ισχυρά και σταθερά με τη διάσταση της εξάντλησης (Maslach et al., 2001). Πιο συγκεκριμένα, το εκτεταμένο και ασταθές ωράριο, οι πολυάριθμες υποχρεώσεις, οι έντονοι εργασιακοί ρυθμοί, η διαχείριση πολλών διαφορετικών ανθρώπων χωρίς εμφανή αποτελέσματα, η αντιμετώπιση συνεχών κρίσεων και η επίβλεψη υπερβολικά πολλών ανθρώπων ή η κατοχή πολύπλευρων εργασιακών ρόλων αποτελούν ενδεικτικά χαρακτηριστικά του υπέρμετρου φόρτου εργασίας (Beheshtifar & Omidvar, 2013). Τέτοιου είδους εργασιακές απαιτήσεις φαίνεται να ενεργοποιούν μια διαδικασία εξάντλησης της ενέργειας του εργαζομένου, ενώ παράλληλα την ίδια επίδραση έχουν και οι ολοένα αυξανόμενες προσπάθειες εκ μέρους του (Schaufeli & Salanova, 2014).

Η σύγκρουση ρόλων προκύπτει όταν ο εργαζόμενος πρέπει να ανταποκριθεί σε αντικρουόμενες απαιτήσεις, ενώ η αμφισημία ρόλων όταν υπάρχει έλλειψη κατάλληλων πληροφοριών σχετικά με το πώς εκπληρώνονται ικανοποιητικά τα καθήκοντα της κάθε θέσης εργασίας (Maslach et al., 2001). Τέλος, ζητήματα ελέγχου, όπως αυτά προκύπτουν σε συνθήκες μειωμένης επιρροής και ανάληψης ευθυνών χωρίς τα απαραίτητα προσόντα (Maslach & Leiter, 2005), αποτελούν επίσης ένα πολύ σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης (Leiter et al., 2015). Αντίστοιχα, άτομα με μικρή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων κι έλλειψη αυτονομίας στο εργασιακό τους περιβάλλον είναι εξίσου πιθανό να βιώσουν burnout (Leiter et al., 2015).

Τα χαρακτηριστικά που αφορούν στο είδος της απασχόλησης, περιλαμβάνουν τις συναισθηματικές απαιτήσεις της εργασίας (Maslach et al., 2001). Ιδιαίτερα τα επαγγέλματα που ασχολούνται με τον άνθρωπο κατέχουν ξεχωριστή θέση εδώ, λόγω των ιδιαίτερων συναισθηματικών τους απαιτήσεων, όπως λόγου χάρη είναι η ανάγκη για ενσυναίσθηση εκ μέρους του θεραπευτή, ο οποίος καλείται να αντιμετωπίσει τόσο τα αντικειμενικά προβλήματα του θεραπευόμενου του (π.χ. σοβαρές ασθένειες έως και θάνατο) όσο και τις προσδοκίες του ίδιου του θεραπευόμενου για τη θεραπεία του (Maslach et al., 2001). Έτσι, τα επαγγέλματα παροχής φροντίδας υγείας μαζί με τα εκπαιδευτικά επαγγέλματα, εξαιτίας των ιδιαίτερων συναισθηματικών απαιτήσεων τους αποτελούν δύο από τις πιο συνηθισμένους επαγγελματικούς κλάδους που εμφανίζουν συμπτώματα του burnout (Leiter et al., 2015). Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη σε επαγγελματίες υγείας, η συναισθηματική εργασία θεωρήθηκε εκείνη η μεταβλητή που μπορούσε να προβλέψει το burnout, η ύπαρξη του οποίου θεωρήθηκε ως αποτέλεσμα απώλειας της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από την εργασία τους (Çagliyan et al., 2013). Τα ευρήματα αυτά μπορούν να

υποστηριχθούν κι από την ερμηνεία του μοντέλου αναφερόμενου ως “the Demand Induced Strain Compensation model”, το οποίο εξηγεί το burnout ως το αποτέλεσμα μίας απλής αλληλεπίδρασης μεταξύ των γνωστικών, συναισθηματικών και φυσικών απαιτήσεων της εργασίας και των επαγγελματικών πηγών ανατροφοδότησης (De Jonge & Dormann, 2003; Chirico, 2016).

Από την άλλη πλευρά, η αφοσίωση στην εκάστοτε οργανωτική δομή λειτουργεί ως παράγοντας προστασίας από τις επιπτώσεις του burnout, μειώνοντας τις επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων (Knežević et al., 2011). Ωστόσο, όσο οι οργανωτικές δομές γίνονται ολοένα και πιο περίπλοκες, καθίσταται γόνιμη η μελέτη της επιρροής των ιεραρχιών, των κανόνων λειτουργίας, των πηγών ανατροφοδότησης ή και της διανομής των ρόλων (Leiter et al., 2015). Η πηγή ανατροφοδότησης που έχει μελετηθεί εκτενέστερα είναι αυτής της κοινωνικής υποστήριξης, με μεγάλο δείγμα ισχυρών και σταθερών βιβλιογραφικών δεδομένων να αποδεικνύει πως η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται με το burnout (Maslach et al., 2001). Η έλλειψη, συγκεκριμένα, της υποστήριξης των ανωτέρων είναι ιδιαίτερα σημαντική, η ύπαρξη, ωστόσο, της στήριξης των συναδέλφων καθίσταται ακόμη πιο καίριας σημασίας (Maslach et al., 2001). Η έλλειψη των εν λόγω διαπροσωπικών πηγών ανατροφοδότησης σε συνδυασμό με την έλλειψη σε άλλες επικουρικές πηγές, όπως είναι η εποικοδομητική κριτική και η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων ή η αίσθηση ελέγχου επάνω στην εργασία, είναι πολύ πιθανό να οδηγήσουν στο burnout (Schaufeli & Salanova, 2014). Η ελλειμματική υποστήριξη των ανωτέρων έχει συσχετιστεί με τη διάσταση της εξάντλησης, αντικατοπτρίζοντας την επίδραση του ανωτέρου – επιβλέποντα στην εργασιακή υπερφόρτιση του προσωπικού του, ενώ αυτή των συναδέλφων με την προσωπική ολοκλήρωση ή την αποτελεσματικότητα, αντικατοπτρίζοντας την αξία που δίνουν οι εργαζόμενοι – ειδικοί στην αξιολόγηση από τους επίσης ειδικούς – συναδέλφους τους (Maslach & Leiter, 2017).

Γενικότερα, όπως θα αναλυθεί και στη συνέχεια, η κοινωνική υποστήριξη σε οποιαδήποτε μορφή της έχει αποδειχθεί πως συνδέεται με την ενεργότερη εμπλοκή στην εργασία (Leiter & Maslach, 1988; Schnorpfel et al., 2002; Maslach & Leiter, 2017) και ειδικότερα ο βαθμός επιρροής των κοινωνικών συναθροίσεων (π.χ. υπό τη μορφή ακόμη και πολύ ήπιων προσβολών) με την υπονόμηση της ευημερίας του εργαζόμενου (Leiter, Peck & Gumuchian, 2015). Κατ' επέκταση, το είδος της κοινωνικής υποστήριξης επιδρά στη διαμόρφωση της ταυτότητας και της αυτο-εικόνας του εργαζόμενου (Leiter, Peck & Gumuchian, 2015). Σε ό,τι αφορά στην έλλειψη εποικοδομητικής κριτικής, παρατηρείται μια σταθερή σύνδεση με όλες τις διαστάσεις του burnout (Leiter et al., 2015). Το ίδιο ισχύει και για την επιβράβευση, καθώς

η συνηθέστερη συνθήκη βρίσκει τους εργαζόμενους να καλούνται να προσφέρουν περισσότερα από άποψη χρόνου, προσπάθειας, δεξιοτήτων και ευελιξίας και να εισπράττουν λιγότερα σε ό,τι αφορά σε εργασιακές ευκαιρίες, απολαβές και ασφάλεια (Leiter et al., 2015). Η παραβίαση τόσο των τυπικών όσο και των άτυπων κανόνων των συμβολαίων εγκυμονεί τον κίνδυνο του burnout, αφού η αίσθηση της αμοιβαιότητας αποτελεί ζωτικής σημασίας για την ευημερία των εργαζομένων (Leiter et al., 2015).

Ένα επιπλέον ζήτημα που προκύπτει από την οργανωτική οπτική είναι αυτό της ηθικής σύγκρουσης μεταξύ των εργαζομένων και ιδιαίτερα μεταξύ των κλινικών (Leiter et al., 2015). Πιθανές μορφές αυτή της σύγκρουσης θα μπορούσαν να αποτελέσουν περιπτώσεις που ο ιδιοκτήτης της κλινικής προτρέπει έναν διστακτικό θεραπευτή να μην συμπεριφέρεται με απόλυτη ειλικρίνεια απέναντι σε ένα θεραπευόμενο ή να εξαντλεί τα ανώτερα περιθώρια της οικονομικής του επιβάρυνσης (Kammeyer-Mueller et al., 2012). Στο γενικότερο πλαίσιο ενός οργανισμού, η ηθική σύγκρουση προκύπτει όταν ένας οργανισμός αναμένει λιγότερη προσήλωση εκ μέρους του εργαζομένου στα συμβατικά πρότυπα δεοντολογίας απ' ότι αναμένει ο ίδιος ο εργαζόμενος από τον εαυτό του (Kammeyer-Mueller et al., 2012). Μία προσεκτική ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας έδειξε πως η σύγκρουση μεταξύ των προσωπικών αξιών και των αξιών των οργανωτικών δομών συνδέεται εννοιολογικά, σχηματίζοντας ισχυρούς δεσμούς με την εμπειρία του burnout και ιδιαίτερα με τη συνιστώσα της συναισθηματικής εξάντλησης (Maslach et al., 2001; Kammeyer-Mueller et al., 2012).

Εντούτοις, ένας οργανωτικός παράγοντας μπορεί να οδηγήσει σε διάφορα επίπεδα burnout, τα οποία εξαρτώνται κι από προσωπικούς παράγοντες του κάθε εργαζόμενου (Shimizutani et al., 2008; Guillermo et al., 2013). Μπορεί μάλιστα οι προσωπικοί αυτοί παράγοντες να έχουν έναν δευτερεύοντα ρόλο στην ερμηνεία της ανάπτυξης του burnout συγκριτικά με άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως είναι για παράδειγμα ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, καθίστανται δε εκείνοι που κάνουν ορισμένους ανθρώπους πιο επιρρεπείς στο burnout σε σχέση με άλλους (Blache et al., 2011). Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται δημογραφικές μεταβλητές, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και συμπεριφορές που αφορούν στην εργασία (Maslach et al., 2001).

Έχουν μελετηθεί διάφορες δημογραφικές μεταβλητές σε συνάρτηση με το burnout, αλλά οι μελέτες είναι σχετικά λίγες και τα ευρήματα όχι τόσο σταθερά και συνεπή (Schaufeli & Enzmann, 1998; Maslach & Leiter, 2017). Ισχυρά δεδομένα για τη συσχέτιση με το burnout υπάρχουν για την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση και το είδος της εργασίας (Chirico, 2016). Από όλες τις δημογραφικές μεταβλητές που έχουν μελετηθεί, η

ηλικία είναι εκείνη που συνδέεται πιο σταθερά με την εμφάνιση του burnout (Maslach et al., 2001). Το burnout στο χώρο της εργασίας είναι περισσότερο πιθανό να συμβεί στις νεότερες ηλικιακές ομάδες κι επειδή πολλές φορές η ηλικία συγχέεται με την εργασιακή εμπειρία, τότε εμφανίζεται πιο συχνά στο ξεκίνημα της επαγγελματικής σταδιοδρομίας κάποιου (Maslach et al., 2001; Leiter et al., 2015). Η έλλειψη εμπειρίας, μάλιστα, δεν υποστηρίζει τους νέους εργαζόμενους που δεν έχουν μπορέσει ακόμα να βρουν να εφαρμόσουν στρατηγικές διαχείρισης του επαγγελματικού στρες (Bilge, 2006; Guillermo et al., 2013). Επιπρόσθετα, μολονότι οι νεότεροι επαγγελματίες χαρακτηρίζονται από μία εύπλαστη νοητική λειτουργία, η οποία απαιτείται κατά την ολοκλήρωση καινοτόμων δράσεων, οι πρεσβύτεροι διαπρέπουν χάρη στην αποκρυσταλλωμένη γνώση που τους προσφέρει η εξειδίκευσή τους (Zaniboni et al., 2013).

Λιγότερο ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης του burnout είναι το φύλο, με την επικράτηση της τάσης ότι οι άνδρες σημειώνουν υψηλότερα σκορ στον κυνισμό ενώ οι γυναίκες στην εξάντληση, αποτελέσματα που ενδέχεται να επηρεάζονται από στερεότυπα σχετικά με το φύλο ή/και το επάγγελμα (Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2017). Η μεγαλύτερη επίδραση της εξάντλησης στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες έχει ερμηνευθεί, επίσης, κι από τη συνδυαστική επίπτωση των οικιακών απαιτήσεων και της εργασίας (Adekola, 2010). Άλλες μελέτες υποστηρίζουν πως στα άτομα με υψηλότερη ακαδημαϊκή κατάρτιση σημειώνονται υψηλότερα επίπεδα burnout, καθώς είναι πιθανό να άτομα αυτά να αναλαμβάνουν θέσεις με περισσότερες υποχρεώσεις και αυξημένα επίπεδα στρες (Maslach et al., 2001). Από την άλλη πλευρά, οι πιο μορφωμένοι άνθρωποι μπορεί συχνά να έχουν υψηλότερες προσδοκίες από την εργασιακή τους απόδοση, με αποτέλεσμα να πιέζονται περισσότερο για την πραγματοποίησή τους (Maslach et al., 2001; Leiter et al., 2015; Maslach & Leiter, 2017). Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι μη παντρεμένοι εργαζόμενοι φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς στο burnout σε σχέση τόσο με τους παντρεμένους (Schaufeli & Enzmann, 1998; Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2017) όσο και με τους διαζευγμένους (Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2017).

Μεγάλο δείγμα της βιβλιογραφίας γύρω από τη σύνδεση μεταξύ της προσωπικότητας του εργαζόμενου και του burnout ερμηνεύει τα δεδομένα βάση του Κανόνα των Πέντε Παραγόντων (Five Factor Theory) ή των λεγόμενων «μεγάλων – πέντε» (“big five”) (Guillermo et al., 2013). Αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως διαδεδομένα μοντέλα μέτρησης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, την οποία και περιγράφει με τους όρους των πέντε παραγόντων, δηλαδή το νευρωτισμό, την ευχαρίστηση, την συνείδηση – επίγνωση, την εξωστρέφεια και τη δεκτικότητα απέναντι στην εμπειρία (Costa & McCrae, 1992; McCrae &

Costa, 1999; Guillermo et al., 2013). Ο νευρωτισμός που περιλαμβάνει χαρακτηριστικά άγχους, εχθρικότητας, κατάθλιψη, προσωπικής ανασφάλειας και ευαλωτότητας, συνδέεται με το burnout μιας και τα νευρωτικά άτομα είναι συναισθηματικά ασταθή και επιρρεπή στην ψυχολογική δυσφορία (Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2017). Σε μία μελέτη σχετικά με τους προγνωστικούς παράγοντες του burnout των θεραπειών σε ένα κέντρο για παιδιά και εφήβους, ο νευρωτισμός και η εξωστρέφεια, η οποία μετρούνταν από τα επίπεδα ενέργειας και κοινωνικότητας των θεραπειών (Costa & McCrae, 1992; McCrae & Costa, 1999; Guillermo et al., 2013), βρέθηκαν ως οι δύο πιο ισχυροί παράγοντες επίδρασης και για τις τρεις συνιστώσες του burnout (Lakin et al., 2008). Συγκεκριμένα η εξωστρέφεια προέβλεπε περισσότερο την προσωπική ολοκλήρωση και την συναισθηματική εξάντληση των θεραπειών του κέντρου (Lakin et al., 2008).

Αν λάβουμε υπόψη τη συναισθηματική νοημοσύνη των εργαζομένων, τα άτομα που έχουν ανεπτυγμένο τον παράγοντα συναισθηματικής νοημοσύνης «χρήση του συναισθήματος», που διαθέτουν δηλαδή την ικανότητα να ενσωματώνουν το συναίσθημα στη σκέψη τους, να κατανοούν τα συναισθήματα και να επιστρατεύουν τη συναισθηματική τους νοημοσύνη, είναι πιο πιθανό να βιώσουν τη συναισθηματική εξάντληση του burnout (Moon & Hur, 2011). Κι αυτό γιατί η μεγαλύτερη προσπάθεια εκ μέρους τους για τη συναισθηματική επιφόρτιση της σκέψης και την ανάλυση των συναισθημάτων των ίδιων και των γύρω τους μπορεί να αναπαράγει συναισθήματα στρες και απογοήτευσης (Moon & Hur, 2011). Τέλος, το burnout τείνει να βρίσκεται σε υψηλότερα επίπεδα μεταξύ ατόμων με χαμηλή αυτό – εκτίμηση, εξωτερικό κέντρο ελέγχου, χαμηλά επίπεδα ανθεκτικότητας και προσωπικότητα τύπου A (Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2017). Ειδικότερα, ο τύπος A περιλαμβάνει προσωπικότητες με ανταγωνιστικότητα, γρήγορους ρυθμούς ζωής, εχθρικότητα και μία υπέρμετρη ανάγκη για έλεγχο, ενώ συνδέεται με τη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης (Maslach et al., 2001).

Οι στάσεις απέναντι στην εργασία επηρεάζουν, επίσης, το τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τις απαιτήσεις στον χώρο εργασίας τους, με εκείνους που έχουν υψηλές ή μη ρεαλιστικές απαιτήσεις από την εργασία τους να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσουν burnout (Maslach et al., 2001; Leiter et al., 2015). Μία πιθανή εξήγηση έγκειται στο γεγονός πως οι υψηλές προσδοκίες, ωθούν τους ανθρώπους να εργάζονται υπέρμετρα και για μεγάλο χρονικό διάστημα, οδηγώντας στην εξάντλησή τους και σταδιακά στην ανάπτυξη του κυνισμού όταν η υπέρμετρη προσπάθεια δεν επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Maslach et al., 2001). Η λεγόμενη, «στρατηγική αντιμετώπισης», θεωρείται από τους ερευνητές πως διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόβλεψη των επιπέδων του burnout

ενός ατόμου (González-Morales et al., 2010). Η στρατηγική αντιμετώπισης επικεντρωμένη στο συναίσθημα, περιλαμβάνει την χρήση μίας ποικιλίας συναισθημάτων, μεθόδων κατανόησης και έκφρασης, οι οποίες έχουν αποδειχθεί παράγοντες ενίσχυσης του burnout (Shin et al., 2014). Περιλαμβάνει τεχνικές όπως είναι, η ιδεαλιστική σκέψη, η αποστασιοποίηση, η αυτομομφή, η μείωση της έντασης, η απομόνωση του εαυτού, η αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, η αποδοχή καθώς και η άρνηση (Shin et al., 2014). Πιο συγκεκριμένα, μία έρευνα απευθυνόμενη σε ψυχολόγους σχετικά με την συναισθηματική πλευρά της επαγγελματικής τους ρουτίνας, έδειξε πως όσο αυξάνεται η προσπάθεια ελέγχου του συναισθήματος στην εργασία τόσο μειώνεται ο ενθουσιασμός του ατόμου απέναντι σε αυτή (Rodriguez & Carlotto, 2017).

Δ. Οι επιπτώσεις του burnout:

Ύστερα από την παραπάνω ανάλυση των πιθανών παραγόντων πρόκλησης του burnout, καθίσταται εύλογη η αναφορά στην κοινώς αποδεκτή υπόθεση ότι το burnout έχει διαμεσολαβητικό ρόλο στην διαμόρφωση άλλων σημαντικών συνθηκών, οι οποίες έχουν υψηλό κόστος τόσο για την προσωπική ζωή του ατόμου που εργάζεται όσο και για τον εργασιακό του φορέα (Maslach & Leiter, 2017). Οι ατομικές συνέπειες άπτονται σημαντικά της σωματικής υγείας του ατόμου, με χαρακτηριστικές μεταξύ άλλων καρδιαγγειακές και μυοσκελετικές παθήσεις ή κοινές μολύνσεις, όπως η γρίπη και η γαστρεντερίτιδα, αλλά και της ψυχικής υγείας, με άγχος, συμπτώματα κατάθλιψης, διαταραχών ύπνου και ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλο, ναυτία και υπέρταση (Schaufeli & Salanova, 2014).

