

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»

MSc in Health and Social Care Management

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η επίδραση της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική σχέση θεραπευτή-ασθενή»

Καλαφατάκη Ευταξία

Επιβλέπων Καθηγητής

Μάρκος Σαρρής

Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Αθήνα 2021

«Η επίδραση της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική σχέση θεραπευτή-ασθενή»

Καλαφατάκη Ευταξία

A.M. 19090

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων Καθηγητής Μάρκος Σαρρής
Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Μέλος Καθηγητής Σωτήριος Σούλης
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Μέλος Αν. Καθηγήτρια Ασπασία Γούλα
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Καλαφατάκη Ευταξία του Σπυρίδωνος, με αριθμό μητρώου 19090 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής 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».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι της 30/9/2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Καλαφατάκη Ευταξία



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλο το ακαδημαϊκό και συνεργαζόμενο επιστημονικό προσωπικό του μεταπτυχιακού προγράμματος, ιδιαιτέρως δε, τον κύριο Μάρκο Σαρρή, επιβλέποντα καθηγητή της εργασίας μου, την κυρία Ασπασία Γούλα, τον κύριο Σωτήριο Σούλη καθώς και τον κύριο Χρυσόστομο Νάτση, για τη συνεργασία, καθοδήγηση, συμπαράσταση και την απόκτηση γνώσεων σε όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος! Θα ήθελα να ευχαριστήσω και την οικογένειά μου για την ενθάρρυνση.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	10
ABSTRACT.....	11
A.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
1.Η έννοια της ενσυναίσθησης.....	14
Χαρακτηριστικά της ενσυναίσθησης.....	15
1.1Επίπεδα της ενσυναίσθησης.....	18
1.Είδη ενσυναίσθησης.....	19
2.Εαυτός-Οι θεραπευτικές συνθήκες.....	22
2.1Η ενσυναίσθηση στη προσωποκεντρική ιατρική.....	26
3.Σχέση θεραπευτή-ασθενούς.....	29
Η επικοινωνία στη θεραπευτική συμμαχία.....	30
4.Η συναισθηματική νοημοσύνη και η επίδραση της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική σχέση θεραπευτή-ασθενούς.....	34
4.1Παράγοντες που ενισχύουν την ενσυναίσθηση στη θεραπευτική σχέση θεραπευτή-ασθενούς.....	35
4.2Εμπόδια εφαρμογής ενσυναισθητικής συμπεριφοράς στη θεραπευτική σχέση θεραπευτή-ασθενή.....	36
5.Η επίδραση της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική σχέση ψυχολόγου-ασθενή.....	39
B.ΕΡΕΥΤΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	42
6.1ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	42

6.2 Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ φυσιολογικής αντιστοιχίας της ενσυναίσθησης του θεραπευτή που αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής και της κοινωνικής-συναισθηματικής διαδικασίας όσο διαρκεί η ψυχοθεραπεία.....	43
6.2.1 Μέθοδος.....	47
Συμμετέχοντες.....	47
Διαδικασίες.....	48
Φυσιολογικές μετρήσεις.....	48
Φυσιολογική συμφωνία.....	48
Αντιληπτή ενσυναίσθηση.....	49
Κοινωνικές-συναισθηματικές βαθμολογίες.....	50
Θετικά, ουδέτερα και αρνητικά κοινωνικά-συναισθηματικά στοιχεία με σύντομη περιγραφή.....	51
6.2.2 Αποτελέσματα και συζήτηση.....	52
Αξιοπιστία του φυσιολογικού μέτρου συνάφειας.....	52
Κλινικά παραδείγματα χαμηλής και υψηλής φυσιολογικής αντιστοιχίας.....	53
Φυσιολογική Συμφωνία και Αντιληπτή ενσυναίσθηση.....	53
Φυσιολογική Συμφωνία και κοινωνικές-συναισθηματικές βαθμολογίες.....	53
Περιορισμοί.....	59
6.3 Οι αντιλήψεις του ασθενή για την ενσυναίσθηση του γιατρού, η ικανοποίηση από τον γιατρό, η διαπροσωπική εμπιστοσύνη και η συμμόρφωση του ασθενή.....	61
6.3.1 Μέθοδος.....	61
Συμμετέχοντες.....	61
Στατιστικές αναλύσεις.....	63
6.3.2 Αποτελέσματα και συζήτηση.....	63
Υποκείμενη κατασκευή κλίμακας.....	63