Εξαιτίας του συναισθηματικού τραύματος που συνεπάγεται του burnout, έχει αυξηθεί ο αριθμός των νοσηλευόμενων που αντιμετωπίζουν καρδιακές παθήσεις (Michielsen, et al., 2007). Το burnout και η αϋπνία αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για την διατήρηση και την εντατικοποίηση με την πάροδο του χρόνου και των δύο φαινομένων, επιδρώντας δυσμενώς ο ένας στον άλλο ακόμα και σε περιπτώσεις ατόμων με χαμηλή εργασιακή καταπόνηση (Armon et al., 2008, 2009). Σε μία μελέτη Ελλήνων νοσηλευτών, ο μεγάλος αριθμός βραδινών βαρδιών και η απασχόληση στο χειρουργικό τομέα τους καθιστά περισσότερο ευάλωτους σε διαταραχές του ύπνου (Kousloglou et al., 2014). Η αϋπνία συσχετίστηκε με τις συνιστώσες του burnout, θετικά με την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση και αρνητικά με την υποκλίμακα της προσωπικής ολοκλήρωσης (Kousloglou et al., 2014). Εν συνεχεία, ο μυοσκελετικός πόνος μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα συμπεριλαμβανομένων της πρόωρης συνταξιοδότησης, της συνεχούς απουσίας

από την εργασία και πολλών άλλων κρίσιμων αναπηριών που περιορίζουν την ικανότητα του ατόμου να εργάζεται αποτελεσματικά (Abidi et al., 2014). Η σχέση μεταξύ του μυοσκελετικού πόνου και του burnout ως ψυχοκοινωνικού παράγοντα επικινδυνότητας, έχει μελετηθεί εκτενώς, με τα ευρήματα να δείχνουν τη στατιστική συσχέτιση και των τριών συνιστωσών και της βαρύτητας των μυοσκελετικών διαταραχών (Gholami et al., 2016). Σε ότι αφορά στη σχέση του burnout με τη σωματική κόπωση και τα δύο φαινόμενα θεωρούνται ως συνεχείς διαδικασίες ελάττωσης της ενέργειας (Leone et al., 2008), επειδή και τα δύο προκαλούνται από κοινούς ψυχολογικούς παράγοντες κι έχουν κοινά ψυχικά συμπτώματα (Melamed et al., 2006). Μάλιστα, υπό το πρίσμα των παρατηρούμενων ψυχολογικών μοτίβων του burnout και της σωματικής κόπωσης – fatigue – καθιστούν τα δύο φαινόμενα σχεδόν ταυτόσημα (Abidi et al., 2014). Γενικότερα, θεωρείται πως το ένα αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα του άλλου, ενώ σε εγγενείς περιπτώσεις παρατεταμένης κόπωσης ή burnout αντίστοιχα, δεν φαίνεται το ένα να αντικαθιστά το άλλο με την πάροδο του χρόνου, αλλά παραμένουν ανεξάρτητα ή προκύπτουν ταυτόχρονα (Leone et al., 2009).

Το burnout, επίσης, θεωρείται ως επίπτωση του στρες που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί (Bianchi et al., 2015a). Μολονότι το burnout και η κόπωση που προκαλείται από στρες αποτελούν και τα δύο δυσμενείς αντιδράσεις σε εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες, φαίνεται να έχουν διαφορετική προέλευση, συσχετισμούς και συνέπειες (Chirico, 2013). Την τελευταία δεκαετία το burnout θεωρείται ως προϊόν χρόνιου στρες (Bianchi et al., 2015a). Τα συστήματα που θεωρούνται πως επιβαρύνονται περισσότερο, συμπεριλαμβανομένων του καρδιαγγειακού, του ανοσοποιητικού και του ενδοκρινικού να έχουν αποτελέσει αντικείμενα ερευνητικής αναζήτησης (Bianchi et al., 2015a). Από τις τρεις διαστάσεις του burnout, η εξάντληση καθίσταται η πιο παρεμφερής με τις κλασσικές μεταβλητές που επηρεάζουν το στρες, με αποτέλεσμα να μπορεί να προβλέπει καλύτερα επιπτώσεις του στρες στην υγεία συγκριτικά με τις άλλες δύο (Maslach & Leiter, 2016). Η εξάντληση, δηλαδή, συσχετίζεται με συμπτώματα του στρες όπως είναι ο πονοκέφαλος, η χρόνια κόπωση, διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος, μυϊκή υπέρταση, υπέρταση, επεισόδια γρίπης και διαταραχές του ύπνου (Maslach & Leiter, 2016). Όσο αφορά στο στρες, η πρωταρχική βλάβη είναι σωματική φύσεως, ενώ στο burnout συναισθηματικής (Abidi et al., 2014). Επιπλέον, το στρες συνδέεται με την υπέρμετρη εμπλοκή στην εργασία, υπέρμετρες συναισθηματικές αντιδράσεις, μία αίσθηση επείγουσας ανάγκης και υπέρμετρη δημιουργικότητα, ενώ ταυτόχρονα με απώλεια ενέργειας οδηγώντας σε άγχος και θνησιμότητα (Abidi et al., 2014). Από την άλλη πλευρά, το burnout συνδέεται με την μη εμπλοκή στην εργασία, την αμβλεία συναισθηματική έκφραση, ένα αίσθημα αβοήθητου κι

ανέλπιστου, την απώλεια του ηθικού κινήτρου και μία αίσθηση ανικανότητας με πιθανές επιπτώσεις την αποστασιοποίηση και την κατάθλιψη (Abidi et al., 2014).

Επιστημονικά δεδομένα από έρευνες στην ψυχιατρική, την συμπεριφοριστική ψυχολογία και τη νευροβιολογία, δείχνουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα αποτελούν, επίσης, κύριες αντιδράσεις σε στρες που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί ή δεν έχει αντιμετωπιστεί ακόμα (Bianchi et al., 2015a). Κι εδώ η συναισθηματική εξάντληση, εμφανίζει τον πιο ισχυρό δεσμό με την κατάθλιψη συγκριτικά με τις άλλες δύο διαστάσεις του burnout, εμφανίζοντας από μέτρια έως και υψηλή συσχέτιση (Bianchi et al., 2015a). Η σύνδεση της κατάθλιψης με την αποπροσωποποίηση και την μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση τείνει να είναι πιο αδύναμος, εμφανίζοντας από χαμηλή έως και μέτρια συσχέτιση (Bianchi et al., 2015a). Εξαιτίας της μεγάλης εννοιολογικής σύγχυσης των δύο εννοιών, η διαφοροποίηση του burnout από την κατάθλιψη τεκμηριώνεται μερικώς από εμπειρικά ερευνητικά δεδομένα (Bianchi et al., 2015b). Μάλιστα, έχει αποδειχθεί πως τα άτομα που βιώνουν burnout εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα αντίστοιχα με αυτά των κλινικά καταθλιπτικών ασθενών, γεγονός που υπογραμμίζει την ποιοτική και ποσοτική τους αλληλοεπικάλυψη (Bianchi et al., 2015b). Το burnout αναμένεται να εμφανίζει αλληλοεπικάλυψη με παροδική καταθλιπτική συμπτωματολογία ή υποκλινικές καταθλιπτικές μορφές, όταν βρίσκεται σε χαμηλά ή μέτρια επίπεδα, αλλά και με κλινικές καταθλιπτικές μορφές όταν βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα (Bianchi et al., 2017). Μία έρευνα σε Φιλανδούς οδοντίατρους, ωστόσο, έδειξε πως τα συμπτώματα του burnout και της κατάθλιψης εμφανίζονταν παράλληλα σε χαμηλή, μέτρια ή και υψηλή βαρύτητα (Ahola et al., 2014).

Μία ξεχωριστή εννοιολογική σύνδεση που παρατηρείται βιβλιογραφικά είναι αυτή μεταξύ του burnout και της εμπλοκής στην εργασία, με τους ερευνητές να αναζητούν το περιεχόμενο της σχέσης αυτής και να διερευνούν το βαθμό στον οποίο αυτή αποτελεί σχέση αιτίας – αποτελέσματος (Maslach et al., 2001). Η εμπλοκή ή η ενεργός συμμετοχή στην εργασία, χαρακτηρίζεται από ενέργεια, εμπλοκή και αποτελεσματικότητα, ακριβώς δηλαδή αντίθετα των τριών διαστάσεων του burnout (Maslach et al., 2001). Κατά συνέπεια, η εμπλοκή αξιολογείται από το αντίθετο μοτίβο σκορ σε σχέση με αυτό των τριών διαστάσεων του burnout στο MBI, χαμηλά δηλαδή σκορ στην εξάντληση και τον κυνισμό κι υψηλά στην επαγγελματική αποτελεσματικότητα (Schaufeli & Salanova, 2014). Ωστόσο, θεωρείται πως η «σκοτεινή» πλευρά της εμπλοκής έγκειται στο γεγονός ότι η υπέρμετρη εμπλοκή μπορεί να οδηγήσει σε μία χειρότερη εργασιακή απόδοση και στην παραμέληση της προσωπικής ζωής (οικογένεια, φίλοι, ευεξία κ.λπ.) εξαιτίας της εργασίας (Maslach, 2011a). Μεταφερόμενοι στο εργασιακό πλαίσιο, το burnout θεωρήθηκε ως η «αλλοίωση της εμπλοκής στην εργασία»,

καθώς ό,τι ξεκίνησε ως επαγγελματικά σημαντικό και προκλητικό μετατρέπεται εξαιτίας του burnout σε κάτι δυσάρεστο που δεν ικανοποιεί το άτομο και στερείται νοήματος (Bakker et al., 2014). Με αυτό τον τρόπο, η ενέργεια μετατρέπεται σε εξάντληση, η εμπλοκή σε κυνισμό και η αποτελεσματικότητα σε αναποτελεσματικότητα (Bakker et al., 2014). Μία διαφορετική ανεξάρτητη προσέγγιση της εμπλοκής στην εργασία είναι αυτή η οποία την απομονώνει από το burnout (Demerouti et al, 2010), την διευκρινίζει ως μία επίμονη κατάσταση ικανοποίησης που επιδρά θετικά στην κινητοποίηση του ατόμου και χαρακτηρίζεται από τις τρεις συνιστώσες τις ενέργειας – διάθεσης, της αφοσίωσης και της απορρόφησης (Maslach & Leiter, 2016). Παρόλο που δεν αποτελεί αντίθετο του burnout, συνδέεται, ωστόσο, αρνητικά με αυτό (Maslach & Leiter, 2016). Η ενέργεια – διάθεση χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα ενεργητικότητας και ψυχικής ανθεκτικότητας κατά τη διάρκεια της εργασίας, η αφοσίωση από μία αίσθηση σημαντικότητας, ενθουσιασμού και υπερηφάνειας, ενώ η απορρόφηση από εστιασμένη προσοχή, υψηλή συγκέντρωση και έντονη επιθυμία για συμμετοχή τόσο ώστε το άτομο να χάνει την αίσθηση του χρόνου και μην επιθυμεί να αποχωριστεί την εργασία του (Schaufeli & Salanova, 2014).

Μία από τις προκλήσεις που συναντώνται στην εξερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των διαστάσεων του burnout και την εμπλοκής στην εργασία άπτεται της εννοιολογικής αντίθεσης μεταξύ της ανεξάρτητης θεώρησης και της θεώρησης της αντιθετικής σχέσης (Leiter & Maslach, 2017). Μολονότι η ανάλυση των επιστημονικών τεκμηρίων δεν αποδεικνύει την σχέση αντίθεσης, οι υψηλοί συσχετισμοί των υποκλιμάκων τους παρέχουν σαφή στοιχεία πως τα δύο αυτά φαινόμενα δεν είναι ανεξάρτητα, αλλά αλληλεξαρτώνται μέσω των μεταβλητών που τα επηρεάζουν (Leiter & Maslach, 2017). Οι εργασιακές πηγές ανατροφοδότησης δείχνουν να είναι οι πιο σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της εμπλοκής στην εργασία, ακολουθούμενοι από την ποικιλία και την σαφήνεια των καθηκόντων, την αυτονομία, την εποικοδομητική κριτική, την υποστήριξη των συναδέλφων, την ποιοτική σχέση με τους επιβλέποντες (Bakker et al., 2014), όπως αναφέρεται παραπάνω και για το burnout.

Η παραπάνω σύνδεση μας οδηγεί στις επιπτώσεις που μπορεί να έχει το burnout στην εργασία. Το burnout συνδέεται συχνά με διάφορες μορφές αρνητικών αντιδράσεων στην εργασία, συμπεριλαμβανομένων της μη ικανοποίησης από αυτή, της χαμηλής δέσμευσης στην εκάστοτε εργασιακή δομή, της απουσίας από την εργασία, της τάσης για αποχώρηση από αυτή και την εναλλαγή των θέσεων εργασίας (Maslach & Leiter, 2017). Οι επιπτώσεις του burnout για την εργασιακή δομή, συνήθως αντικατοπτρίζουν την απόσυρση του εργαζόμενου, τη χαμηλή του δέσμευση τόσο ψυχικά όσο και με τη φυσική του παρουσία, την

συνεχή αλλαγή θέσεων και την απουσία εξαιτίας ασθένειας εκ μέρους του (Schaufeli & Salanova, 2014). Μία έρευνα σε νοσηλευτές, έδειξε πως ήταν μερικώς μη ικανοποιημένοι από την εργασία τους με αυτή τη μη ικανοποίηση να συνδέεται σημαντικά με όλες τις διαστάσεις του burnout. Επιπλέον, απέδειξε πως τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία ελαττώνουν τα επίπεδα burnout των νοσηλευτών (Rosales et al., 2013). Ανάλογα αποτελέσματα για τη σχέση του burnout και της ικανοποίησης από την εργασία βρέθηκαν και σε μία έρευνα που έγινε σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μονάδας εντατικής φροντίδας, με τους ιατρούς να παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης από τους νοσηλευτές (Moghren et al., 2013). Σε άλλη έρευνα, από τους πιο σημαντικούς παράγοντες επίδρασης στην ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών θεωρήθηκε η ματαίωση μέσα από την εργασία σε μονάδες εντατικής φροντίδας (Ozden et al., 2013).

Η δέσμευση στην εκάστοτε εργασιακή δομή αποτελεί την προσκόλληση του εργαζομένου στην δομή αυτή (Marmaya et al., 2011) και σχετίζεται αρνητικά με το burnout των επαγγελματιών φροντίδας υγείας, μιας και τα συναισθήματα νοήματος και ασφάλειας που συνοδεύουν την αποτελεσματική αφοσίωση μπορούν να εξουδετερώσουν τις τυπικές αρνητικές εμπειρίες του burnout (Voci et al., 2016). Γενικότερα, έχει διαπιστωθεί μία αρνητική σχέση μεταξύ της αποτελεσματικής αφοσίωσης και των τριών διαστάσεων του burnout (Garland et al., 2014). Η αποτελεσματική αφοσίωση συνίσταται από την συναισθηματική επένδυση του εργαζομένου στη δομή, τη συγκρότηση της ταυτότητάς του μέσω αυτής και την εμπλοκή του, έχοντας μεγάλη επίδραση στην τάση του να αποσυρθεί από εκείνη (Tosun & Ulusoy, 2017). Η συγκεκριμένη τάση, αναφέρεται στην τάση που έχει ο εργαζόμενος να εγκαταλείψει την εκάστοτε θέση εργασίας του κι αποτελεί πρακτικό παράγοντα επίδρασης στην καταληκτική απόσυρση γεγονός που έχει επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα της οργανωτικής δομής (Tosun & Ulusoy, 2017). Η τάση αυτή των νοσηλευτών έχει αποδειχθεί πως επηρεάζεται άμεσα από την αφοσίωση τους και τα επίπεδα του burnout που βιώνουν (Han et al, 2015). Αναφορικά με την απουσία από την εργασία, το burnout έχει την ικανότητα πρόβλεψης της μελλοντικής διάρκειας της απουσίας κι όχι της συχνότητάς της (Bakker et al, 2014). Επιπρόσθετα, μία αύξηση στα επίπεδα του burnout συνδέεται θετικά με την αύξηση των απουσιών από την εργασία εξαιτίας ασθένειας ανά το χρόνο, δηλαδή το burnout ενδεχομένως να αυξάνει τις πιθανότητες ιατρικά διαπιστευμένων περιπτώσεων απουσίας από την εργασία (Bakker et al., 2014). Σε κάθε περίπτωση, η διάσταση της εξάντλησης φάνηκε να προβλέπει απουσίες μεγάλων χρονικών διαστημάτων (μεγαλύτερων των ενενήντα ημερών) εξαιτίας ασθένειας (Bakker et al., 2014).

Μία ακόμη επίπτωση του burnout στην εργασία έγκειται στο γεγονός ότι το burnout δεν περιορίζεται σε ένα άτομο, αλλά εξαπλώνεται από άτομο σε άτομο, καθιστώντας το καίριο ζήτημα δημόσιας υγείας (Bakker, 2009). Τα άτομα που βιώνουν το burnout είναι πιθανόν να έχουν αρνητική επίδραση στους συναδέλφους τους, οξύνοντας τις διαπροσωπικές σχέσεις κι προκαλώντας ένταση στις επιμέρους επαγγελματικές δραστηριότητες (Maslach & Leiter, 2016). Η καίρια σημασία των κοινωνικών σχέσεων για την εμφάνιση του burnout υπογραμμίζεται από μελέτες που αποδεικνύουν πως αυτό αυξάνεται σε εργασιακά περιβάλλοντα με έντονη διαπροσωπική αντιπαλότητα (Maslach & Leiter, 2016). Έτσι λοιπόν, το burnout μπορεί να είναι με έναν τρόπο «μεταδοτικό» και να διαιωνίζεται μέσω των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων στην εργασία (Bakker et al., 2005; Gonzalez-Morales et al., 2012).

Το εν λόγω φαινόμενο, έχει μελετηθεί στο πλαίσιο της θεωρίας της εξάπλωσης, η οποία αναφέρεται στην διαπροσωπική διαδικασία που προκύπτει όταν οι στρεσογόνες εμπειρίες ενός ατόμου επηρεάζουν τις αντίστοιχες εμπειρίες ενός άλλου που βρίσκεται στο ίδιο κοινωνικό περιβάλλον (Gonzalez – Morales et al., 2012). Συγκεκριμένα, η εξάπλωση του burnout έχει μελετηθεί με τη χρήση της θεωρίας εξάπλωσης των συναισθημάτων, η οποία περιλαμβάνει άμεσες κι έμμεσες διαδικασίες (Gonzalez – Morales et al., 2012). Η εξάπλωση των συναισθημάτων αναφέρεται στην «τάση της αυτόματης μίμησης και συγχρονισμού των εκφράσεων του προσώπου, της εκφοράς του λόγου, της στάσης και της κινησιολογίας ενός άλλου προσώπου, η οποία οδηγεί στη συναισθηματική ταύτιση με αυτό» (Hatfield et al., 1994, p. 5). Οι άμεσες διαδικασίες αφορούν στην μετάδοση των συναισθημάτων και σε διαδικασίες συντονισμού τους, συνειδητές δηλαδή διαδικασίες που προκύπτουν από τη λειτουργία της ενσυναίσθησης. Από την άλλη πλευρά, το burnout μπορεί να μεταδοθεί εμμέσως μέσω της επιρροής των ατόμων με burnout στη διαμόρφωση των εργασιακών συνθηκών άλλων ατόμων (Gonzalez – Morales et al., 2012). Η ψυχολογική ερμηνεία του burnout άπτεται της έλλειψης αμοιβαιότητας στις σχέσεις κοινωνικής συνδιαλλαγής, εμπλέκοντας άλλα άτομα, ομάδες ή και ολόκληρους οργανισμούς (Schaufeli & Salanova, 2014). Η ενεργός συμμετοχή σε επίπεδο ομάδας συμβάλλει ανεξάρτητα στην ερμηνεία των αποκλίσεων μεταξύ των επιπέδων του burnout του κάθε μέλους ξεχωριστά, με την ενέργεια – διάθεση, την αφοσίωση και την απορρόφηση να αντισταθμίζουν μερικώς τις εκδηλώσεις του (Bakker et al, 2006). Οι ομάδες με υψηλά εμπλεκόμενα μέλη βρέθηκε πως έχουν ποικιλία διαθέσιμων πηγών ανατροφοδότησης (Van Emmerik et al., 2005). Τα μέλη με burnout πιθανόν να υποτιμούν μερικώς τον ενθουσιασμό, την ενεργητικότητα και την προσήλωση των υπολοίπων μελών στην εργασία τους (Maslach et al., 2017). Τέτοια ευρήματα,

υποδεικνύουν πως το burnout θα πρέπει να θεωρείται χαρακτηριστικό των ομάδων εργασίας κι να μην αντιμετωπίζεται κατά κύριο λόγο ως ένα ατομικό φαινόμενο (Maslach et al., 2017).

Ε. Η έννοια του «burnout των ομάδων»:

Η υπόθεση αυτή αποκτά ακόμη μεγαλύτερη αξία στη σύγχρονη εποχή, στην οποία οι περισσότερες μορφές εργασίας λειτουργούν σε ομαδικό πλαίσιο (Gonzalez – Morales et al., 2012). Ιδιαίτερα ο τομέας παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, προϋποθέτει την ύπαρξη διεπιστημονικών ομάδων, στις οποίες απαιτείται η συνεχής επικοινωνία κι επαφή μεταξύ συναδέλφων της ίδιας ή και διαφορετικής ειδικότητας καθώς και των συντονιστών τους (Gonzalez – Morales et al., 2012). Το λεγόμενο «συλλογικό burnout» αποτελεί ένα είδος κοινωνικού κλίματος που αναφέρεται στις κοινές οπτικές του εργασιακού περιβάλλοντος μεταξύ των εργαζομένων αναφορικά με το burnout, με τα άτομα που εργάζονται στο ίδιο περιβάλλον να έχουν κοινή άποψη για τα συμπτώματα του burnout των συναδέλφων τους (Gonzalez – Morales et al., 2012). Εξαιτίας της έκδηλης έκφρασης των συναισθημάτων κόπωσης, μέσω εκφράσεων του προσώπου, στάσεων και κινήσεων, η διάσταση της εξάντλησης φαίνεται να καθιστά την πιο πιθανή αιτία ασυνείδητης μετάδοσης του burnout στις ομάδες εργασίας (Van Emmerik et al., 2005). Το burnout σε ομαδικό επίπεδο με τη σειρά του, σχετίζεται άμεσα με τα επίπεδα burnout του κάθε μέλους ξεχωριστά, μέσω της άμεσης ή και έμμεσης συσχέτισής του με τις εργασιακές απαιτήσεις, τον έλεγχο και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει, επίσης, το κάθε μέλος (Bakker et al., 2003). Η μετάδοση που προκύπτει μέσω της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης, φαίνεται να έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις στα επίπεδα του ατομικού burnout, όπως θα αναλυθεί παρακάτω για τις παιδοψυχιατρικές διεπιστημονικές ομάδες. Στους παράγοντες που ενισχύουν τη μετάδοση αυτή, συμπεριλήφθηκε και η εγγύτητα των σχέσεων μεταξύ των συναδέλφων καθώς όσο μεγαλύτερη είναι η οικειότητα μεταξύ τους τόσο αυξάνεται η πιθανότητα συζήτησης γύρω από έντονα συναισθηματικά φορτισμένα θέματα, κάτι που μεταφράζεται σε ενδεχόμενη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση τους (Meredith et al., 2020).