Ταυτόχρονη ισχύς.....	65
Αξιοπιστία.....	67
Περιγραφικά στατιστικά.....	68
Ισχύς που σχετίζεται με το κριτήριο.....	68
Κολονοσκόπηση.....	68
Μαστογραφία.....	70
PSA.....	70
Συσχέτιση με ιατρική αυτοαναφερόμενη ενσυναίσθηση.....	71
Περιορισμοί.....	71
6.4 Ενσυναίσθηση και ακρόαση γιατρού: Συσχετισμοί με ικανοποίηση και αυτονομία ασθενών.....	74
6.4.1 Μέθοδος.....	74
6.4.2 Αποτελέσματα και συζήτηση.....	74
6.5 Η σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης του ιατρού και των επιπλοκών της νόσου. Μία εμπειρική μελέτη γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των διαβητικών ασθενών στη Πάρμα Ιταλίας.....	75
6.5.1 Μέθοδος.....	75
Συμμετέχοντες.....	76
Μέτρηση της ενσυναίσθησης του γιατρού.....	77
Μέτρα επιπλοκών της νόσου.....	78
Στατιστικές αναλύσεις.....	78
6.5.2 Αποτελέσματα και συζήτηση.....	79
Ομαδοποίηση ιατρών με βάση τα αποτελέσματα ενσυναίσθησης.....	79
Επίπεδο ενσυναίσθησης για τους γιατρούς και επιπλοκές της νόσου ασθενών.....	79
Λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης.....	80

Περιορισμοί.....	83
6.6Η ενσυναίσθηση σχετίζεται με την κλινική ικανότητα στην ιατρική περίθαλψη.....	86
6.6.1Μέθοδος.....	86
6.6.2Αποτελέσματα.....	86
Περιορισμοί.....	87
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	88
7.Σενάριο ενσυναίσθησης.....	96
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	142

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1.....	51
Πίνακας 2.....	56
Πίνακας 3.....	63
Πίνακας 4.....	65
Πίνακας 5.....	67
Πίνακας 6.....	68
Πίνακας 7.....	79
Πίνακας 8.....	80
Πίνακας 9.....	81
Πίνακας 10.....	92
Σχήμα 1.....	53
Σχήμα 2.....	54
Σχήμα 3.....	54

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επίδραση της ενσυναίσθησης καθορίζει πολλούς τομείς της προσωπικής, κοινωνικής, εκπαιδευτικής και επαγγελματικής ζωής μας, καθώς συνοδεύεται από την αναγνώριση και κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων. Επίσης, οι δυνατότητες επικοινωνίας, που είναι αποτέλεσμα τόσο χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, αλλά και της κατάλληλης εκπαίδευσης σε τεχνικές επικοινωνίας, ενισχύουν σημαντικά τη διαμόρφωση ουσιαστικής θεραπευτικής σχέσης, αλλά και στη συμμόρφωση των ασθενών σε μία θεραπεία. Η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης, η αντιμετώπιση διάφορων εμποδίων που τίθενται σε μία θεραπευτική σχέση αλλά και το θετικό πρόσημό της στη σχέση θεραπευτή-ασθενή μπορεί να οδηγήσει κάποιες φορές σε ένα θετικό αποτέλεσμα της έκβασης της ασθένειας. Στόχος της εργασίας είναι να αναδειχτεί η αξία της ενσυναίσθησης και ποιοι είναι κατ' επέκταση αυτοί οι παράγοντες που επηρεάζονται και βελτιώνονται μέσα σε μία ενσυναισθητική θεραπευτική σχέση. Εξετάστηκαν διάφορα ερευνητικά δεδομένα, χρησιμοποιήθηκε η συστηματική ανασκόπηση των ερευνών, υλικό, μέθοδος και δείγμα που γίνεται αναφορά στο ειδικό μέρος και τα συμπεράσματα που προέκυψαν είναι ότι η ενσυναισθητική συμπεριφορά των θεραπευτών έχει θετικό αντίκτυπο σε θεραπευόμενους και κατ' επέκταση στη συμμόρφωσή τους σε μία θεραπεία αλλά και η ενσυναίσθηση ακόμα σε φοιτητές ιατρικής σκιαγραφεί μία καλύτερη κλινική ικανότητα.

Λέξεις κλειδιά: Επίδραση ενσυναίσθησης, θεραπευτική σχέση, θεραπευτής, θεραπευόμενος

ABSTRACT

The role of empathy during a therapeutic relationship between therapist-patient

The role of empathy influences many parts of our personal, social, educational and professional life, as it has been followed by recognition and understanding of others' emotions. In addition, the potentials of communication, which are the results of the personality characteristics, but also the suitable training at the technics of communication, boost importantly the creation of a deep therapeutic relationship, and the patient listens to the therapist during a therapy. The development of empathy, the dealing with different obstacles that come up during a therapeutic relationship, and the positivity in the therapist-patient relationship can lead sometimes to a positive result of the illness. The aim of this assignment is to investigate the value of empathy, the factors that empathy influences and how they are improved during an empathetic therapeutic relationship. Recent previous studies were investigated, methodical review of researches is used, material, method and sample which is mentioned in the research part and the results support that empathetic attitude of the therapist has positive result on patients and as a result patients listen to therapists and empathy on students of Medical school shows that they have a better clinical ability.