Οι τρεις διαστάσεις του burnout των ομάδων εργασίας έχουν εμφανίσει άμεση συνάφεια με τη μεταβλητή της ταύτισης που έχουν τα μέλη τους με εκείνες. Η ταύτιση των μελών μίας ομάδας εργασίας με την ίδια, ο βαθμός δηλαδή στον οποίο το κάθε μέλος έχει επενδύσει συναισθηματικά στην ομάδα, αποτελεί μία προσωπική πηγή ανατροφοδότησης, η οποία έγκειται σε μία αίσθηση μοναδικότητας μέσω της συμμετοχής στην ομάδα αυτή (Congoy et al., 2017). Η θεωρία της προσκόλλησης προτείνει πως τα άτομα έχουν εγγενώς την τάση να αναζητούν σιγουριά και ασφάλεια από μία φιγούρα προσκόλλησης (Leiter et al, 2015a).

Δεδομένα από τη θεωρία αυτή, σε ορισμένες περιπτώσεις εξηγούν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται κι αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις που προκύπτουν από τις διαπροσωπικές σχέσεις (Leiter et al., 2015a). Τα μέλη τα οποία βιώνουν ασυνεπή ή υπέρμετρη διαθεσιμότητα από τις φιγούρες προσκόλλησης τους, τείνουν να αναπτύσσουν ένα αγχωτικό ή αποφευκτικό στυλ προσκόλλησης, αντίστοιχα (Leiter et al., 2015a). Συγκριτικά με το αποφευκτικό, το αγχωτικό στυλ προσκόλλησης φάνηκε να συνδέεται εντονότερα με τις αρνητικές πτυχές της εργασιακής ζωής, συνδεδεμένο δηλαδή θετικά με την εξάντληση και τον κυνισμό κι αρνητικά με τη θετική πλευρά της αποτελεσματικότητας και την εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών – συναδέλφων (Leiter et al., 2015a). Έτσι, η αποφυγή των διαπροσωπικών σχέσεων και κατ' επέκταση η αποπροσωποποίηση με όρους burnout, ερμηνεύεται ως μία στρατηγική ελαχιστοποίησης στρεσογόνων καταστάσεων (Leiter et al., 2015a).

Το burnout σε ομαδικό επίπεδο σχετίζεται επίσης, με αγενείς εκδηλώσεις στο πλαίσιο της ομάδας, οι οποίες περιγράφονται ως «άτυπες συμπεριφορές χαμηλής έντασης» με αμφίσημη πρόθεση προσβολής στο μέλος – στόχο (Oyeleye et al., 2013). Οι συμπεριφορές αυτές, παραβιάζουν τις νόρμες αμοιβαίου σεβασμού μεταξύ συναδέλφων, ενισχύοντας πολλές φορές την τάση για εναλλαγή τους στα αντίστοιχα επιμέρους εργασιακά καθήκοντα (Oyeleye et al., 2013). Κατά συνέπεια, η έλλειψη της αίσθησης του ανήκειν εκ μέρους κάθε μέλους της ομάδας, υπονομεύει την ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης για την αυτονομία και την αποτελεσματικότητά τους κατά την εκτέλεση των εργασιακών τους καθηκόντων (Leiter et al., 2015b). Η κατάσταση αυτή ενισχύεται αν λάβουμε υπόψιν την οξεία ευαισθησία που έχουν τα μέλη της ομάδας στο κοινωνικό αντίκρισμα που έχει η συμπεριφορά τους χάρη στην ανθρωπινή τους φύση (Leiter et al., 2015b). Οποιαδήποτε, δηλαδή, συμπεριφορά των συναδέλφων εκλαμβάνεται ως «απειλητική» για την κοινωνική υπόσταση ενός μέλους στο πλαίσιο της ομάδας, αυτόματα μετατρέπεται σε στρεσογόνο για εκείνο (Leiter et al., 2015b). Επεκτείνοντας τα δεδομένα στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας, μέσω των αυξημένων επιπέδων απουσίας από την εργασία, της μειωμένης αφοσίωσης των μελών στην ομαδική εργασία, της ανάπτυξης τάσεων για εναλλαγή καθηκόντων ή της ελάττωσης της παραγωγικότητας, οι αντιδράσεις των μελών μιας ομάδας στις αγενείς συμπεριφορές συναδέλφων τους μπορεί να είναι επιβλαβείς για την συνολική κλινική της απόδοση (Leiter et al., 2015b).

Στ. Το burnout των επαγγελματιών ψυχικής υγείας:

Πιο συγκεκριμένα, το burnout των επαγγελματιών υγείας αυξάνει τις πιθανότητες για παροχή υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας, με το στρες και τους γρήγορους ρυθμούς να μην επιτρέπουν ανθρωποκεντρικές, ασφαλείς και χρονικά ανεμπόδιστες θεραπείες. Συνδυαστικά λειτουργούν, επίσης, η μη επαρκής διοίκηση και διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού με τον έλεγχο να μην αντιστοιχεί στον ανάλογο φόρτο εργασίας (Humphries et al., 2013). Οι συγκεκριμένοι παράγοντες βρίσκονται συχνά σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους (Humphries et al., 2013). Μία χαρακτηριστική έρευνα με μεγάλο δείγμα ψυχιάτρων της Νέας Υόρκης, έδειξε πως παραπάνω από το μισό του δείγματος παρουσίαζε μέτρια έως υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και περίπου τρεις στους τέσσερις συμμετέχοντες εμφάνιζαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα στρες προερχόμενου από τον επαγγελματικό τους ρόλο (Acker, 2012). Άλλες μελέτες αποδεικνύουν ότι οι ψυχίατροι βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης burnout συγκριτικά με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, γενικότερα, να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στο burnout εξαιτίας ορισμένων παραγόντων (Maslach et al., 2016).

Ο αυξημένος αριθμός περιστατικών (O'Connor et al., 2018) σε συνδυασμό με ένα γενικευμένο υψηλό φόρτο εργασίας που συχνά περιλαμβάνει και διοικητικά καθήκοντα, αποτελούν αιτίες πρόκλησης στρες και κατ' επέκταση burnout τόσο ως προς τον όγκο εργασίας όσο και ως προς το περιεχόμενό της (π.χ. μέσω της τυποποίησης των κλινικών πρακτικών) (Tabaj et al., 2015). Ο μεγάλος αριθμός ωρών εργασίας στον κλινικό χώρο (Paris & Hoge, 2009) και πολλές φορές οι δυσκολίες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι θεραπευτές ανεξάρτητα από τον καθημερινό φόρτο εργασίας, συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Bruschini et al., 2018). Συνδυαστικά με τους εν λόγω παράγοντες, το χαμηλό εισόδημα (Rossi et al., 2012; Yang et al., 2015) και η ύπαρξη προσωρινής θέσης εργασίας οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα burnout μεταξύ των θεραπευτών ψυχικής υγείας (Kim et al., 2020).

Η ίδια η φύση, δηλαδή, της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι εξ ορισμού απαιτητική κι έγκειται στη σχέση που αναπτύσσει ο θεραπευτής με τον θεραπευόμενο, ο οποίος αντιμετωπίζει ψυχικές δυσκολίες (Maslach & Leiter, 2016). Οι απαιτητικές ανάγκες των ψυχικά ασθενών, γενικότερα, είναι τέτοιες που μπορεί να οδηγήσουν σε ακόμη μεγαλύτερο στρες κι απογοήτευση εκ μέρους των θεραπευτών γεγονός που προκαλεί όχι μόνο εξάντληση αλλά και κυνισμό ή αναποτελεσματικότητα εκ μέρους τους (Maslach & Leiter, 2016). Αυτή η διαδικασία έχει περιγραφεί και ως «σύνδρομο κόπωσης συμπόνοιας» ή «δευτερογενές

τραυματικό στρες» ή «έμμεσο τραύμα» (Maslach & Leiter, 2016). Μάλιστα, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχίατροι φαίνεται να παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα συνδρόμου κοπώσεως συμπόνοιας και burnout (Kumar, 2011; Rossi et al., 2012). Η καθημερινή επαφή και εμπλοκή των θεραπευτών με το σωματικό και ψυχικό άλγος των θεραπευόμενων τους, αποτελεί πρόκληση για εκείνους πόσο μάλλον όταν η ίδια η θεραπεία που τους προσφέρουν είναι συναισθηματικά, σωματικά και πνευματικά ιδιαίτερα απαιτητική (Kim et al., 2020). Η άμεση αυτή επαφή, στο πλαίσιο παρακολούθησης όλων των συναισθηματικών και γνωστικών αλλαγών των θεραπευόμενων, συμπεριλαμβάνει βιώματα όχι μόνο από τις επιτυχίες τους, αλλά κι από τις μη πραγματοποιημένες προσδοκίες, τις καταθλιπτικές ή επιθετικές τους αντιδράσεις (Bruschini et al., 2018). Κατά τη διάρκεια των παρεμβάσεων, οι θεραπευτές συχνά καλούνται να ανταποκριθούν στις άμεσες κλήσεις βοήθειας των θεραπευόμενων για απαλλαγή από τα συναισθηματικά τους βάρη, χωρίς να έχουν το περιθώριο της προσωπικής τους έκφρασης (Bruschini et al., 2018). Επιπρόσθετα, τα βίαια περιστατικά με ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων και των αυτοκτονικών επεισοδίων (Rossler, 2012), όντας συναισθηματικά εξουθενωτικά και δύσκολα διαχειρίσιμα, προκαλούν στους θεραπευτές την αίσθηση ελλιπούς ελέγχου στην θεραπεία που παρέχουν, αποστασιοποιώντας τους από αυτή και θέτοντας σε κίνδυνο τη θεραπευτική τους αποτελεσματικότητα (Maslach & Leiter, 2016). Η διατήρηση της ψυχραιμίας, της υπομονής και της κατανόησης σε τέτοιες καταστάσεις κρίσης προϋποθέτει σημαντικά αποθέματα ενέργειας και καθίσταται αδιάκοπη απαίτηση προς τους θεραπευτές. Ενισχυτικά λειτουργεί και το γεγονός της ανισορροπίας μεταξύ προσφοράς θεραπευόμενου – θεραπευτή, με τον πρώτο να προσφέρει άνευ όρων (Tabaj et al., 2015).

Παράλληλα, θεμέλιος λίθος της παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί η εργασία στο πλαίσιο διεπιστημονικής ομάδας, με τον κάθε θεραπευτή, ωστόσο, να πραγματοποιεί αυτόνομα τις επιμέρους θεραπείες (Bruschini et al., 2018). Η ύπαρξη ενός καθημερινού, κοινού στόχου μεταξύ όλων των θεραπευτών μπορεί να δημιουργήσει ένα ισχυρό, συνεργατικό κλίμα στην διεπιστημονική ομάδα, ενδυναμώνοντας τη συνοχή της (Bruschini et al., 2018). Κατ' επέκταση, το θετικό αυτό περιβάλλον μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά στην ψυχολογική πίεση που ενδεχομένως αισθάνονται οι θεραπευτές, βελτιώνοντας ταυτόχρονα την ποιότητα των παρεχόμενων θεραπειών (Bruschini et al., 2018). Από την άλλη πλευρά, η ομαδική εργασία εκ φύσεως προϋποθέτει επιπλέον ενέργεια εκ μέρους των θεραπευτών προκειμένου να καθίσταται λειτουργική η επικοινωνία μεταξύ τους (Bruschini et al., 2018).

Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο πλαίσιο των διεπιστημονικών ομάδων και η ύπαρξη αντίστοιχων νομικών προδιαγραφών, αποτελούν

καθημερινή πρόκληση για εκείνους σε τέτοιο βαθμό ώστε εν τέλει να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα στρες και burnout ως αποτέλεσμα του διογκωμένου φόρτου εργασίας, των αυξανόμενων διοικητικών υποχρεώσεων και της έλλειψης πηγών ανατροφοδότησης (Rossler, 2012). Το φαινόμενο συνδέεται με «τη θεωρία του κοινωνικού κεφαλαίου», η οποία αναφέρεται στην κοινωνική διάσταση της εργασίας, συμπεριλαμβάνοντας τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις, τη συνοχή της διεπιστημονικής ομάδας και τα είδη των κοινωνικών ανατροφοδοτήσεων από τις οποίες πηγάζουν οι συμπεριφορές, οι αξίες και η αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων εκ μέρους των θεραπειών στον κλινικό χώρο (Eliacin et al., 2018). Το burnout περιορίζει τις ευκαιρίες για την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου των θεραπειών, με την κοινωνική απομόνωση να ερμηνεύεται ως ένδειξη εξαιρετικά χαμηλού κοινωνικού κεφαλαίου και να συνδράμει καθοριστικά στην εμφάνιση του burnout (Eliacin et al., 2018). Εν αντιθέσει, η αίσθηση αυτονομίας αλλά και επιρροής στη λήψη κλινικών αποφάσεων εμφανίζει σταθερή συσχέτιση με χαμηλότερα επίπεδα burnout, ειδικότερα με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης κι αυξημένη προσωπική ολοκλήρωση (O'Connor et al., 2018). Μάλιστα, η δυνατότητα άσκησης ελέγχου πάνω στην θεραπεία από τον κάθε κλινικό ξεχωριστά, εξηγεί τα υψηλότερα επίπεδα εξάντλησης στις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας έναντι των ενδονοσοκομειακών δομών (O'Connor et al., 2018).

Αναφορικά με άλλα φαινόμενα αλληλεπίδρασης των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, η σύγκρουση και η αμφισημία ρόλων συσχετίζονται με αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και η σαφήνεια ρόλων με υψηλά επίπεδα προσωπικής ολοκλήρωσης (O'Connor et al., 2018). Η υποστήριξη από συναδέλφους και ανωτέρους, συνδέεται με χαμηλή συναισθηματική πίεση και ενεργό εμπλοκή εκ μέρους των θεραπειών στην εφαρμογή του θεραπευτικού σχεδίου (O'Connor et al., 2018), με ορισμένους να την χαρακτηρίζουν ως παράγοντα – κλειδί για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητάς του (Eliacin et al., 2018). Οι υποστηρικτικοί, δηλαδή, συνάδελφοι θεραπευτές και επιβλέποντες συνδράμουν στην επίλυση προβλημάτων και στην διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων, με τεχνικές όπως ο καταγιγισμός ιδεών και η χρήση του χιούμορ σε δύσκολες καταστάσεις (Eliacin et al., 2018). Ειδικότερα, η πολιτική των ανοιχτών θυρών και η ενεργός εμπλοκή εκ μέρους των ανώτερων υπεύθυνων της ομάδας διευκολύνει την λειτουργία του κοινωνικού κεφαλαίου, ακόμη και σε περιόδους αναταραχής (Eliacin et al., 2018). Σε αντίθετη περίπτωση, η ελλιπής ή ακατάλληλη κλινική επίβλεψη οδηγεί στην αύξηση του κινδύνου για burnout (O'Connor et al., 2018), ενώ αντιθέτως, η υποστηρικτική στάση των ανωτέρων απέναντι στους νεότερους

βοηθά σημαντικά στην καταπολέμηση του εργασιακού στρες ιδιαίτερα αυτού των νεότερων θεραπευτών (Yang et al., 2015).

Είναι λογικό οι νεότεροι και λιγότερο έμπειροι θεραπευτές να αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες ως προς την ανταπόκριση των απαιτήσεων της θεραπευτικής πρακτικής, γεγονός που αποδεικνύουν και τα εμπειρικά δεδομένα (Yang et al., 2015). Ως αποτέλεσμα, οι θεραπευτές που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα των είκοσι – τριάντα χρόνων με περίπου τρία έως έξι χρόνια εμπειρίας, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης συγκριτικά με τους μεγαλύτερους θεραπευτές, που φαίνεται να λαμβάνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους (Kim et al., 2020). Τα επίπεδα burnout αυξάνονται όσο παρατείνεται η παραμονή των νέων θεραπευτών στο εκάστοτε θεραπευτικό πλαίσιο, με τις διαπροσωπικές σχέσεις να αποδεικνύονται συχνά επιβλαβείς κατά το χρονικό διάστημα των πρώτων πέντε έως και δέκα χρόνων, μετά το πέρας του οποίου τα επίπεδα μειώνονται. Η ολοένα και μεγαλύτερη σταθερότητα στην κλινική συμπεριφορά, σε συνδυασμό με των εμπλουτισμό των δεξιοτήτων και της εμπειρίας του θεραπευτή με την πάροδο του χρόνου, θα μπορούσε να αποτελεί μία πιθανή ερμηνεία (Cascio et al., 2017).

Αναφορικά με το φύλο, τα δεδομένα δεν είναι αρκετά σταθερά (Bruschini et al., 2018). Ωστόσο, επικρατεί η τάση πως οι θεραπεύτριες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για συναισθηματική εξάντληση, ενώ οι θεραπευτές για αποπροσωποποίηση (Bruschini et al., 2018). Αποκλίσεις από την τάση αυτή, μπορεί να αποδοθούν σε ζητήματα όπως είναι προκαταλήψεις εξαιτίας του φύλου, οι απολαβές και η ιεραρχική θέση σε μικρού ή και μεσαίου μεγέθους θεραπευτικά πλαίσια, με τα επίπεδα εργασιακού στρες, συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης των θεραπευτριών να είναι υψηλότερα από τα αντίστοιχα επίπεδα των θεραπευτών στα ίδια πλαίσια (Kim et al., 2020). Εξετάζοντας την παράμετρο του στρες, διεθνείς μελέτες δείχνουν πως οι επιθετικές ή απαιτητικές περιπτώσεις ασθενών αυξάνουν τα επίπεδα του στρες των ψυχιάτρων (Bressi et al., 2009), οι οποίοι όντας σε άγχος και αναταραχή (Heroniemi et al., 2014), οδηγούνται σε burnout. Ειδικότερα για τους θεραπευτές που ασχολούνται με την επαγγελματική αποκατάσταση, βασικές πηγές στρες θεωρήθηκαν η ανάγκη για λήψη κρίσιμων αποφάσεων, η συνέχιση των εργασιακών καθηκόντων στο σπίτι, το χαμηλό εισόδημα και η ανεπαρκής αποδοχή από τους συναδέλφους (Rossler, 2012).

Τα υψηλά επίπεδα στρες αλλά και burnout θεωρούνται πως προκαλούν χαμηλή ικανοποίηση των θεραπευτών από την απόδοσή τους, χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Sanchez-Reilly et al., 2013; Scanlan & Still, 2013) κι έντονα αρνητικά συναισθήματα προς τους

θεραπευόμενους (Maslach & Leiter, 2016). Η σύνδεση αυτή, του burnout και της χαμηλής ποιότητα φροντίδας, έχει βασιστεί σε αλλαγές που παρατηρούνται στην εμφάνιση (π.χ. κατάκοπη όψη), στη συμπεριφορά (π.χ., αποφευκτική στάση με αποφυγή βλεμματικής επαφής) και στη διάθεση (π.χ., ευερεθιστότητα) (Maslach & Leiter, 2016). Μάλιστα, η αλληλεπίδραση με τις οικογένειες των ασθενών φαίνεται να εντείνει τα συγκεκριμένα συναισθήματα, ειδικά όταν τα μέλη έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τη θεραπεία (Maslach & Leiter, 2016). Η λεγόμενη «κόπωση συμπόνοιας», έχει ως αποτέλεσμα μία σημαντική αύξηση των απουσιών των θεραπευτών από τον κλινικό χώρο και συμπίπτει με μεγαλύτερα επίπεδα στρες και burnout, καθώς και χαμηλότερη ικανοποίηση από την παροχή θεραπειών (Tabaj et al., 2015). Η κόπωση, αυτή, φαίνεται να αυξάνεται μέχρι την ηλικία των σαράντα πέντε ετών, καθώς οι θεραπευτές μάλλον εστιάζουν στην φροντίδα άλλων ατόμων που πιέζονται συναισθηματικά, αδυνατώντας να φροντίσουν παράλληλα και τους εαυτούς τους (Tabaj et al., 2015). Ύστερα από την ηλικία των 45 ετών, η ικανοποίηση επιστρέφει στα φυσιολογικά της επίπεδα, υποδηλώνοντας την ύπαρξη ποικίλων περιόδων κόπωσης συμπόνοιας (Tabaj et al., 2015). Αρχικά, η συμπόνοια βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα και έπειτα από μερικά χρόνια εξασθενεί, ενώ με την πάροδο ακόμα περισσότερων χρόνων επιστρέφει στα αρχικά της επίπεδα, ακολουθώντας μια πορεία που προσομοιάζει με αυτή του burnout (Tabaj et al., 2015). Το ελαττωμένο αίσθημα συμπόνοιας των θεραπευτών απέναντι σε θεραπευόμενους αλλά και συναδέλφους, θεωρείται αποτέλεσμα του burnout (Eliacin et al., 2018). Οι θεραπευτές που βιώνουν το burnout γίνονται ευερέθιστοι και ανυπόμονοι με τους συναδέλφους τους και λιγότερο γενναιόδωροι με το χρόνο τους, περιορίζοντας τις επαγγελματικές και κοινωνικές τους συναναστροφές (Eliacin et al., 2018). Έτσι, υπονομεύεται η ποιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος και δημιουργείται μία εχθρική ατμόσφαιρα απομόνωσης για τους θεραπευτές – μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Eliacin et al., 2018).

Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά στις επιμέρους διαστάσεις του burnout, η αποπροσωποποίηση φαίνεται να έχει καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων (Maslach, 2017; Maslach et al., 1986; Maslach & Jackson, 1981) και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα των θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Shanafelt et al., 2002). Μάλιστα, συγκριτικά με τις άλλες δύο συνιστώσες, μάλλον έχει τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την ποιότητα της φροντίδας, ακολουθούμενη από την αποπροσωποποίηση και την μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση (Salysers et al., 2017). Η θετική συσχέτιση της συναισθηματικής εξάντλησης των θεραπευτών με την ικανοποίηση των θεραπευόμενων θεωρείται αναμενόμενη, αφού οι θεραπευτές που προσφέρουν ολοένα και περισσότερο στους θεραπευόμενους τους είναι πιθανό να ελαττώνουν τα συναισθηματικά τους αποθέματα ενέργειάς (Windover et al.,

2018). Επίσης, θετική σχέση μοιάζει να αναπτύσσεται μεταξύ της ενεργούς εμπλοκής των θεραπευτών στην πραγματοποίηση του θεραπευτικού σχεδίου με την αίσθηση της προσωπικής ολοκλήρωσης που εκείνοι έχουν (Lee et al., 2015).

Έχοντας εξετάσει το burnout των επαγγελματιών ψυχικής υγείας τόσο ατομικά όσο και στο πλαίσιο διεπιστημονικής συνεργασίας, μία περιγραφή του πληθυσμού των εφήβων θα διευκόλυνε καταλυτικά την εξειδίκευση της μελέτης στο burnout των εργοθεραπευτών κατά τη διάγνωση και θεραπευτική πρόταση σε εφήβους.

V. Η εφηβεία:

Η εφηβεία είναι ένα κοινωνικοψυχολογικό φαινόμενο ανάπτυξης που έχει ως βιολογική ρίζα και έναρξη την ήβη (Αναστασόπουλος, 1997). Όντας ενδιάμεσο στάδιο της παιδικής και της ενήλικης ζωής, τα όριά της είναι δυσδιάκριτα (Αναστασόπουλος, 1997). Η ήβη αναφέρεται στις πλευρές της βιολογικής ανάπτυξης που οδηγούν στη σωματική ωριμότητα και την ικανότητα αναπαραγωγής, με την έκρηξη της σωματικής ανάπτυξης, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια, να είναι μία από τις πρώτες ενδείξεις της ήβης (Lightfoot et al, 2014). Η ήβη, μπορεί να διαφέρει και γενικά θεωρείται πως τα αγόρια καθυστερούν να μπουν στην ήβη συγκριτικά με τα κορίτσια (Τσιάντης, 2001). Η εφηβεία αρχίζει βαθμιαία κατά το τέλος της λανθάνουσας περιόδου (περίπου στα 10,5 - 11 χρόνια) και τελειώνει βαθμιαία με την έναρξη της ενήλικης ζωής (από τα 18 έως τα 21 χρόνια) (Τσιάντης, 2001). Για τη μελέτη της εφηβείας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι διαφοροποιήσεις που αρχίζουν στο τελευταίο στάδιο της λανθάνουσας περιόδου, αυτό που πολλοί συγγραφείς αποκαλούν προεφηβεία (Αναστασόπουλος, 1997). Η εφηβική ηλικία μπορεί να διαιρεθεί σε τρία στάδια: στην πρώιμη εφηβική ηλικία (10,5 – 11 έως 14 χρόνια), στη μέση (14 έως 16 – 17 χρόνια) και στην όψιμη (από 16 – 17 έως 20 – 21 χρόνια) (Τσιάντης, 2001). Η κατάτμηση αυτή, ωστόσο, δεν θα πρέπει να λαμβάνει τεχνικό χαρακτήρα μιας και η ανάπτυξη του παιδιού και κατ' επέκταση του εφήβου πραγματοποιείται σε ροή (Αναστασόπουλος, 1997). Επίσης, η στιγμή ολοκλήρωσης της εφηβείας ποικίλει και σχετίζεται κυρίως με την επίτευξη ορισμένων αναπτυξιακών σταδίων τα οποία, ωστόσο, συνεχίζουν να συνυπάρχουν με εμμένοντα παιδικά στοιχεία (Αναστασόπουλος, 1997). Με τον όρο «ανάπτυξη» εννοούμε «το σύνολο των συστηματικών αλλαγών τις οποίες υφίσταται το άτομο από τη σύλληψη μέχρι το θάνατο» (Δημητρίου & Γωνίδα, 1997). Οι αλλαγές, αυτές, που σημειώνονται κατά την εξέλιξη του ατόμου είτε θετικές είτε αρνητικές, αφορούν τρεις διαφορετικές αλλά διαπλεκόμενες πλευρές της ανθρώπινης υπόστασης: τη φυσική ή βιοσωματική ανάπτυξη, τη γνωστική ανάπτυξη και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη (Δημητρίου & Γωνίδα, 1997).

Η φυσική ή βιοσωματική ανάπτυξη αναφέρεται στην ανάπτυξη του σώματος και του εγκεφάλου, στις αλλαγές δηλαδή των φυσικών συστημάτων και χαρακτηριστικών του σώματος (Δημητρίου & Γωνίδα, 1997). Στην εφηβεία, η μεγάλη αύξηση στην ανάπτυξη του σώματος μπορεί να εμφανιστεί και πριν από την ήβη, γεγονός που πολλές φορές διαταράσσει την εικόνα σώματος των εφήβων οι οποίοι με τη σειρά τους προσέχουν πολύ την εξωτερική τους εμφάνιση (Τσιάντης, 2001). Συνδυαστικά, η ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου και η ταυτόχρονα δυσανάλογη ανάπτυξη των άκρων ερμηνεύουν συχνά την αμήχανη και αδέξια συμπεριφορά εκ μέρους τους (Τσιάντης, 2001). Κατά τη διάρκεια της ήβης, στα κορίτσια πραγματοποιείται η ανάπτυξη των πρωτογενών χαρακτηριστικών του φύλου η οποία περιλαμβάνει την ωρίμανση των ωοθηκών που οδηγεί στην ωορρηξία και στη συνέχεια στην πρώτη έμμηνη ρύση (Lightfoot et al., 2014). Η ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών, η οποία σηματοδοτεί την έναρξη της ήβης και στα δύο φύλα. Στο γυναικείο φύλο αρχίζει με το φούσκωμα του στήθους και την τριχοφυΐα του εφηβαίου των κοριτσιών (Lightfoot et al, 2014). Στα δευτερογενή χαρακτηριστικά του ανδρικού φύλου, περιλαμβάνεται επίσης η τριχοφυΐα στο εφηβαίο σε συνδυασμό με τη μεταφώνιση (Lightfoot et al, 2014), κατά την οποία η φωνή βαθιάνει και κατά τη διάρκεια μεταβολής του ηχοχρώματός της, είναι ασταθής και μεταβαλλόμενη (Βερβέρης, 2011). Η ήβη εκδηλώνεται μέσω της ωρίμανσης των όρχεων που οδηγεί στην έναρξη παραγωγής σπέρματος και στην πρώιμη εκσπερμάτωση (Lightfoot et al., 2014). Η καθυστέρηση του χρονοδιαγράμματος της ήβης στα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια αποδίδεται τόσο σε γενετικούς όσο και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, με ένα σημαντικό περιβαλλοντικό παράγοντα να αποτελεί η πρόσληψη θερμίδων καθώς απαιτείται ένα ποσοστό στοιχειώδους λίπους στο σώμα για την έναρξη της ήβης (Lightfoot et al, 2014). Η σημαντική εγκεφαλική ανάπτυξη κατά την εφηβεία, συγκεκριμένα αυτή των μετωπιαίων λοβών, περιλαμβάνει περαιτέρω μυελίνωση και «έκρηξη της συναπτογένεσης» που ακολουθείται από κλάδεμα των συνάψεων (Lightfoot et al., 2014).

Γενικότερα, κατά την εφηβεία παρά την επικράτηση μιας συνολικής καλής υγείας, οι ραγδαίοι ρυθμοί ανάπτυξης θέτουν καινούργιες απαιτήσεις στο σώμα, δημιουργώντας ειδικές ανάγκες όχι μόνο στη διατροφή αλλά και στον ύπνο ή τη σωματική δραστηριότητα οι οποίες πολλές φορές δεν ικανοποιούνται πλήρως (Lightfoot et al., 2014). Συγκεκριμένα, ενώ στην προ – εφηβεία η κινητικότητα είναι μειωμένη (Αναστασόπουλος, 1997), κατά την έκρηξη της σωματικής ανάπτυξης το σώμα χρειάζεται τις διπλάσιες θρεπτικές ουσίες από εκείνες που χρειάζεται σε οποιαδήποτε άλλη στιγμή της εφηβείας (Lightfoot et al., 2014). Οι έφηβοι, έχουν επίσης την τάση να κοιμούνται αργά το βράδυ και να ξυπνούν αργά το πρωί

γεγονός που οδηγεί σε μία εναλλαγή – ύπνου εγρήγορσης και συνδέεται με ορμόνες που επιδρούν στο βιολογικό ρολόι του εγκεφάλου (Lightfoot et al., 2014). Τέλος, η ικανοποίηση των αναγκών για φυσική δραστηριότητα συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση όχι μόνο της σωματικής, αλλά και της ψυχικής υγείας των εφήβων με την ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους (Lightfoot et al, 2014).

Σε ό,τι αφορά στη γνωστική ανάπτυξη, αυτή περιλαμβάνει τις αλλαγές που συντελούνται στις γνωστικές λειτουργίες, π.χ. στην αντίληψη, στη γλώσσα, στη μάθηση, στη σκέψη ή στη λύση προβλημάτων (Δημητρίου & Γωνίδα, 1997). Η γνωστική ικανότητα του εφήβου διευρύνεται με τη σταδιακή απόκτηση της ικανότητας για αφαιρετική σκέψη και συσχετισμούς και την εναλλαγή της με τη συγκεκριμένη σκέψη, ιδίως στην αρχή της εφηβείας (Αναστασόπουλος, 1997). Η απόκτηση ευλυγισίας στη σκέψη, εκφράζεται επίσης μέσα από λογοπαίγνια, ειρωνεία, σαρκασμό και αδιέξοδες συζητήσεις σαν μία προσπάθεια επίδειξης της υπεροχής απέναντι στους ενήλικες (Αναστασόπουλος, 1997). Σύμφωνα με τη θεωρία της γνωστικής ανάπτυξης του Piaget, έκδηλη είναι η γνωστική διεργασία σε συμβολικό, υποθετικό, φανταστικό και πιθανό επίπεδο με τον έφηβο να κατανοεί έννοιες όπως είναι η δημοκρατία, η ελευθερία και ο ηλεκτρισμός, χαρακτηρίζοντάς την ως σκέψη «του δυνατού και της αφαίρεσης» (Αναστασόπουλος, 1997). Παράλληλα, κατά την επίλυση προβλήματος ο έφηβος αποκτά την ικανότητα διαμόρφωσης υποθέσεων για τα ζητούμενά του και την επαγωγική – παραγωγική ικανότητα διαλογισμού για τη εξαγωγή συμπερασμάτων, επιτυγχάνοντας έτσι τον διαχωρισμό της αλήθειας – ψεύδους (Δημητρίου & Γωνίδα, 1997) και κατ' επέκταση την κοινωνική και σχολική του ενσωμάτωση (Αναστασόπουλος, 1997). Η ικανότητα αυτή μπορεί να αποδοθεί και στην αύξηση της χωρητικότητας της μνήμης εργασίας (Lightfoot et al, 2014). Ένα ακόμη χαρακτηριστικό γνωστικό επίτευγμα για τον έφηβο, αποτελεί η ικανότητα διαχωρισμού του περιεχομένου των σκέψεων από τις διαδικασίες της σκέψης, η οποία εκδηλώνεται μέσα από την επίγνωση της αλληλοδιαδοχής των σκέψεων εκ μέρους του (Δημητρίου & Γωνίδα, 1997). Η εν λόγω αναλογιστική ικανότητα, η οποία περιγράφεται από τον Piaget ως «σκέψη για την σκέψη», μεταφράζεται κοινωνικά στην κατανόηση και την ερμηνεία των σκέψεων των συνομιλητών του εφήβου και των μηχανισμών που διέπουν τις σχέσεις των τρίτων καλλιεργώντας έτσι την λεγόμενη «κοινωνική νοημοσύνη» του (Δημητρίου & Γωνίδα, 1997).

Ως ψυχοκοινωνική ανάπτυξη ορίζεται το σύνολο των αλλαγών και της προσωπικότητας ενός ατόμου (Δημητρίου & Γωνίδα, 1997). Αναφέρεται, δηλαδή, σε αλλαγές που σχετίζονται με τα κίνητρα, τα συναισθήματα, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του εφήβου καθώς και με την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων ή ανάληψη κοινωνικών ρόλων (Δημητρίου &

Γωνίδα, 1997). Χαρακτηριστική για την ψυχοσύνθεση του εφήβου, αποτελεί η συναισθηματική αστάθεια, η οποία εκφράζεται με απότομες και συχνές αλλαγές στη διάθεση αλλά και τα ενδιαφέροντά του (Τσιάντης, 2001). Έρευνες, βέβαια, αποδεικνύουν πως αυτή η συναισθηματική εναλλαγή όσο προχωρούν τα στάδια της εφηβείας υποχωρεί, γεγονός που μπορεί να ερμηνευθεί κι από την σταδιακή επίτευξη της ρύθμισης των συναισθημάτων (Lightfoot et al., 2014). Κατά τη διάρκεια της προ – εφηβείας, εμφανίζεται μία τάση χαλάρωσης στη δομή της προσωπικότητας της λανθάνουσας περιόδου, με την επαναφορά πρώιμων παιδικών συνηθειών (Αναστασόπουλος, 1997). Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεώρηση, οι ενορμήσεις στα αγόρια είναι διάχυτες κι εκδηλώνονται με μία εναντίωση σε κάθε τι που εκφράζει εξάρτηση, όπως για παράδειγμα οι καλοί τρόποι, με αποτέλεσμα να προκαλούν συχνά ακαταστασία στο φαγητό και το παιχνίδι τους να γίνεται επιθετικό με σαδομαζοχιστικές φαντασιώσεις και ονειροπολήσεις (Αναστασόπουλος, 1997). Τα κορίτσια με τη σειρά τους, μετατρέπονται σε «αγοροκόριτσα». Και τα δύο φύλα, φαίνονται να κάνουν παρέα με άτομα του ίδιου φύλου, υποτιμώντας το αντίθετο φύλο και χαρακτηρίζονται από εγωκεντρισμό, ξεκινώντας τις πρώτες τους συγκρούσεις με τους γονείς και το σχολείο (Αναστασόπουλος, 1997). Στη μέση εφηβεία, η αδιαφορία αυτή αντικαθίσταται από ενδιαφέρον, με τις παρέες αγοριών και κοριτσιών να αναμειγνύονται ανοίγοντας το δρόμο για τη σύναψη ερωτικών σχέσεων (Lightfoot et al., 2014). Το ενδιαφέρον αυτό συνοδεύεται από την αύξηση της σεξουαλικότητας κατά την μέση εφηβεία, όπου προκύπτει η μετάβαση από τον αυνανισμό στη σύναψη ετερόφυλων σχέσεων και κορυφώνεται στην όψιμη εφηβική ηλικία (Τσιάντης, 2001).

Γενικότερα, οι σχέσεις με τους συνομηλίκους στην εφηβεία έχουν κεντρικό ρόλο και ο χρόνος που ο έφηβος επενδύει σε αυτές βαθμιαία ολοένα και αυξάνεται (Lightfoot et al., 2014). Η σύναψη στενών φιλικών σχέσεων αποτελεί μία μορφή έκφρασης της οικειότητας και της αυτονομίας, προάγοντας την κοινωνική ανάπτυξη και την ανάπτυξη της προσωπικότητας, με τις φιλίες των κοριτσιών να χαρακτηρίζονται από περισσότερες εκφράσεις βαθιάς οικειότητας (Lightfoot et al., 2014). Οι μικρές ομάδες συνομηλίκων με βαθιά οικειότητα επεκτείνονται και σε μεγαλύτερες, τις λεγόμενες «παρέες», οι οποίες βοηθούν τον έφηβο να αναπτύξει την κοινωνική του ταυτότητα (Lightfoot et al., 2014). Οι τελευταίες χαρακτηρίζονται από μία ομοιότητα στις συμπεριφορές, τις προτιμήσεις, τις απόψεις και τους στόχους μεταξύ των μελών τους (Lightfoot et al., 2014). Η διαφορετικότητα, μάλιστα, ως προς την εκάστοτε παρέα, προκαλεί άγχος στον έφηβο, το οποίο μπορεί και να εκφράζει μέσω μίας γενικευμένης έντονης επιθετικότητας προς τους γύρω του (Αναστασόπουλος, 1997).

Από την άλλη πλευρά, η σχέση εφήβου – γονέων χαρακτηρίζεται από συγκρούσεις, ένταση και η συχνότητα των οποίων ακολουθεί μία φθίνουσα πορεία έχοντας ως έναρξη την πρώιμη εφηβεία (Lightfoot et al., 2014). Οι συγκρούσεις θεωρούνται το αποτέλεσμα του χάσματος μεταξύ γονέα και εφήβου και του σταδιακού αποχωρισμού του εφήβου από την οικογένεια κατά τη μέση εφηβεία (Αναστασόπουλος, 1997). Ο έφηβος ενώ επιθυμεί έντονα να ανεξαρτητοποιηθεί από τους γονείς του, συνεχίζει να έχει τη συναισθηματική ανάγκη ενός προσώπου φροντίδας και δυσκολεύεται συχνά να αναλάβει τις ευθύνες που συνεπάγονται της ανεξαρτησίας του (Τσιάντης, 2001). Είναι διστακτικός, καθώς φοβάται μία ενδεχόμενη κακή κριτική από τους ενήλικες με τους οποίους και αποφεύγει να συνεργαστεί σε αυτή την προσπάθειά του (Τσιάντης, 2001). Οι γονείς με τη σειρά τους, ασυνείδητα έχουν την τάση να ελέγχουν απόλυτα το παιδί – έφηβό τους καθώς θεωρούν πως αυτό κινδυνεύει σε περίπτωση απομάκρυνσης από την οικογένεια (Τσιάντης, 2001). Παράλληλα, αδυνατούν να συνειδητοποιήσουν την ικανότητα και τη δύναμη του εφήβου για ανεξαρτησία (Τσιάντης, 2001). Η ανεξαρτητοποίηση του εφήβου προχωρεί πολύ αργά, κατά τη διάρκεια της οποίας ο έφηβος συνεχίζει να στρέφεται στους γονείς του για συμβουλές (Lightfoot et al, 2014) και μπορεί να λάβει διάφορες μορφές – εκφράσεις μέσα από την επιλογή φίλων, ρούχων κ.α. (Τσιάντης, 2001).

Το λεγόμενο τελικό στάδιο της εφηβείας, επέρχεται όταν αρχίζουν να ολοκληρώνονται ως ένα βαθμό οι στόχοι των προηγούμενων σταδίων για απεξάρτηση από τους γονείς, αυτονομία, κοινωνική υπευθυνότητα, διαμόρφωση της σεξουαλικής ταυτότητας και σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων ανάπτυξης (Αναστασόπουλος, 1997). Το άτομο βιώνει σχετική συναισθηματική σταθερότητα, έχει επαρκή ανοχή στη ματαίωση, διαλέγει σταθερό ερωτικό σύντροφο και είναι πιο επιλεκτικό με τις παρέες του (Αναστασόπουλος, 1997). Η αίσθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης εκ μέρους του εφήβου αυξάνεται σταδιακά κι εμπλουτίζεται από επιμέρους ιδεολογικές και φιλοσοφικές επιλογές που ολοκληρώνουν το χαρακτήρα του (Αναστασόπουλος, 1997). Ωστόσο, αν τα προηγούμενα στάδια δεν έχουν ολοκληρωθεί ικανοποιητικά, τότε η προσαρμογή του εφήβου στη νέα πραγματικότητα είτε πάσχει είτε παρατείνεται εξαιτίας της οικονομικής και συναισθηματικής εξάρτησης από την οικογένεια του (Αναστασόπουλος, 1997).

Καθίσταται ευρέως αποδεκτό ότι ένας από τους βασικότερους παράγοντες εξασφάλισης της ψυχικής υγείας και της ομαλής ανάπτυξης του παιδιού και του εφήβου, αποτελεί η συναισθηματική συναλλαγή μεταξύ του παιδιού και του εφήβου με τους γονείς του, ήδη από τη βρεφική ηλικία (Τσιάντης, 2001). Ακόμη, η ψυχική υγεία των ίδιων των γονέων και η ποιότητα της μεταξύ τους σχέσης κι επικοινωνίας μπορεί να επηρεάσει και ενδεχομένως να

διαταράξει τη μακροπρόθεσμη συμπεριφορά του παιδιού στην εφηβεία (Τσιάντης, 2001). Η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας στη μητέρα, το κυριαρχικό γονεϊκό στυλ, το στρες και ύπαρξη τραυματικών εμπειριών ζωής τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στους γονείς του σε συνδυασμό με ορισμένα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του παιδιού αλλά και ορισμένα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος μπορούν, επίσης, να προκαλέσουν διαταραχές στην μετέπειτα ανάπτυξη του (Τσιάντης, 2001). Σύμφωνα με τους αναπτυξιολόγους, τα κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα που αυξάνονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας διακρίνονται σε προβλήματα εσωτερίκευσης και σε προβλήματα εξωτερίκευσης (Lightfoot et al., 2014). Τα πρώτα περιλαμβάνουν διαταραχές στα συναισθήματα ή στη διάθεση, όπως κατάθλιψη, ανησυχία, ενοχή και άγχος και παρατηρούνται συχνότερα στα κορίτσια, καθότι εκείνα αντιδρούν εντονότερα σε στρεσογόνα γεγονότα της εφηβείας όπως είναι οι συγκρούσεις με γονείς, φίλους και ερωτικούς συντρόφους (Lightfoot et al., 2014). Αξιοσημείωτη αποτελεί και η συντριπτικά μεγαλύτερη συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας στις έφηβες έναντι των εφήβων (Cooper et al., 2012). Τα δεύτερα περιλαμβάνουν κοινωνικά και συμπεριφορικά προβλήματα, όπως επιθετικότητα και παραβατικότητα, η οποία κυμαίνεται από την παράβαση των προσαρμοσμένων στην ηλικία κοινωνικών κανόνων, όπως η φυγή από το σπίτι και το σχολείο, μέχρι την παραβίαση του νόμου με βανδαλισμό και χρήση ναρκωτικών ουσιών (Lightfoot et al., 2014). Τα προβλήματα εξωτερίκευσης αυξάνονται απότομα μεταξύ πρώτης και μέσης εφηβείας ενώ στη συνέχεια μειώνονται και είναι συχνότερα στα αγόρια (Lightfoot et al., 2014). Μάλιστα, οι πιο σοβαρές, χρόνιες μορφές προβλημάτων εξωτερίκευσης είναι υπεύθυνες για την πλειονότητα των παραπομπών στα εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικών κλινικών για εφήβους και για την αύξηση των τοποθετήσεων σε τάξεις ειδικής εκπαίδευσης (Lightfoot et al., 2014).

Κυρίαρχα είδη προβλημάτων καθίστανται και τα προβλήματα ταυτότητας που παρατηρούνται στους εφήβους, τα οποία αναφέρονται στην αβεβαιότητα σχετικά με θέματα που σχετίζονται με την ταυτότητα, όπως οι στόχοι, η επιλογή επαγγέλματος, οι φιλικές σχέσεις, η σεξουαλική συμπεριφορά, οι ηθικές αξίες και η εμπιστοσύνη της ομάδας (Kaplan & Sadock, 2013). Μπορεί να μην αναγνωρίζονται ως ψυχική διαταραχή στα ταξινομητικά συστήματα, εμφανίζονται όμως συχνά στα πλαίσια άλλων ψυχικών διαταραχών, όπως συναισθηματικές και ψυχωτικές διαταραχές (Kaplan & Sadock, 2013). Πιο συγκεκριμένα, η σχιζοφρένεια (με εξαίρεση την παρανοειδή σχιζοφρένεια) μολονότι παρατηρείται λιγότερο συχνά, έχει ως σημείο έναρξης στους άνδρες την ύστερη εφηβεία, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά την συμμετοχή τους σε αναπτυξιακά τυπικές δραστηριότητες και μπορεί να οδηγήσει σε μία μορφή αναπηρίας εφ' όρου ζωής (Case-Smith & O'Brien, 2013).

Παρατηρούμε, λοιπόν, πως στην εφηβεία διαδραματίζονται αλλαγές σε τρεις βασικούς ρόλους ζωής που αντικατοπτρίζουν τις ανθρώπινες ανάγκες για εργασία, αναψυχή και κοινωνικοποίηση (King et al, 2005). Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί ρόλοι περιλαμβάνουν τη σύναψη ερωτικών και φιλικών σχέσεων, οι ρόλοι της παραγωγικότητας την εργασιακή απασχόληση, την περαιτέρω εκπαίδευση και τον εθελοντισμό, ενώ οι ρόλοι της κοινωνικοποίησης περιλαμβάνουν δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου (King et al, 2005). Οι έφηβοι με κάποια ψυχική διαταραχή ή αναπηρία αντιμετωπίζουν επιπλέον προκλήσεις που σχετίζονται με την αρνητική προδιάθεση ή τις χαμηλές προσδοκίες των άλλων στο πρόσωπό τους, αλλά και περιορισμούς από το κοινωνικό στίγμα και την έλλειψη πόρων ή πηγών ανατροφοδότησης (Case – Smith & Clifford, 2013). Οι εργοθεραπευτές με την αξιολόγηση και την θεραπευτική τους παρέμβαση υποστηρίζουν τους εφήβους στην αντιμετώπιση των δυσκολιών τους, καλλιεργώντας τις δεξιότητές τους για τη συμμετοχή σε κοινωνικές και ακαδημαϊκές δραστηριότητες στην κοινότητα και στο σχολείο (Case – Smith & Clifford, 2013). Η κλινική τους συλλογιστική βασίζεται στην εξειδίκευση τους σε παρεμβάσεις βασισμένες σε τεκμήρια και στο έργο, στις γνώσεις τους πάνω στην ανάπτυξη των παιδιών και εφήβων με τις σχετικές διαταραχές για την προώθηση της υγιούς ανάπτυξης (Case – Smith & Clifford, 2013). Συνάπτουν θεραπευτικές σχέσεις με κάθε έφηβο και την οικογένειά του καθώς και με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, προκειμένου να πλαισιώσουν την επιτυχή μετάβαση του εφήβου στην ενηλικίωση (Case – Smith & Clifford, 2013).

VI. Ο ρόλος της εργοθεραπείας στους εφήβους:

Ο πυρήνας της εργοθεραπείας εντοπίζεται «στην υποστήριξη της υγείας και της συμμετοχής στη ζωή μέσω της ενεργούς εμπλοκής σε έργα» (ΑΟΤΑ 2008, π. 626). Στην ενασχόληση με τους εφήβους, οι εργοθεραπευτές θα πρέπει να λάβουν υπόψιν τους σχετικούς τομείς έργου, δηλαδή τις Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (ΔΚΖ), τις Σύνθετες Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (ΣΔΚΖ), την Ανάπαυση – Ύπνο, την Εκπαίδευση, την Εργασία, το Παιχνίδι, τον Ελεύθερο Χρόνο, και την Κοινωνική Συμμετοχή (ΑΟΤΑ, 2014). Η εργοθεραπευτική αξιολόγηση των εφήβων δεν διαφέρει σημαντικά από αυτή των ενηλίκων, συμπεριλαμβάνοντας συνεντεύξεις, πληροφόρηση από το ευρύτερο περιβάλλον, παρατηρήσεις σε δομημένες ή μη δομημένες συνθήκες, αποτελέσματα από σταθμισμένα αξιολογικά εργαλεία ή και άτυπες παρατηρήσεις κατά τη συμμετοχή σε δραστηριότητες βασισμένες στο έργο. (Crouch & Alers, 2014). Ένα κατάλληλο εργαλείο μέτρησης της αλλαγής στην αντίληψη που έχει ο έφηβος για την εκτέλεση έργου σε όλους τους τομείς θα μπορούσε

να είναι η κλίμακα: «The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)» (Bryant et al., 2014).

A. Εργοθεραπευτικές πρακτικές σε εφήβους:

Αρχικά, στον τομέα των Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής συμπεριλαμβάνονται οι εξής δραστηριότητες: μπάνιο – ντους, τουαλέτα και υγιεινή τουαλέτας, ένδυση, κατάποση – μάζηση, σίτιση, λειτουργική κινητικότητα, μέριμνα αντικειμένων προσωπικής φροντίδας, προσωπική υγιεινή και περιποίηση, σεξουαλική δραστηριότητα (ΑΟΤΑ, 2014; Κουλουμπή, 2017). Οι εργοθεραπευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν ομάδες εφήβων για την εκμάθηση διαφόρων δεξιοτήτων, όπως η εφαρμογή μακιγιάζ, σε ένα ασφαλές περιβάλλον με πιθανή συνεργασία ειδικών για κάθε δραστηριότητα (π.χ. αισθητικών). Η σεξουαλική δραστηριότητα είναι ένα ευαίσθητο κομμάτι και οι εργοθεραπευτές μπορούν να το προσεγγίσουν με δύο τρόπους (Crouch & Alers, 2014). Η συγκρότηση ομάδων αναγνώρισης αξιών βοηθούν τους εφήβους να αναζητήσουν την ταυτότητά τους και τη στάση τους απέναντι στην σεξουαλικότητα, ενώ οι ομάδες με αποκλειστικό θέμα την σεξουαλικότητα επιτρέπουν την περαιτέρω έκφραση των απόψεων των εφήβων επί του θέματος (Crouch & Alers, 2014). Συγκεκριμένα, για εφήβους με αναπτυξιακές διαταραχές, η πιο συχνή θεματολογία σχετίζεται με την ασφάλεια, δηλαδή με θέματα όπως η συναίνεση στη σεξουαλική δραστηριότητα, η αντίληψη σώματος και των ορίων της σωματικής επαφής, η κατανόηση της σεξουαλικής κακοποίησης, της κατάλληλης δημόσιας συμπεριφοράς και της διαδικασίας σύναψης ερωτικών σχέσεων (Krantz et al., 2016).

Στις Σύνθετες Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής, συμπεριλαμβάνονται δραστηριότητες για την υποστήριξη της καθημερινή ζωής στο σπίτι και στην κοινότητα για τις οποίες συχνά απαιτούνται πολυπλοκότερες αλληλεπιδράσεις (ΑΟΤΑ, 2014; Κουλουμπή, 2017). Αναφορικά με τους εφήβους, εμπεριέχονται δραστηριότητες, όπως η φροντίδα των άλλων και των κατοικίδιων, η διαχείριση της επικοινωνίας, η οδήγηση και η κινητικότητα στην κοινότητα, η διαχείριση και η διατήρηση της υγείας, η απόκτηση και η διαχείριση του σπιτιού, η προετοιμασία γεύματος και η αποκατάσταση του χώρου, οι θρησκευτικές – πνευματικές δραστηριότητες και οι αγορές (ΑΟΤΑ, 2014; Κουλουμπή, 2017). Η χρήση ομάδων μαγειρικής και προετοιμασίας γεύματος από τους εργοθεραπευτές «εκθέτουν» άμεσα τους εφήβους στις απαιτήσεις της δραστηριότητας αυτής, βοηθώντας τους να αισθανθούν πιο άνετα και να κάνουν τους δικούς τους πειραματισμούς (Crouch & Alers, 2014). Αναφορικά με την οικονομική διαχείριση, η εργοθεραπεία προωθεί την αποταμίευση στους εφήβους που λαμβάνουν ένα σταθερό μηνιαίο ποσό ή ημι – απασχολούνται. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι

εργοθεραπευτές μπορούν να συνδράμουν στην απόκτηση διπλώματος οδήγησης από τους εφήβους ανάλογα με τους στόχους της εκάστοτε παρέμβασης (Crouch & Alers, 2014).

Τα έργα του ελεύθερου χρόνου αποτελούν σημαντικό μέρος στην ανάπτυξη των εφήβων, καλύπτοντας συνήθως ένα μεγάλο μέρος της καθημερινής τους ζωής με αποτέλεσμα να ευοδώνεται η ανάπτυξη κοινωνικών, εκπαιδευτικών και σωματικών δεξιοτήτων καθώς και δεξιοτήτων συμπεριφοράς (Κουλουμπή, 2017; Ikiugu & Pollard, 2015). Ως τομέας περιλαμβάνει δραστηριότητες διερεύνησης και αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου, καθώς και συμμετοχής σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου (ΑΟΤΑ, 2014; Κουλουμπή, 2017). Οι εργοθεραπευτές προωθούν την διαμόρφωση ενός εξισορροπημένου καθημερινού προγράμματος για τους εφήβους, εξασφαλίζοντας τους τουλάχιστον μία εποικοδομητική δραστηριότητα ελεύθερου χρόνου (Crouch & Alers, 2014). Η δραστηριότητα αυτή, θα πρέπει να αποτελεί προσωπική επιλογή του εφήβου, προκειμένου να έχει νόημα και να συμβαδίζει με το πολιτισμικό και οικονομικό του προφίλ (Crouch & Alers, 2014). Μία ειδική κλίμακα αυτό – αξιολόγησης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την σκιαγράφηση του προφίλ των ενδιαφερόντων των εφήβων κατά τη διάρκεια της αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου, είναι η κλίμακα “Adolescent Leisure Interest Profile” από τον Alexis D. Henry (Henry, 2008). Η συμμετοχή σε εξωσχολικές δραστηριότητες αποτελεί μία προσβάσιμη και οικονομική επιλογή (Crouch & Alers, 2014), αλλά και σε δραστηριότητες σε κοινωνικά κέντρα, λέσχες (π.χ. μουσική και χορός, ποίηση και ανάγνωση βιβλίου, ψυχόδραμα) ή ακόμη και σε εθελοντικές οργανώσεις, όπως καταφύγια ζώων, οίκους ευγηρίας, ορφανοτροφεία κ.λπ. Μέσω αυτής της συμμετοχής, δίνεται μία ευκαιρία κοινωνικής ενσωμάτωσης σε κοινωνικά απομονωμένους εφήβους (Crouch & Alers, 2014).

Πολλά παιχνίδια μπορούν, επίσης, να προσαρμοστούν για την εξυπηρέτηση των στόχων της εργοθεραπευτικής παρέμβασης, με χαρακτηριστικά τα «παζλ αυτό – αντίληψης» όπου κάθε κομμάτι αντικατοπτρίζει κι ένα διαφορετικό «κομμάτι» της ιδέας του εφήβου για τον εαυτό του, όπως είναι οι σχέσεις, τα όνειρα ζωής, τα ενδιαφέροντα και η προσωπικότητά του και τα αθλητικά ή τα επιτραπέζια παιχνίδια, που στοχεύουν στην ανάπτυξη των γνωστικών δεξιοτήτων του εφήβου, όπως είναι η επίλυση προβλήματος και η εκπλήρωση ρόλων (Crouch & Alers, 2014).

Τα έργα κοινωνικής συμμετοχής συμβάλλουν στην διερεύνηση των νέων και διαφορετικών συμπεριφορών, ρόλων και ταυτοτήτων των εφήβων (Wilson & Laundry, 2014; Κουλουμπή, 2017). Συμπεριλαμβάνουν δραστηριότητες συμμετοχής στην κοινότητα, στην οικογένεια και στην παρέα των συνομηλίκων – φίλων (ΑΟΤΑ, 2014; Κουλουμπή, 2017). Οι σχετικές

παρεμβάσεις θα πρέπει πάντοτε να είναι ομαδικές και να αποτελούνται από εφήβους του ίδιου φύλου κατά την πρώιμη εφηβεία, ενώ στη συνέχεια να γίνεται μίξη αγοριών και κοριτσιών στην ίδια ομάδα (Crouch & Alers, 2014). Μάλιστα, η λήψη ανατροφοδότησης από τους συνομηλικούς μέσω αυτών των ομάδων, είναι πιο αποτελεσματική από οποιαδήποτε πρωτοβουλία του εργοθεραπευτή (Crouch & Alers, 2014). Η από κοινού δημιουργία μιας ομαδικής αφίσας, ενός τοπικού εκθέματος, η συγγραφή και παρουσίαση ενός θεατρικού έργου αποτελούν μερικά παραδείγματα ομαδικής παρέμβασης για την προώθηση των κοινωνικών δεξιοτήτων (Crouch & Alers, 2014). Περιπτώσεις εφήβων που βιώνουν την απόρριψη από τους συνομηλικούς τους, ή διατρέχουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα συμπεριφοράς κι επιθετικές συμπεριφορές, έχουν μαθησιακές δυσκολίες, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), έχουν νοητικές διαταραχές ή έχουν καθυστερήσεις στην ανάπτυξη και αντιμετωπίζουν εφηβική εγκυμοσύνη μπορούν να επωφεληθούν από ανάλογες παρεμβάσεις κοινωνικής συμμετοχής, ελεύθερου χρόνου και αναψυχής (Arbesman et al., 2013). Σε περίπτωση που η σχέση του εφήβου με τους γονείς του είναι ανεπανόρθωτη, οι εργοθεραπευτές μπορούν να παροτρύνουν τον έφηβο στην σύναψη σχέσεων με άλλα υγιή πρότυπα στο σχολείο και την κοινότητα (Crouch & Alers, 2014). Το ίδιο ισχύει και για την ομάδα των συνομηλικών, η οποία πολλές φορές γίνεται καταστροφική (π.χ. με την προώθηση συμπεριφορών εξάρτησης από ουσίες) με την εργοθεραπεία να προστατεύει τον έφηβο. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η εργοθεραπεία εξισορροπεί το καθημερινό του πρόγραμμα με υγιείς δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου (π.χ. συμμετοχή σε ένα ομαδικό άθλημα) (Crouch & Alers, 2014).

Αναφορικά με τον τομέα του ύπνου, περιλαμβάνει δραστηριότητες ανάπαυσης, προετοιμασίας και συμμετοχής στον ύπνο (ΑΟΤΑ, 2014; Κουλουμπή, 2017). Οι εργοθεραπευτές που ασχολούνται με εφήβους συμβάλλουν εγκαθιδρύοντας υγιείς συνήθειες και ρουτίνες ύπνου όσο είναι δυνατόν οι οποίες και αποτελούν επιτακτική ανάγκη (Crouch & Alers, 2014). Οι έφηβοι θα πρέπει να ακολουθούν την ίδια ρουτίνα προετοιμασίας για τον ύπνο φορώντας πάντοτε ειδικά ρούχα και να κοιμούνται σταθερά την ίδια ώρα (Crouch & Alers, 2014). Η τεχνική της διαχείρισης χρόνου μπορεί να προστατέψει τους εφήβους από τη νυχτερινή μελέτη για την εκπόνηση εργασιών ή την προετοιμασία για κάποια εξέταση (Crouch & Alers, 2014).

Στον τομέα της εκπαίδευσης, περιλαμβάνονται δραστηριότητες συμμετοχής στην τυπική και άτυπη προσωπική εκπαίδευση, καθώς και δραστηριότητες διερεύνησης άτυπων προσωπικών εκπαιδευτικών αναγκών ή ενδιαφερόντων (ΑΟΤΑ, 2014; Κουλουμπή, 2017). Ταυτόχρονα, ο τομέας της εργασίας συμπεριλαμβάνει δραστηριότητες διερεύνησης

επαγγελματικών ενδιαφερόντων και επιδιώξεων, αναζήτησης και απόκτησης εργασίας, εκτέλεσης εργασίας, διερεύνησης ευκαιριών για εθελοντισμό και συμμετοχής σε εθελοντικές δράσεις (ΑΟΤΑ, 2014; Κουλουμπή, 2017). Δεδομένου ότι τα συγκεκριμένα έργα είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τους εφήβους κατά τη μετάβαση στην ενήλικη ζωή, οι εργοθεραπευτές υποστηρίζουν την αποτελεσματική μετάβαση των εφήβων από την ολοκλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στη ενηλικίωση (ΑΟΤΑ, 2018). Βοηθούν, δηλαδή, του εφήβους να αναπτύξουν υγιείς συνήθειες εργασίας και μελέτης, να επιτύχουν σε τεχνικές σχολές ή κολλέγια, να αναπτύξουν δεξιότητες αυτό – προσδιορισμού και υπεράσπισης των ίδιων, καθώς και να διατηρήσουν υποστηρικτικές σχέσεις με τους άλλους (ΑΟΤΑ, 2018). Ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα εκμάθησης δεξιοτήτων για την ανεξαρτησία και την εκπλήρωση ενήλικων ρόλων, το “The Skills Training Approach”, χρησιμοποιεί μεθόδους όπως η σύσταση βιογραφικού σημειώματος και το παιχνίδι ρόλων σε διάφορα σχολικά ή μη περιβάλλοντα (King et al., 2005). Η προσέγγιση της σύνταξης βιογραφικού σημειώματος, συμπεριλαμβάνει δραστηριότητες προώθησης δεξιοτήτων κοινωνικής συμμετοχής, ελεύθερου χρόνου και δεξιότητες που επιτρέπουν τον καθορισμό της ταυτότητας του εφήβου (King et al., 2005). Η χρήση της ομάδας συνομηλίκων για τη συμμετοχή σε δραστηριότητες όπως είναι η μαγειρική, η διαχείριση των χρημάτων, η διοργάνωση πάρτυ ή φιλανθρωπικών δράσεων, η εξερεύνηση των επαγγελματικών προτιμήσεων και η διευθέτηση πρότυπων εργασιακών καθηκόντων, φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματική από τις ατομικές συνεδρίες (Pierce et al., 2020). Άλλες παρεμβάσεις αφορούν στη διαχείριση του χρόνου και σε δραστηριότητες διατήρησης του σπιτιού, όπως η επεξεργασία του ξύλου, το ράψιμο, η κηπουρική, η συντήρηση του αυτοκινήτου, η προμήθεια αγαθών, ή σε εξόδους στην κοινότητα, με τους εφήβους να εκπαιδεύονται στη χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς και στην παραγγελία και την πληρωμή κατά την έξοδο για φαγητό ή στον κινηματογράφο (Pierce et al., 2020).

Γενικότερα, η προσέγγιση της προεπαγγελματικής και επαγγελματικής συμβουλευτικής εργοθεραπείας, περιλαμβάνει στρατηγικές επίγνωσης και αξιολόγησης εαυτού, αναπτυξιακή συμβουλευτική και θέσπιση στόχων που συχνά συνδυάζονται με την καθοδηγούμενη εκμάθηση δεξιοτήτων (King et al, 2005). Οι εν λόγω δραστηριότητες στοχεύουν στην ολοένα και μεγαλύτερη ετοιμότητα των εφήβων για την εργασιακή τους αποκατάσταση και περιλαμβάνουν: αναζήτηση επιλογών επαγγελματικής σταδιοδρομίας στο διαδίκτυο, εκπλήρωση καθηκόντων γραφείου, καθηκόντων σχολικού γραφείου, καθώς και εξάσκηση στην διαδικασία μίας επαγγελματικής συνέντευξης (Pierce et al, 2020). Ταυτόχρονα, μπορούν να συγκροτηθούν και επαγγελματικά εργαστήρια για την εξάσκηση

των εφήβων σε μία ποικιλία ειδών απασχόλησης (Pierce et al, 2020). Ο συνδυασμός της καθοδήγησης για την καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων που αφορούν στη εργασία, με την παροχή ευκαιριών για την απόκτηση πραγματικής εργασιακής εμπειρίας αποδεικνύεται ως και η πιο αποτελεσματική μέθοδος (King et al., 2005).

Στην κοινοτική ψυχική υγεία εφήβων, η εργοθεραπευτική πρακτική διαδραματίζει κύριο ρόλο (Padmore, 2016). Μάλιστα, η βέλτιστη εργοθεραπευτική παρέμβαση σε άτομα με ψυχική διαταραχή θεωρείται πως πραγματοποιείται στο πλαίσιο της κοινότητας (Hardaker et al., 2011). Οι αμιγώς εργοθεραπευτικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής και συνολικής λειτουργικότητας που μπορούν να διαδραματιστούν στο συγκεκριμένο πλαίσιο αφορούν στην απόκτηση και διαχείριση του σπιτιού, την αυτοφροντίδα, στην οικονομική διαχείριση, στην απόκτηση εργασίας και στο σχολείο (Hardaker et al., 2011). Επικουρικά θεωρείται πως λειτουργούν οι δραστηριότητες επικοινωνίας, συμβουλευτικής και σχέσεων, καλλιεργώντας το κίνητρο και την ενεργό συμμετοχή του εφήβου στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής (Hardaker et al., 2011).

Μία επιπλέον συνεισφορά της εργοθεραπείας στην κοινοτική ψυχική υγεία, αφορά στην αναδοχή παιδιού (Lynch et al, 2017). Οι εργοθεραπευτές εφαρμόζουν παρεμβάσεις οι οποίες είναι επικεντρωμένες στη θεωρία του δεσμού και στην διαχείριση του ψυχικού τραύματος για τη σύναψη υγιών σχέσεων εκ μέρους του εφήβου (Lynch et al, 2017). Κύριο μέλημα τους, αποτελεί η δημιουργία μίας σταθερής θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ θεραπευτή και εφήβου, η οποία λειτουργεί σαν βάση για την ενεργό συμμετοχή του εφήβου σε έργα με νόημα (Lynch et al, 2017). Η συνεργασία των εργοθεραπευτών με διάφορους φορείς για την προώθηση κοινοτικών προγραμμάτων που παρέχουν ευκαιρίες για κοινωνικές δραστηριότητες και δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, λειτουργεί καταλυτικά στη μείωση των αρνητικών επιδράσεων της ανάδοχης οικογένειας υπό τη μορφή δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς, όπως είναι η χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ (Lynch et al, 2017). Η παροχή ατομικών παρεμβάσεων σε εφήβους που προσπαθούν να ανεξαρτητοποιηθούν από μία ανάδοχη οικογένεια, περιλαμβάνει αρχικά τη διερεύνηση του εργοθεραπευτικού τους προφίλ και στη συνέχεια επικεντρώνεται στο έργο, με δραστηριότητες οικονομικής διαχείρισης, διατήρησης της υγείας και του σπιτιού (προετοιμασία γεύματος, καθαριότητα, προμήθεια αγαθών), δραστηριότητες εκμάθησης υγιών γονικών πρακτικών, ανώτερης εκπαίδευσης, διερεύνησης επαγγελματικών ενδιαφερόντων κι εύρεσης – διατήρησης εργασίας (Lynch et al, 2017).

Μία μορφή ειδικά στοχευμένης θεραπείας αποτελεί η λεγόμενη «θεραπεία μέσω της αισθητηριακής ολοκλήρωσης», η οποία ορίζει την αισθητηριακή ολοκλήρωση ως «τη νευρολογική διαδικασία που οργανώνει τις αισθήσεις που προέρχονται από το σώμα του ατόμου και από το περιβάλλον η οποία καθιστά ικανή την αποτελεσματική λειτουργία του σώματος σε σχέση με το περιβάλλον» (Ayres, 1989). Η αισθητηριακή ρύθμιση αναφέρεται στην ικανότητα του εγκεφάλου να προσαρμόζεται στην αισθητηριακή πληροφορία με τέτοιο τρόπο ώστε να υποστηρίζει τη βέλτιστη εμπλοκή του ατόμου σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής με νόημα (Ayres, 1989). Τομείς όπως είναι τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα, η προσωπική ταυτότητα, η συμπεριφορά, η κοινωνική συμμετοχή και οι δραστηριότητες καθημερινής ζωής, είναι το αποτέλεσμα της κατάλληλης επεξεργασίας των αισθητηριακών πληροφοριών και της λειτουργίας των κατάλληλων κινητικών δεξιοτήτων αναφορικά με τα διάφορα αισθητηριακά συστήματα (Schaaf & Smith-Roley, 2006). Το αυτο - αξιολογητικό εργαλείο “The Adolescent/Adult Sensory Profile” αξιολογεί τις δεξιότητες αισθητηριακής επεξεργασίας των εφήβων και σκιαγραφεί το αντίκτυπο που αυτές έχουν στην καθημερινή τους λειτουργικότητα (Brown & Dunn, 2002).

Οι παρεμβάσεις στους εφήβους που βασίζονται στην αισθητηριακή ολοκλήρωση συχνά περιλαμβάνουν τη χρήση αισθητηριακών προσαρμογών ή στρατηγικών, όπως είναι τα κινούμενα καθίσματα και τα περιστρεφόμενα παιχνίδια για την προσέγγιση μονο - αισθητηριακών συστημάτων (ΑΟΤΑ, 2015). Μπορούν να λάβουν χώρα και στο σχολικό περιβάλλον, βοηθώντας το εκπαιδευτικό προσωπικό να αναλογιστεί τα μοτίβα αισθητηριακής επεξεργασίας των εφήβων και τους παράγοντες που τα επηρεάζουν, να εφαρμόσει καθημερινές ρουτίνες αποτελούμενες από δραστηριότητες βασισμένες στην αισθητηριακή λειτουργία και να τροποποιήσουν το περιβάλλον έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις αισθητηριακές τους ανάγκες, προάγοντας την ενεργό τους συμμετοχή στη σχολική ζωή (ΑΟΤΑ, 2015). Οι εργοθεραπευτές μπορούν, επίσης, να παρέχουν ιδέες για στρατηγικές αισθητηριακής ολοκλήρωσης προκειμένου να προωθήσουν τη διατήρηση της προσοχής του εφήβου στην σχολική τάξη και να προτείνουν εναλλακτικές δραστηριότητες παιχνιδιού ή χαλάρωσης που ενθαρρύνουν τον έφηβο στη συμμετοχή του στη σχολική ρουτίνα (Alexander & Kuhaneck, 2015). Η δημιουργία μίας «χαλαρωτικής γωνίας» με υποστηρικτικά αισθητηριακά ερεθίσματα εντός της σχολικής τάξης μπορεί να βοηθήσει σημαντικά σε περιπτώσεις που οι έφηβοι έχουν την ανάγκη για ηρεμία ή αλλαγή στον αισθητηριακό τους ερεθισμό (Koomar, 2009). Για παράδειγμα, ένα κάθισμα τύπου “beanbag” σε συνδυασμό με το άκουσμα χαλαρωτικής μουσικής με ακουστικά, μπορεί να ρυθμίσει αισθητηριακά τον έφηβο με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι σε θέση να λάβει την παρεχόμενη γνώση (Koomar,

2009). Η εφαρμογή της αισθητηριακής δίαιτας οργανώνει αισθητηριακά τις δραστηριότητες και περιλαμβάνει ανά τακτά χρονικά διαστήματα, μέσα στη μέρα, προσλήψεις ιδιοδεκτικών, απτικών, ακουστικών, αιθουσαίων και οσφρητικών ερεθισμάτων που βοηθούν το μαθητή να επιτύχει μία κατάσταση ηρεμίας, οργάνωσης και εγρήγορσης ειδικότερα στις πιο απαιτητικές στιγμές της καθημερινότητας (Warner, 2013). Τα οφέλη της εφαρμογής της αισθητηριακής ολοκλήρωσης έχουν τονιστεί ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση του εφηβικού τραύματος (Warner, 2013; Whiting, 2018) και στη θεραπεία εφήβων που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού (Alexander & Kuhaneck, 2015).

B. Οι καθημερινές προκλήσεις της εργοθεραπευτικής πρακτικής σε εφήβους:

Παρατηρώντας τις ανάγκες των εφήβων και τις προσφερόμενες σε αυτούς θεραπείες, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η φροντίδα της υγείας τους συνοδεύεται κι από διάφορους στρεσογόνους παράγοντες για τους επαγγελματίες, όπως σοβαρές ασθένειες, πολύπλοκα ζητήματα κηδεμονίας και εξαιρετικά ανήσυχους γονείς, ζητήματα συναισθηματικής, σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης εις βάρος των εφήβων και εργασιακό εκφοβισμό από τους γονείς ή και τους θεραπευόμενους στους θεραπευτές (Jacobs et al., 2012). Συχνό, καθίσταται, επίσης, και το πρόβλημα της σύγκρουσης των απόψεων για το θεραπευτικό πλάνο μεταξύ των γονέων ή μεταξύ των γονέων και των θεραπευόμενων εφήβων (Delany & Galvin, 2013). Από την άλλη πλευρά, οι εργοθεραπευτές επειδή κατέχουν παραδοσιακά τον ρόλο του ειδικού στην θεραπευτική σχέση με τον έφηβο πολλές φορές δυσκολεύονται να συνεργαστούν εποικοδομητικά μαζί του στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία (Delany & Galvin, 2013) και να αναβαθμίσουν τη σχέση αυτή (Murray et al., 2015). Άλλωστε, η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης είναι εκ φύσεως απαιτητική, καθώς προϋποθέτει την ερμηνεία της μη λεκτικής επικοινωνίας, την αφιέρωση χρόνου στην κλινική παρατήρηση των αλλαγών στη συμπεριφορά του εφήβου, την ενσυναίσθηση, τη δημιουργικότητα και την ευελιξία εκ μέρους του θεραπευτή, καθιστώντας την εν τέλει συναισθηματικά εξαντλητική (Murray et al., 2015). Με τη σειρά του ο έφηβος, συχνά δυσκολεύεται να εμπλακεί στη θεραπευτική σχέση και να τηρήσει το πλάνο θεραπείας του, αφού και τα δύο αναγκαστικά του υπενθυμίζουν τη δυσλειτουργία του και εναντιώνονται στην τάση του για μη συμμόρφωση σε οποιοδήποτε καθεστώς, συμπεριλαμβανομένου και του θεραπευτικού (Cooper et al., 2012). Ταυτόχρονα, το νεαρό της ηλικίας ή μία επικείμενη διαταραχή των εφήβων αυτομάτως καθιστούν τους γονείς τους υπεύθυνους για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και τη διαμόρφωση των ενδιαφερόντων των ίδιων γεγονός που συχνά οδηγεί σε συγκρούσεις με τους θεραπευτές (Delany & Galvin,

2013). Μάλιστα, η σταδιακή μεταβίβαση της ευθύνης της θεραπείας στον ίδιο τον έφηβο αποτελεί και μακροπρόθεσμο στόχο των εργοθεραπευτών (Cooper et al., 2012).

Οι αποφάσεις που σχετίζονται με τη θεραπεία γίνονται ιδιαίτερα περίπλοκες και εξαιτίας της πρόγνωσης της διαταραχής ή των ασαφών στοιχείων σχετικά με την μελλοντική επίδραση της θεραπείας, με την αποδοχή του σημείου τερματισμού της να καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη για όλους (Delany & Galvin, 2013). Ειδικά στην παροχή εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων ψυχικής υγείας, εξωγενή εμπόδια, όπως λάθη στην κλινική συλλογιστική ή η αδυναμία εφαρμογής μία ολιστικής και εξατομικευμένης θεραπείας (Murray et al., 2015), αποτρέπουν την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων και δημιουργούν συναισθήματα ενοχής, εξάντλησης και μη ενεργούς εμπλοκής στους εργοθεραπευτές (Scanlan & Still, 2013). Εκείνοι, με τη σειρά τους, τείνουν να «βυθίζονται» στη θεραπεία των θεραπευόμενων τους σε τέτοιο βαθμό ώστε να παραμελούν συχνά τις προσωπικές τους ανάγκες (Poulsen et al., 2014). Η συνεχής θεραπευτική χρήση του εαυτού τους, μπορεί να οδηγήσει τους εργοθεραπευτές στην εμπειρία του burnout, και ειδικότερα στην εμφάνιση ενδείξεων σωματικής και ψυχικής εξάντλησης (Reis et al., 2018). Επιπρόσθετα, η επαναλαμβανόμενη έκθεση των εργοθεραπευτών σε επώδυνες και δύσκολες θεραπείες παιδιών και εφήβων και η διαχείριση των συναισθηματικών βαρών των γονέων τους μπορούν να πυροδοτήσουν αισθήματα κόπωσης συμπόνοιας και μορφές burnout (Jacobs et al., 2012). Μάλιστα, οι εργοθεραπευτές που ασχολούνται με παιδιά και εφήβους φαίνεται να έχουν τα υψηλότερα επίπεδα burnout, μαζί με τους εργοθεραπευτές που ασχολούνται με τη φροντίδα ηλικιωμένων (Escudero-Escudero et al., 2020).

VII. Το burnout των εργοθεραπευτών που ασχολούνται με εφήβους:

Σε αρκετές μελέτες πάνω σε εργοθεραπευτές, η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί την πιο συχνά παρατηρούμενη ένδειξη του burnout (Abaoglu et al., 2020) και σε μικρότερο βαθμό η αποπροσωποποίηση (Escudero-Escudero et al, 2020). Ο υπέρμετρος αριθμός περιστατικών και απαιτήσεων σε συνδυασμό με την υπέρμετρη πίεση χρόνου κατά την κλινική άσκηση του επαγγέλματος, αποτελούν βασικούς εργασιακούς παράγοντες πρόκλησης του burnout των εργοθεραπευτών (Culverhouse & Bibby, 2008; Gupta et al., 2012; Wressle & Samuelsson, 2014; Du Plessis et al., 2014; Delos Reyes, 2018; Abaoglu et al., 2020; Lexen et al., 2020). Πολλοί είναι αυτοί που αναφέρουν πως συχνά αναγκάζονται να εργαστούν σε επιφανειακό επίπεδο εξαιτίας της πίεσης χρόνου (Wressle & Samuelsson, 2014). Ο υψηλός φόρτος εργασίας των εργοθεραπευτών περιλαμβάνει αυξημένο αριθμό περιστατικών,

γραφειοκρατικών κι ερευνητικών καθηκόντων αλλά και συναντήσεων με τη διεπιστημονική ομάδα (Du Plessis et al., 2014). Όταν ο φόρτος, αυτός, γίνει υπέρμετρος ανεβαίνουν τα επίπεδα της αποπροσωποποίησης και της συναισθηματικής εξάντλησης, χωρίς στατιστικά σημαντική επιρροή στην προσωπική ολοκλήρωση (Du Plessis et al, 2014). Ειδικότερα, οι εργοθεραπευτές που έχουν περισσότερες ώρες επαφής με τους θεραπευόμενους τους ημερησίως, τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Reyes, 2018), επηρεάζοντας την ψυχοσωματική τους κατάσταση στο σύνολό της (Scanlan & Still, 2013). Μάλιστα, η αυξημένη αυτή επαφή θεωρείται ως ιδιαίτερα απαιτητική από τους εργοθεραπευτές που ασχολούνται με τη θεραπεία παιδιών και εφήβων εξαιτίας της υπομονής που χρειάζεται να επιδείξουν (Delos Reyes, 2018). Από την άλλη πλευρά, τα γραφειοκρατικά καθήκοντα περιορίζουν μεν την επαφή των εργοθεραπευτών με τους θεραπευόμενους, (Wressle & Samuelsson, 2014) οδηγούν δε σε ακόμη υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης επηρεάζοντας σημαντικά και την προσωπική τους ολοκλήρωση (Du Plessis et al., 2014).

Ακόμη, παράγοντες όπως η έλλειψη επαγγελματικής ταυτότητας και κύρους, ζητήματα προσλήψεων, η χαμηλή αναγνώριση και διάκριση της εργοθεραπείας και άλλα ζητήματα με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, ενισχύουν τον κίνδυνο εμφάνισης burnout (Edwards & Durette, 2010; Abaoğlu et al., 2020), υπό την μορφή και των τριών διαστάσεων (Edwards & Durette, 2010). Σε ορισμένες δομές κοινοτικής ψυχικής υγείας, όταν οι εργοθεραπευτές καλούνται να ισορροπήσουν ανάμεσα στο ρόλο του συντονιστή της φροντίδας, ασχολούμενοι με γενικά καθήκοντα και στον ρόλο της ειδικότητας τους, οδηγούνται συχνά σε στρες, αμφισημία ρόλου και αλλοίωση ρόλου (Culverhouse & Bibby, 2008). Μάλιστα, όταν αισθάνονται πως δεν προσφέρουν μία ξεχωριστή θεραπευτική προσέγγιση ή βιώνουν αισθήματα αυτό – αμφισβήτησης οδηγούνται σε συναισθηματική εξάντληση και έλλειψη προσωπικής ολοκλήρωσης (Edwards & Durette, 2010). Άλλωστε, η ικανοποίηση των εργοθεραπευτών από την εργασία τους είναι άμεσα συνυφασμένη με την αποδοχή και την επιβράβευση από τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Scanlan & Still, 2013).

Στην πραγματικότητα, πολλές μελέτες δείχνουν ότι η γνώση των υπόλοιπων μελών μίας διεπιστημονικής ομάδας κοινοτικής ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων για την εργοθεραπεία είναι περιορισμένη, υποβαθμίζοντας τους εργοθεραπευτές σαν ειδικότητα εντός του πεδίου της ψυχικής υγείας (Henderson et al., 2015). Το αίσθημα της έλλειψης σεβασμού από τα υπόλοιπα μέλη, αποτρέπει τους εργοθεραπευτές από την κοινοποίηση των στιγμών ματαίωσης τους στην διεπιστημονική ομάδα (Murray et al., 2015) και τους αναγκάζει

να βρίσκουν επιπρόσθετα επιχειρήματα προκειμένου να δικαιολογήσουν τη συνέχιση της παρέμβασης τους όταν οι αρχικοί στόχοι της θεραπείας δεν έχουν καλυφθεί (Gurta et al., 2012). Σαν αποτέλεσμα, μερικοί εργοθεραπευτές καταλήγουν να εκφράζονται με μία πιο βιοιατρική και λειτουργική γλώσσα από αυτή της ειδικότητας τους στις ομαδικές συναντήσεις, αφού οι υπόλοιπες ειδικότητες δυσκολεύονταν να κατανοήσουν τους ενδογενείς στόχους και τις ιδιαίτερες πολυπλοκότητες της εργοθεραπείας και να αναγνωρίσουν την αξία της επικέντρωσης στο έργο (Ashby et al., 2013).

Παρατηρείται, επίσης, μία σύγκρουση μεταξύ των επαγγελματικών τους αξιών και των απαιτήσεων των εργοδοτών τους που οδηγεί σε έλλειψη κατάλληλης ενημέρωσης των θεραπευόμενων, σε πρώιμη αποδέσμευση τους και σε αναγκαστική σύσταση εξοπλισμού στους θεραπευόμενους που δεν εγκρίνουν, γεγονός που θίγει την επαγγελματική τους ακεραιότητα (Gurta et al., 2012). Επικουρικά λειτουργεί και η δυσκολία πολλών εργοθεραπευτών να υποστηρίξουν σθεναρά την κλινική τους συλλογιστική και να αρνηθούν προτάσεις των συναδέλφων της διεπιστημονικής ομάδας (Poulsen et al., 2014). Πολλές φορές, εντός των διεπιστημονικών ομάδων ενδονοσοκομειακής νοσηλείας υπάρχει έντονος φόβος εκ μέρους των εργοθεραπευτών μήπως κατηγορηθούν ότι καθυστερούν την αποδέσμευση των θεραπευόμενων τους, όταν το κρίνουν απαραίτητο, αλλά έρχονται ταυτόχρονα σε σύγκρουση με το συμφέρον των συναδέλφων και του εργοδότη τους (Murray et al., 2015).

Σε συμφωνία με τις μελέτες για το burnout σε άλλα επαγγέλματα, το burnout πλήττει συχνότερα τους νέους εργοθεραπευτές, έχοντας αντιστρόφως ανάλογη πορεία με την ηλικία (Escudero – Escudero, 2020). Οι νεότεροι εργοθεραπευτές της ηλικιακής κατηγορίας μεταξύ των είκοσι και είκοσι εννέα χρόνων, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ οι μεγαλύτεροι έχουν γενικά χαμηλότερα επίπεδα προσωπικής ολοκλήρωσης (Du Plessis et al., 2014; Delos Reyes, 2018). Οι εργοθεραπευτές με κλινική εμπειρία λιγότερη των πέντε (5) χρόνων, χαμηλή ικανοποίηση από την πρακτική τους (Mozayan et al., 2011) και συχνά λιγότερη δημιουργικότητα (Derakhshanrad et al., 2019) φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς στο burnout. Ο λόγος πιθανόν έγκειται στο ότι δεν έχουν ακόμη αναπτύξει ένα βασικό σύνολο αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης των προκλήσεων που εμφανίζονται κατά την πρακτική τους ή κατέχουν λιγότερο αυτόνομες θέσεις από τις οποίες χρειάζεται να δικαιολογήσουν πολύ περισσότερο τις κλινικές τους αποφάσεις σε σχέση με εργοθεραπευτές που έχουν εμπειρία μεγαλύτερη των δέκα χρόνων (Poulsen et al., 2014). Επίσης, η απουσία παιδιών, αυξάνει τα επίπεδα burnout των εργοθεραπευτών, τα οποία και μειώνονται σημαντικά με την απόκτηση ενός ή παραπάνω

παιδιών (Du Plessis et al., 2014; Escudero – Escudero, 2020). Μάλιστα, η μητρότητα – πατρότητα μαζί με τις μεταπτυχιακές σπουδές έχουν συσχετιστεί άμεσα με την ενεργό εμπλοκή των εργοθεραπευτών στην πρακτική τους (Roulsen et al., 2014). Η τελευταία σχετίζεται και με τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των εργοθεραπευτών από το εισόδημά τους (Roulsen et al., 2014). Παρατηρείται, επίσης, μία συσχέτιση του burnout των εργοθεραπευτών και των γνωστικών τους πηγών ανατροφοδότησης ή της δημιουργικότητας τους, με την απουσία και των δύο, δηλαδή, να μπορεί να οδηγήσει σε εργασιακό στρες και burnout (Derakhshanrad et al., 2019). Από την άλλη πλευρά, ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των εργοθεραπευτών, συμπεριλαμβανομένων των στρατηγικών αντιμετώπισης των προκλήσεων, της προσαρμοστικότητας, της ωριμότητας, της συναισθηματικής τους νοημοσύνης και της αίσθησης της επίτευξης των στόχων, είναι ικανά να μετριάσουν το στρες και κατ' επέκταση το burnout σε διάφορους τομείς όπως είναι η φροντίδα του τραύματος (Chen, 2020).

Συμπληρωματικά με τα αποτελέσματα του burnout στην παροχή υπηρεσιών υγείας, οι εργοθεραπευτές ψυχικής υγείας φαίνεται πως εξαιτίας του ότι αισθάνονται συχνά ανήμποροι να υποστηρίξουν τους θεραπευόμενους τους και σε συνδυασμό με την έλλειψη υποστήριξης των ανωτέρων να οδηγούνται σε αυξημένες τάσεις απόσυρσης από την πρακτική τους (Scanlan & Still, 2013). Πιο συγκεκριμένα, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν με τους ανωτέρους τους και το στρες ή η κόπωση έχουν, επίσης, συσχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των εργοθεραπευτών από την εργασία τους και εξάντλησης, με τάσεις απόσυρσης και με τη μη ενεργό εμπλοκή τους σε αυτή (Scanlan & Still, 2013). Σαν αποτέλεσμα, οι εργοθεραπευτές με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, φαίνεται να χρησιμοποιούν λιγότερες στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η διατήρηση της επίγνωσης του εαυτού και του χιούμορ, η αίσθηση του ελέγχου στις εργασιακές τους υποχρεώσεις, οδηγούμενοι σε επαγγελματική αναποτελεσματικότητα (Gupta et al., 2012) και στην τυποποίηση της εργοθεραπευτικής πρακτικής (Delos Reyes, 2018). Ειδικότερα, για τους εργοθεραπευτές που ασχολούνται με την φροντίδα του τραύματος παιδιών και εφήβων, όπως για παράδειγμα είναι η κακοποίηση, είναι πιθανό να αναπτύξουν κι εκείνοι δευτερογενές τραύμα (Salloum et al., 2015; Steinlin et al., 2017; Passmore et al., 2019).

IX. Προτεινόμενες στρατηγικές αντιμετώπισης

Σύμφωνα με την παραπάνω ανάλυση, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως είναι πολύ σημαντικό οι εργοδότες των εργοθεραπευτών και οι συντονιστές των διεπιστημονικών

ομάδων στις οποίες ανήκουν, να συνεργαστούν ώστε να αντιμετωπίσουν παράγοντες όπως τα επίπεδα εκπαίδευσης των θεραπειών, οι στρατηγικές αντιμετώπισης των προκλήσεων, το μέγεθος του φόρτου εργασίας, ο περιορισμός του χρόνου και το εργασιακό περιβάλλον μέσω της πρακτικής εφαρμογής πολιτικών πρόληψης κι αντιμετώπισης του burnout (Du Plessis et al, 2014). Προς αυτή την κατεύθυνση, επικοδομητικά λειτουργεί η παροχή παρεμβάσεων διαχείρισης άγχους στους εργοθεραπευτές μαζί με στρατηγικές εξισορρόπησης του φόρτου εργασίας, επικέντρωσης στις θεραπευτικές σχέσεις, προώθησης της διευκρίνησης του ρόλου του εργοθεραπευτή, επίβλεψης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης καθώς και η συζήτηση με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, η καταμέριση των ευθυνών, η εξισορρόπηση της εργασίας με έργα ελεύθερου χρόνου κι ενδεχομένως η αλλαγή εξειδίκευσης (Gurta et al, 2012). Όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να κάνουν διαλείμματα κατά τη διάρκεια της εργασίας τους και να ικανοποιούν τις σωματικές τους ανάγκες έχοντας στο νου και την δική τους υγεία, πέρα από αυτή των θεραπευόμενων τους, κάνοντας τακτικά σωματική άσκηση και ακολουθώντας μία ισορροπημένη διατροφή (Steinlin et al, 2017). Είναι επίσης σημαντική, η επικέντρωση στα θετικά σημεία της εργοθεραπευτικής πρακτικής όπως η παρακολούθηση της βελτίωσης των θεραπευόμενων και η ενεργός συμμετοχή στην ανάπτυξη της παρέμβασης (Gurta et al, 2012).

Όσο αφορά στη διαχείριση του δευτερογενούς τραύματος των εργοθεραπευτών, η εκπαίδευση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και η επιμόρφωση τους στις στρατηγικές διαχείρισης κρίσιμων καταστάσεων καθίσταται απαραίτητη (Steinlin et al, 2017). Η παροχή γνώσης σχετικά με τη ψυχοπαθολογία και την επιρροή των τραυματικών γεγονότων ζωής στη συμπεριφορά, η εις βάθος κατανόηση των δύσκολων καταστάσεων και των επιθετικών συμπεριφορών θα μπορούσαν να συνδράμουν στην αίσθηση της συνοχής εντός του θεραπευτικού πλαισίου (Steinlin et al, 2017).

Έτσι λοιπόν, εξίσου σημαντικές, καθίστανται οι στρατηγικές αντιμετώπισης και η ύπαρξη ομαδικού πνεύματος μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας στην αντιμετώπιση του κινδύνου του burnout των εργοθεραπευτών (Wressle & Samuelson, 2014). Μία σχετικά πρόσφατη έρευνα ανέδειξε έξι παράγοντες που σχετίζονται με το επαγγελματικό σθένος των εργοθεραπευτών που εργάζονται στην ψυχική υγεία: η χρήση πρακτικής βασισμένης σε τεκμήρια, η ικανότητα επικοινωνίας της αξίας του έργου με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, η αντιμετώπιση της πίεσης για τη υιοθέτηση άλλης θεωρητικής γνώσης, η κοινωνικοποίηση εντός της κοινότητας του επαγγέλματος, η ύπαρξη επίβλεψης και η αναγνώριση της κατάλληλης στιγμής απόσυρσης από την εκάστοτε θέση (Ashby et al,

2013). Επίσης, η γόνιμη αλληλεπίδραση με τους επιβλέποντες και η σύναψη ανοιχτών σχέσεων με το θεραπευτικό προσωπικό και η αναγνώριση των επιτευγμάτων του εκ μέρους τους, έχει συνδεθεί με την ικανοποίηση των εργοθεραπευτών και με χαμηλότερα επίπεδα burnout (Scanlan & Still, 2013). Τυπικές και άτυπες ευκαιρίες για κοινωνικοποίηση των εργοθεραπευτών εντός της θεραπευτικής κοινότητας, όπως είναι οι συναντήσεις της διεπιστημονικής ομάδας δίνουν στους εργοθεραπευτές κίνητρο να ανταπεξέρχονται συνεχώς στις δύσκολες καταστάσεις, δίνοντας τους την ευκαιρία να εκφράσουν τις αμφιβολίες τους, αναζητώντας λύσεις στα προβλήματά τους και διατηρώντας την επικέντρωσή τους στο έργο (Ashby et al., 2013).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Al Mutair, A., Al Mutairi, A., Chagla, H., Alawam, K., Alsalman, K., & Ali, A. (2020). Examining and adapting the psychometric properties of the Maslach burnout inventory-health services survey (MBI-HSS) among healthcare professionals. *Applied Sciences*, *10*(5), 1890.
- Alexander, K. C., & Kuhaneck, H. C. (2015). Successful participation at school: Strategies for students with autism spectrum disorder. Retrieved from:
<https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Practice/Children/ASD-Tips-for-Educators-Successful-Participation-at-School.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Armon, G. (2009). Do burnout and insomnia predict each other's levels of change over time independently of the job demand control–support (JDC–S) model?. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *25*(4), 333-342.
- Armon, G., Shirom, A., Shapira, I., & Melamed, S. (2008). On the nature of burnout–insomnia relationships: A prospective study of employed adults. *Journal of Psychosomatic Research*, *65*(1), 5-12.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2002). Validation of the Maslach burnout inventory-general survey: An internet study. *Anxiety, Stress & Coping*, *15*(3), 245-260
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, *84*(2), 191.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, *37*(2), 122.
- Beheshtifar, M., & Omidvar, A. R. (2013). Causes to create job burnout in organizations. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, *3*(6), 107.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout–depression overlap: A review. *Clinical psychology review*, *36*, 28-41.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Is it time to consider the “burnout syndrome” a distinct illness?. *Frontiers in public health*, *3*, 158.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Is it time to consider the “burnout syndrome” a distinct illness?. *Frontiers in public health*, *3*, 158.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., Vandel, P., & Laurent, E. (2017). On the depressive nature of the “burnout syndrome”: a clarification. *European Psychiatry*, *41*(1), 109-110.
- Bilge, F. (2006). Examining the burnout of academics in relation to job satisfaction and other factors. *Social Behavior and Personality: an international journal*, *34*(9), 1151-1160.

- Blache, J., Borza, A., De Angelis, K., Frankus, E., Gabbianelli, G., Korunka, C., & Zdrehus, C. (2011). Burnout intervention training for managers and team leaders: a practice report. *Wien: Die Berater*, 2-11.
- Blackmore, G., & Persaud, D.D. (2012). Diagnosing and improving functioning in interdisciplinary health care teams. *Health Care Management*, 31(3), 195-207.
- Brown, C. & Dunn, W., (2002). *Adolescent/Adult Sensory Profile*. Pearson, Psych Corp, San Antonio, TX.
- Buunk, B.P., & Schaufeli, W.B. (1999). Reciprocity in Interpersonal Relationships: An Evolutionary Perspective on Its Importance for Health and Well-being. *European Review of Social Psychology*, 10(1), 259-291, DOI: [10.1080/14792779943000080](https://doi.org/10.1080/14792779943000080)
- Caffo E. (1999) Child and adolescent psychiatry in Italy. In: Remschmidt H., van Engeland H. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry in Europe*. Steinkopff. https://doi.org/10.1007/978-3-642-96003-1_15
- Çağlıyan, V., Findik, M., & Doğanalp, B. (2013). A consideration on emotional labour, burnout syndrome and job performance: The case of health institutions. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4(10), 532-532.
- Cameron, K. (1956). Past and present trends in child psychiatry. *Journal of Mental Science*, 102, 599– 603.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & Emilia, I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International journal of nursing studies*, 52(1), 240-249.
- Case-Smith, J. & Clifford, O.J. (2013). *Occupational therapy for children*. Elsevier Health Sciences.
- Cavaleri, M. A., Perez, M., Burton, G., Penn, M., Beharie, N., & Hoagwood, K. E. (2010). Developing the support, team building, and referral (STAR) intervention: A research/community partnership. *Child and Adolescent Mental Health*, 15, 56–59.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services* (2nd ed). Sage.
- Chirico, F. (2016). Job stress models for predicting burnout syndrome: a review. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 52(3), 443-456
- Choi B.C.K, & Pak A.W.P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: promoters, barriers, and strategies of enhancement. *Clin. Invest. Med.*, 30(6), 224-232.
- Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care–associated infection. *American journal of infection control*, 40(6), 486-490.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological assessment*, 4(1), 5.
- De Jonge, J., & Dormann, C. (2003). The DISC model: Demand-induced strain compensation mechanisms in job stress. *Occupational stress in the service professions*, 91, 43-74.

- Di Fabio, A., & Duradoni, M. (2019). Fighting incivility in the workplace for women and for all workers: The challenge of primary prevention. *Frontiers in psychology, 10*, 1805.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out*. New York: Human Sciences Press.
- Freudenberger, H. J., & Richelson, G. (1980). *Burn-out*. Anchor Press.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues 30*(1), 159-165.
- Freudenberger, H.J. (1975). The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions. *Psychotherapy Theory Research and Practice, 12*, 72-83.
- Galanakis, M., Moraitou, M., Garivaldis, F. J., & Stalikas, A. (2009). Factorial structure and psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory (MBI) in Greek midwives. *Europe's Journal of Psychology, 5*(4), 52-70.
- Gerds, J., Mancini, J., Fox, E., Rhoads, C., Ward, T., Easley, E., & Bernier, R.A. (2018). Interdisciplinary Team Evaluation: An Effective Method for the Diagnostic Assessment of Autism Spectrum Disorder, *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 39* (4), 271-281. doi: 10.1097/DBP.0000000000000549
- Gholami, T., Heidari Pahlavian, A., Akbarzadeh, M., Motamedzade, M., Heidari Moghadam, R., & Khani Jeihooni, A. (2016). Effects of nursing burnout syndrome on musculoskeletal disorders. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention, 1*(1), 35-39.
- González-Morales, M. G., Rodríguez, I., & Peiró, J. M. (2010). A longitudinal study of coping and gender in a female-dominated occupation: Predicting teachers' burnout. *Journal of Occupational Health Psychology, 15*(1), 29.
- Gorji, M. (2011). The effect of job burnout dimension on employees' performance. *International Journal of Social Science and Humanity, 1*(4), 243.
- Halbesleben, J. R., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of management, 30*(6), 859-879.
- Hersov, L. (1986). Child Psychiatry in Britain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 27*, 781-801.
- Hewitt, D. B., Ellis, R. J., Hu, Y. Y., Cheung, E. O., Moskowitz, J. T., Agarwal, G., & Bilimoria, K. Y. (2020). Evaluating the association of multiple burnout definitions and thresholds with prevalence and outcomes. *JAMA surgery, 155*(11), 1043-1049.
- Hudek-Knežević, J., Kalebić Maglica, B., & Krapčić, N. (2011). Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. *Croatian medical journal, 52*(4), 538-549.
- Kammeyer-Mueller, J. D., Simon, L. S., & Rich, B. L. (2012). The psychic cost of doing wrong: Ethical conflict, divestiture socialization, and emotional exhaustion. *Journal of management, 38*(3), 784-808.
- Kanner, L. (1960). Child psychiatry: Retrospect and prospect. *American Journal of Psychiatry, 117*(1), 15-22. <https://doi.org/10.1176/ajp.117.1.15>
- Ketelhut, J.A. (1999). Managing team activities towards success. *Hospital Materiel Management Quarterly, 21*, 27-30.

- Korczak, D., Huber, B., & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS health technology assessment*, 6.
- Kousloglou, S. A., Mouzas, O. D., Bonotis, K., Roupa, Z., Vasilopoulos, A., & Angelopoulos, N. V. (2014). Insomnia and burnout in Greek Nurses. *Hippokratia*, 18(2), 150
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
- Kutash, K., Aciri, M., Pollock, M., Armusewicz, K., Olin, S. S., & Hoagwood, K. E. (2013). Quality indicators for multidisciplinary team functioning in community-based children's mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. Advance online publication. doi: 10.1007/s10488-013-0508-2
- Lakin, B. L., Leon, S. C., & Miller, S. A. (2008). Predictors of burnout in children's residential treatment center staff. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(3), 249-270.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of applied psychology*, 75(6), 743.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89-100.
- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, stress, and coping*, 9(3), 229-243.
- Leiter, M. P., Harvie, P., & Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social science & medicine*, 47(10), 1611-1617.
- Leiter, M. P., Maslach, C., & Frame, K. (2015). Burnout. *The encyclopedia of clinical psychology*, 1-7.
- Leiter, M. P., Peck, E., & Gumuchian, S. (2015). Workplace incivility and its implications for well-being. In *Mistreatment in organizations*. Emerald Group Publishing Limited.
- LeMay M.S., Rieske R.D., & Johnston S. (2019) Interdisciplinary Teams and Autism Spectrum Disorder. In: Rieske R. (eds) Handbook of Interdisciplinary Treatments for Autism Spectrum Disorder. Autism and Child Psychopathology Series. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-13027-5_1
- Lemieux-Charles L, & McGuire W.L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63 (3), 263-300. 10.1177/1077558706287003.
- Leone, S. S., Huibers, M. J., Knottnerus, J. A., & Kant, I. (2008). The prognosis of burnout and prolonged fatigue in the working population: a comparison. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(10), 1195-1202.
- Leone, S. S., Huibers, M. J., Knottnerus, J. A., & Kant, I. (2009). The temporal relationship between burnout and prolonged fatigue: a 4-year prospective cohort study. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(4), 365-374.

- Levy, D. M. (1952). Critical evaluation of the present state of child psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 108, 481-49.
- Liff, R. (2011). *Professionals and the New Public Management: Multi-professional team work in psychiatric care*. Gothenburg Research Institute University of Gothenburg.
- MacDonald, M.B., Bally, J.M., Ferguson, L.M., Murray, B.L., Fowler-Kerry, S.E., & Anonson, J.M.S. (2010). Knowledge of the professional role of others: a key interprofessional competency. *Nurse Education Practice*, 10, 238–242.
- Manzano-García, G., & Ayala-Calvo, J. C. (2013). New Perspectives: Towards an Integration of the concept " burnout" and its explanatory models. *Anales de psicología*, 29(3), 800-809.
- Maslach C, Jackson S.E., & Leiter M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed). Consulting Psychological Press.
- Maslach C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 9, 16-22.
- Maslach, C. (1993). *Burnout: a multidimensional perspective*. In Schaufeli, W.B., Maslach, C. & Marek, T. (Eds), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, [pp. 19-32], Taylor & Francis.
- Maslach, C. (2011). Burnout and engagement in the workplace: New perspectives. *The European Health Psychologist*, 13(3), 44-47
- Maslach, C. (2011). Engagement research: Some thoughts from a burnout perspective. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 47-52.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied social psychology annual*.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2005). Reversing burnout. *Stanford Social Innovation Review*, 43-49.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, 15(2), 103-111.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). Understanding burnout: New models.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek, *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp. 1±16). Taylor and Francis.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.

- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397 – 422.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological bulletin*, 132(3), 327.
- Miles, S. A., & Watkins, M. D. (2007). The leadership team: Complementary strengths or conflicting agendas? *Harvard Business Review*, 85, 90–98.
- Moon, T. W., & Hur, W. M. (2011). Emotional intelligence, emotional exhaustion, and job performance. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 39(8), 1087-1096.
- Nagar, K. (2012). Organizational commitment and job satisfaction among teachers during times of burnout. *Vikalpa*, 37(2), 43-60.
- Nori, P., Bartash, R., Cowman, K., Dackis, M., & Pirofski, L. A. (2019, April). Is burnout infectious? Understanding drivers of burnout and job satisfaction among academic infectious diseases physicians. In *Open forum infectious diseases* (Vol. 6, No. 4, p. ofz092). US: Oxford University Press.
- Patel D. & Pratt H. (2011). In Patel D. R., et al. (Eds.), *Neurodevelopmental disabilities: Principles of team care for children with development disabilities*. New York, NY: Springer Science & Business Media B.V. doi:10.1007/978-94-007-0627-9_23
- Patel, D. R., Pratt, H. D., & Patel, N. D. (2008). Team processes and team care for children with developmental disabilities. *Pediatric Clinics of North America*, 55(6), 1375-1390.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free press.
- Rodriguez, S. Y. S., & Carlotto, M. S. (2017). Predictors of Burnout Syndrome in psychologists. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 34(1), 141-150.
- rr yc ostA Pt, M. (1999). A five-factor theory of personality. *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford, 139-153.
- Sadock, J. B. & Sadock, A. V. (2013). *Kaplan & Sadock's Επίτομη Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Salanova, M., Agut, S., & Peiró, J. M. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: the mediation of service climate. *Journal of applied Psychology*, 90(6), 1217
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 132-147, DOI:10.1080/13561820500082677
- Schaufeli, C., Maslach, C. & Mareck, T. (2017). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Routledge.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology*, 2(1), 282-424.

- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. CRC press.
- Schaufeli, W., & Salanova, M. A. R. I. S. A. (2014). Burnout, boredom and engagement at the workplace.
- Schaufeli, W.B, Leiter, M.P., Maslach C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*,14(3), 204-220.
- Schaufeli, W.B. (2006). The balance of give and take: toward a social exchange model of burnout. *The International Review of Social Psychology*, 19, 87-131.
- Schnorpfeil, P., Noll, A., Wirtz, P., Schulze, R., Ehlert, U., Frey, K., & Fischer, J. E. (2002). Assessment of exhaustion and related risk factors in employees in the manufacturing industry—a cross-sectional study. *International archives of occupational and environmental health*, 75(8), 535-540.
- Shaikh, A. A., Shaikh, A., Kumar, R., & Tahir, A. (2019). Assessment of burnout and its factors among doctors using the abbreviated Maslach burnout inventory. *Cureus*, 11(2).
- Shimizutani, M., Odagiri, Y., Ohya, Y., Shimomitsu, T., Kristensen, T. S., Maruta, T., & Imori, M. (2008). Relationship of nurse burnout with personality characteristics and coping behaviors. *Industrial health*, 46(4), 326-335.
- Shin, H., Park, Y. M., Ying, J. Y., Kim, B., Noh, H., & Lee, S. M. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(1), 44
- Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review.
- Shirom, A.(1989). Burnout in work organizations. In: Cooper, C.L. & Robertson, I. (Eds). *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 25-48), John Wiley & Sons.
- Squires, A., Finlayson, C., Gerchow, L., Cimiotti, J. P., Matthews, A., Schwendimann, R., ... & Sermeus, W. (2014). Methodological considerations when translating “burnout”. *Burnout research*, 1(2), 59-68.
- Sürgevil, O., FETTAHLIOĞLU, Ö. O., Gücenmez, S., & Budak, G. (2007). BELEDİYE ÇALIŞANLARININ DUYGUSAL SALDIRIYA UĞRAMA VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİNE YÖNELİK BİRARAŞTIRMA. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(17), 36-58
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19(3), 238-255.
- Tsiantis J., Beratis S., Tsanira E. & Karantanos I. (1999). Child and adolescent psychiatry in Greece. In H. Remschmidt & H. Van Engeland (eds) *Child and Adolescent Psychiatry in Europe. Historical Development, Current Situation, Future Perspectives* (pp. 175– 186). Dramstad: Steinkopff; Springer, New York.

- Uysal, H. T. (2019). The effect of social loafing perception to workers' feelings of burnout in organisations. Ανακτήθηκε από: <https://www.researchgate.net/publication/309763764>
- Uysal, H. T. (2019). The Effect of Social Loafing Perception to Workers' Feelings of Burnout in Organisations.
- Walk, A. (1964). The pre-history of child psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 110, 754–767.
- Warner, E., Koomar, J., Lary, B., & Cook, A. (2013). Can the body change the score? Application of sensory modulation principles in the treatment of traumatized adolescents in residential settings. *Journal of Family Violence*, 28(7), 729–738. doi:10.1007/s10896-013-9535-8
- Whiting, C.C. (2018). Trauma and the role of the school-based occupational therapist, *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 11(3), 291-301. DOI: 10.1080/19411243.2018.1438327
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Zaniboni, S., Truxillo, D.M., & Fraccaroli F. (2013). Differential effects of task variety and skill variety on burnout and turnover intentions for older and younger workers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(3), 306–317. <https://www.researchgate.net/journal/>
- Μπελιβανάκη, Μ. και συν (2005). Μονάδα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας παιδιών κι εφήβων σε Γενικό Παιδιατρικό Νοσοκομείο. Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία, 7, 68 – 79.
- Παπαδημητρίου, Μ. (2013). Η ιστορία της παιδοψυχιατρικής στην Ελλάδα σε σχέση με τις εξελίξεις στις ευρωπαϊκές χώρες. [Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Ανατομικής και Παθολογικής Ανατομικής. Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών. <http://hdl.handle.net/10442/hedi/36776>
- Demerouti, E., Mostert, K., & Bakker, A. B. (2010). Burnout and work engagement: a thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of occupational health psychology*, 15(3), 209.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD–R approach.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2017). Burnout and engagement: Contributions to a new vision. *Burnout Research*, 5, 55-57.
- Rosales, R. A., Labrague, L. J., & Rosales, G. L. (2013). Nurses' job satisfaction and burnout: Is there a connection?. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 2(1), 1.
- Myhren, H., Ekeberg, Ø., & Stokland, O. (2013). Job satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians. *Critical care research and practice*, 2013.

- Özden, D., Karagözoğlu, Ş., & Yıldırım, G. (2013). Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. *Nursing Ethics, 20*(4), 436-447.
- Bte Marmaya, N. H., Hitam, M., Zawawi, N., & Jody, J. M. (2011). Organizational commitment and job burnout among employees in Malaysia. In *Proc Intl Conf on Bus and Econs Res* (Vol. 1, pp. 185-7).
- Voci, A., Veneziani, C. A., & Metta, M. (2016). Affective organizational commitment and dispositional mindfulness as correlates of burnout in health care professionals. *Journal of Workplace Behavioral Health, 31*(2), 63-7
- Garland, B., Lambert, E. G., Hogan, N. L., Kim, B., & Kelley, T. (2014). The relationship of affective and continuance organizational commitment with correctional staff occupational burnout: A partial replication and expansion study. *Criminal justice and behavior, 41*(10), 1161-1177.
- Tosun, N., & Ulusoy, H. (2017). The relationship of organizational commitment, job satisfaction and burnout on physicians and nurses?. *Journal of Economics & Management, 28*, 90-111.
- Han, S. S., Han, J. W., An, Y. S., & Lim, S. H. (2015). Effects of role stress on nurses' turnover intentions: The mediating effects of organizational commitment and burnout. *Japan Journal of Nursing Science, 12*(4), 287-296.
- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., & Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of advanced nursing, 51*(3), 276-287.
- González-Morales, M. G., Peiró, J. M., Rodríguez, I., & Bliese, P. D. (2012). Perceived collective burnout: A multilevel explanation of burnout. *Anxiety, Stress & Coping, 25*(1), 43-61.
- Hatfield, E., & Cacioppo, J. (1994). Emotional contagion. New York: Cambridge University Press ISBN 0-521-44948-0
- Bakker, A. B., Emmerik, H. V., & Euwema, M. C. (2006). Crossover of burnout and engagement in work teams. *Work and occupations, 33*(4), 464-489.
- van Emmerik, I. H., & Sanders, K. (2005). Mismatch in working hours and affective commitment: differential relationships for distinct employee groups. *Journal of Managerial Psychology.*
- Bakker, A. B., Demerouti, E., De Boer, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of vocational behavior, 62*(2), 341-356.
- Meredith, C., Schaufeli, W., Struyve, C., Vandecandelaere, M., Gielen, S., & Kyndt, E. (2020). 'Burnout contagion' among teachers: A social network approach. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 93*(2), 328-352
- Oyeleye, O., Hanson, P., O'Connor, N., & Dunn, D. (2013). Relationship of workplace incivility, stress, and burnout on nurses' turnover intentions and psychological empowerment. *JONA: The Journal of Nursing Administration, 43*(10), 536-542.

- Humphries, N., Morgan, K., Conry, M. C., McGowan, Y., Montgomery, A., & McGee, H. (2014). Quality of care and health professional burnout: narrative literature review. *International journal of health care quality assurance*
- Acker, G. M. (2012). Burnout among mental health care providers. *Journal of Social Work, 12*(5), 475-490.
- O'Connor, K., Neff, D. M., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry, 53*, 74-99.
- Tabaj, A., Pastirk, S., Bitenc, Č., & Masten, R. (2015). Work-related stress, burnout, compassion, and work satisfaction of professional workers in vocational rehabilitation. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 58*(2), 113-123
- Paris, M., & Hoge, M. A. (2010). Burnout in the mental health workforce: A review. *The journal of behavioral health services & research, 37*(4), 519-528.
- Bruschini, M., Carli, A., & Burla, F. (2018). Burnout and work-related stress in Italian rehabilitation professionals: A comparison of physiotherapists, speech therapists and occupational therapists. *Work, 59*(1), 121-129
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., ... & Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry research, 200*(2-3), 933-938.
- Yang, S., Meredith, P., & Khan, A. (2015). Stress and burnout among healthcare professionals working in a mental health setting in Singapore. *Asian journal of psychiatry, 15*, 15-20.
- Kim, J. H., Kim, A. R., Kim, M. G., Kim, C. H., Lee, K. H., Park, D., & Hwang, J. M. (2020). Burnout Syndrome and Work-Related Stress in Physical and Occupational Therapists Working in Different Types of Hospitals: Which Group Is the Most Vulnerable?. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(14), 5001.
- Kumar, S. (2011). Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here?. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 20*(4), 295-301.
- Rössler, W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 262*(2), 65-69.
- Eliacin, J., Flanagan, M., Monroe-DeVita, M., Wasmuth, S., Salyers, M. P., & Rollins, A. L. (2018). Social capital and burnout among mental healthcare providers. *Journal of Mental Health, 27*(5), 388-394.
- Cascio, M. I., Magnano, P., Parenti, I., & Plaia, A. (2017). The role of emotional intelligence in health care professionals burnout. *International Journal of Healthcare and Medical Sciences, 3*(2), 8-16
- Bressi, C., Porcellana, M., Gambini, O., Madia, L., Muffatti, R., Peirone, A., ... & Altamura, A. C. (2009). Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatric services, 60*(7), 985-988.

- Heponiemi, T., Aalto, A. M., Puttonen, S., Vänskä, J., & Elovainio, M. (2014). Work-related stress, job resources, and well-being among psychiatrists and other medical specialists in Finland. *Psychiatric services, 65*(6), 796-801
- Scanlan, J. N., & Still, M. (2013). Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health. *Australian occupational therapy journal, 60*(5), 310-318.
- Sanchez-Reilly, S., Morrison, L. J., Carey, E., Bernacki, R., O'Neill, L., Kapo, J., ... & Thomas, J. D. (2013). Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *The journal of supportive oncology, 11*(2), 75.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior, 2*(2), 99-113.
- Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L., & Rollins, A. L. (2017). The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine, 32*(4), 475-482.
- Windover, A. K., Martinez, K., Mercer, M. B., Neuendorf, K., Boissy, A., & Rothberg, M. B. (2018). Correlates and outcomes of physician burnout within a large academic medical center. *JAMA internal medicine, 178*(6), 856-858.
- Lee, H. F., Yen, M., Fetzer, S., & Chien, T. W. (2015). Predictors of burnout among nurses in Taiwan. *Community mental health journal, 51*(6), 733-737.
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine, 136*(5), 358-367.
- Lightfoot, C., Cole, M., & Cole, S. R. (2014). Η ανάπτυξη των παιδιών (Επιστημονική Επιμέλεια: Ζ. Μπαμπλεκού, Μετάφραση: Μ. Κουλεντιανού). Αθήνα: Guttenberg.
- Δημητρίου, Α., & Γωνίδα, Ε. (1997). Γνωστική ανάπτυξη κατά την εφηβεία: Γενικά χαρακτηριστικά και ειδικές ικανότητες. Στο Τσιάντης, Ι. (Εκδ.). *Εφηβεία* (2^{ος} τόμος, 1^ο τεύχος, σελ. 145 – 178). Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Αναστασόπουλος, Δ. (1997). Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη στην εφηβεία. Στο Τσιάντης, Ι. (Εκδ.). *Εφηβεία* (2^{ος} τόμος, 1^ο τεύχος, σελ. 31 – 68). Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Cooper, M., Hooper, C. & Thompson, M. (2012). *Child and Adolescent Mental Health – Theory and Practice* (1st ed.). Oxford University Press.
- Τσιάντης, Γ. (2001). Ανάπτυξη του παιδιού με έμφαση στη συναισθηματική πλευρά: Από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία. Στο Γ. Τσιάντης (Επιμ.), ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ (17 – 41). Εκδόσεις Καστανιώτη.
- King, G. A., Baldwin, P. J., Currie, M., & Evans, J. (2005). Planning successful transitions from school to adult roles for youth with disabilities. *Children's Health Care, 34*(3), 193-216.
- American Occupational Therapy Association (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy, 68* (Supplement 1), S1 – S48.

- Κουλουμπή, Μ. (2017). Έργο και δραστηριότητα: Η προσέγγιση της εργοθεραπείας. Αθήνα, Ελλάδα: Κωνσταντάρας, Ιατρικές Εκδόσεις.
- King, G. A., Baldwin, P. J., Currie, M., & Evans, J. (2005). Planning successful transitions from school to adult roles for youth with disabilities. *Children's Health Care, 34*(3), 193-216.
- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain & Process 2nd edition. *Am J Occup Ther, 62*, 625-683.
- Crouch, R. B., & Alers, V. M. (Eds.). (2014). *Occupational therapy in psychiatry and mental health*. West Sussex, UK: Wiley Blackwell.
- Krantz, G., Tolan, V., Pontarelli, K., & Cahill, S. M. (2016). What do adolescents with developmental disabilities learn about sexuality and dating? A potential role for occupational therapy. *The Open Journal of Occupational Therapy, 4*(2), 5
- Ikiugu, M. N., & Pollard, N. (2015). *Meaningful living through occupation: occupation-based intervention strategies for occupational therapists and scientists*. Whiting & Birch
- Henry, A. (2008). Assessment of Play and Leisure in Children and Adolescents. *Play in Occupational Therapy for Children, 95–191*. doi:10.1016/b978-032302954-4.10005-4
- Wilson, S. A., & Laundry, G. (2014). *Task analysis, An Individual and Population Approach*, (3rd ed.). Bethesda: AOTA Press, The American Occupational Therapy Association Inc.
- Arbesman, M., Bazyk, S., & Nochajski, S. M. (2013). Systematic review of occupational therapy and mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth. *American Journal of Occupational Therapy, 67*(6), e120-e130.
- American Occupational Therapy Association. (2018). Transitions for children and youth: How occupational therapy can help. Retrieved from <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/CY/Fact-Sheets/Transitions.pdf>.
- Pierce, D., Spence, A., Sakemiller, L., & Roberts, C. (2020). School-based Transition Readiness Services for Adolescents with Disabilities. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention, 1-18*.
- Hardaker, L., Halcomb, E., Griffiths, R., Bolzan, N., & Arblaster, K. (2011). A survey of 63 Australian occupational therapists working in youth mental health. *Occupational Therapy in Mental Health, 27*(2), 140-154.
- Padmore, J. (2016). *The mental health needs of children and young people: guiding you to key issues and practices in CAMHS*. Open University Press.
- Lynch, A., Ashcraft, R., Paul-Ward, A., Tekell, L., Salamat, A., & Schefkind, S. (2017). Occupational therapy's role in mental health promotion, prevention, & intervention with children & youth: Foster care (School Mental Health, pp. 1–3)[Information sheet]. American Occupational Therapy Association.
- Ayres, A. J. (1989). *Sensory Integration and Praxis Tests manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

- Schaaf, R. C., & Roley, S. S. (2006). *SI: Applying clinical reasoning to practice with diverse populations*. Harcourt Assessment, Incorporated.
- Brown, C., & Dunn, W. (2002). Adult/adolescent sensory profile: Self questionnaire. *Pearson Clinical*.
- OTD, S. S. R., & Julie Bissell, O. T. D. (2015). Occupational therapy for children and youth using sensory integration theory and methods in school-based practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69, 1.
- Alexander, K. C., & Kuhaneck, H. C. (2015). Successful participation at school: Strategies for students with autism spectrum disorder.
- Koomar, J. A. (2009). Trauma-and attachment-informed sensory integration assessment and intervention. *Sensory Integration Special Interest Section Quarterly*, 32(4), 1-4.
- Whiting, C. C. (2018). Trauma and the role of the school-based occupational therapist. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 11(3), 291-301.
- Warner, E., Koomar, J., Lary, B., & Cook, A. (2013). Can the body change the score? Application of sensory modulation principles in the treatment of traumatized adolescents in residential settings. *Journal of Family Violence*, 28(7), 729–738. doi:10.1007/s10896-013-9535-8
- Murray, C., Turpin, M., Edwards, I., & Jones, M. (2015). A qualitative meta-synthesis about challenges experienced in occupational therapy practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(9), 534-546.
- Delany, C., & Galvin, J. (2014). Ethics and shared decision-making in paediatric occupational therapy practice. *Developmental Neurorehabilitation*, 17(5), 347-354.
- Jacobs, L. M., Nawaz, M. K., Hood, J. L., & Bae, S. (2012). Burnout among workers in a pediatric health care system. *Workplace health & safety*, 60(8), 335-344.
- Poulsen, A. A., Meredith, P., Khan, A., Henderson, J., Castrisos, V., & Khan, S. R. (2014). Burnout and work engagement in occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(3), 156-164.
- Reis, H. I., Vale, C., Camacho, C., Estrela, C., & Dixe, M. D. A. (2018). Burnout among occupational therapists in Portugal: a study of specific factors. *Occupational therapy in health care*, 32(3), 275-289.
- Escudero-Escudero, A. C., Segura-Fragoso, A., & Cantero-Garlito, P. A. (2020). Burnout syndrome in occupational therapists in Spain: prevalence and risk factors. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 316
- Abaoğlu, H., Demirok, T., & Kayihan, H. (2020). Burnout and its relationship with work-related factors among occupational therapists working in public sector in Turkey. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 1-10.

- Culverhouse, J., & Bibby, P. F. (2008). Occupational therapy and care coordination: The challenges faced by occupational therapists in community mental health settings. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(11), 496-498.
- Gupta, S., Paterson, M. L., Lysaght, R. M., & VonZweck, C. M. (2012). Experiences of burnout and coping strategies utilized by occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(2), 86-95.
- Du Plessis, T., Visagie, S., & Mji, G. (2014). The prevalence of burnout amongst therapists working in private physical rehabilitation centers in South Africa: a descriptive study. *South African Journal of Occupational Therapy*, 44(2), 11-15.
- Wressle, E., & Samuelsson, K. (2014). High job demands and lack of time: A future challenge in occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), 421-428
- Lexén, A., Kalsås, K., Liiri, J., & Håkansson, C. (2020). Perceived job strain among Swedish occupational therapists with less than 10 years of work experience. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-9.
- Delos Reyes, R. C. (2018). Burnout among Filipino occupational therapists: A mixed methods analysis. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 6(4), 7.
- Edwards, H., & Dirette, D. (2010). The relationship between professional identity and burnout among occupational therapists. *Occupational therapy in health care*, 24(2), 119-129.
- Henderson, P., Batten, R., & Richmond, J. (2015). Perceptions of the role of occupational therapy in community child and adolescent mental health services. *Occupational Therapy in Mental Health*, 31(2), 155-167.
- Derakhshanrad, S. A., Piven, E., & Zeynalzadeh Ghoochani, B. (2019). The Relationships between Problem-Solving, Creativity, and Job Burnout in Iranian Occupational Therapists. *Occupational therapy in health care*, 33(4), 365-380.
- Mozayan, M., Rezaee, M., Kalantari, M., & Tabatabaee, S. M. (2012). A survey on burnout and related factors among occupational therapists in Iran. *Rehabilitation Medicine*, 1(1), 34-41.
- Chen, C. C. (2020). Professional quality of life among occupational therapy practitioners: An exploratory study of compassion fatigue. *Occupational Therapy in Mental Health*, 36(2), 162-175.
- Salloum, A., Kondrat, D. C., Johnco, C., & Olson, K. R. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 49, 54-61.
- Steinlin, C., Dölitzsch, C., Kind, N., Fischer, S., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2017). The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland. *Child & Youth Services*, 38(2), 159-175.
- Passmore, S., Hemming, E., McIntosh, H. C., & Hellman, C. M. (2020). The relationship between hope, meaning in work, secondary traumatic stress, and burnout among child abuse pediatric clinicians. *The Permanente Journal*, 24.