Key words: role of empathy, therapeutic relationship, therapist, patient

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επίδραση της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική σχέση θεραπευτή ασθενή είναι πολύ ενδιαφέρον θέμα που έχει απασχολήσει ιδιαίτερος τον επιστημονικό κόσμο μέσα στο χρόνο και έχουν γίνει έρευνες από τις οποίες προκύπτουν συσχετίσεις της ενσυναίσθησης με αποτελέσματα όπως πώς επηρεάζουν τον ασθενή, τη συμμόρφωση του ασθενή στον θεραπευτή, την ικανοποίηση του ασθενή από τον ενσυναισθητικό γιατρό, την υψηλή ικανότητα που παρουσιάζει ένας μελλοντικός επαγγελματίας υγείας, την ενσυναίσθηση του θεραπευτή που οδηγεί σε μία κλινική έκβαση.

Ο Carl Rogers αναφέρει ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας μοναδικός τρόπος που σου επιτρέπει να γνωρίσεις τον εαυτό σου και το άλλο πρόσωπο, ένας τρόπος συντονισμού και κατανόησης. Όταν η ενσυναίσθηση επεκτείνεται, ικανοποιεί τις ανάγκες και τις επιθυμίες μας για οικειότητα και μας σώζει από τα συναισθήματα της μοναξιάς. Υποστηρίζεται ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να σχετίζεται με γενετικούς, εξελικτικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες και πως η έλλειψή της, μπορεί να βελτιωθεί μέσω συνεχούς εκπαίδευσης (Hojat, 2013).

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην ανάδειξη, μέσα από ένα σύνολο ερευνών και στοιχείων, της σημασίας της ενσυναίσθησης και των σημαντικών αποτελεσμάτων που παρατηρούνται από την ύπαρξη της ή την απουσία της στη θεραπευτική σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου. Η μέθοδος προσέγγισης του θέματος είναι η συστηματική ανασκόπηση βιβλιογραφίας ελληνικής και ξένης καθώς και ξενόγλωσσων άρθρων στο διαδίκτυο όπου αναλύονται κριτικά.

Στο γενικό μέρος της εργασίας, το οποίο αποτελεί το θεωρητικό μέρος της εργασίας, παρουσιάζεται η έννοια της ενσυναίσθησης, τα χαρακτηριστικά της, τα επίπεδα ενσυναίσθησης καθώς και ο διαχωρισμός στα διάφορα είδη ενσυναίσθησης. Στη συνέχεια γίνεται μία ανάλυση του Εαυτού και των θεραπευτικών συνθηκών καθώς και της θέσης ενσυναίσθησης στη προσωποκεντρική ιατρική. Η ενσυναίσθηση στη σχέση θεραπευτή-

ασθενούς και η επικοινωνία στη θεραπευτική συμμαχία παίζουν καθοριστικό ρόλο για μία θετική έκβαση της υγείας του θεραπευόμενου. Εξετάζεται, επίσης, η συναισθηματική νοημοσύνη και η επίδραση της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική σχέση θεραπευτή-ασθενή,

οι παράγοντες που ενισχύουν την ενσυναίσθηση στη θεραπευτική σχέση θεραπευτή-ασθενή αλλά και τα εμπόδια εφαρμογής ενσυναισθητικής συμπεριφοράς στη θεραπευτική σχέση θεραπευτή-ασθενή.

Στο ειδικό μέρος, το οποίο αποτελεί το ερευνητικό μέρος της εργασίας, εξετάζονται ξενόγλωσσες έρευνες που αποδεικνύουν θετικές συσχετίσεις της ενσυναίσθησης και των αποτελεσμάτων της πάνω σε θεραπευόμενους. Όταν υπάρχει λιγότερη ή καθόλου ενσυναίσθηση σε θεραπευτές αυτό έχει αντίκτυπο και στους θεραπευόμενους αλλά και στη σχέση που διαμορφώνουν απέναντι στο θεραπευτή. Επίσης, προέκυψε ότι και σε φοιτητές ιατρικής με υψηλή ενσυναίσθηση που μελετήθηκαν φανέρωναν υψηλότερη κλινική απόδοση. Παρουσιάζονται η έρευνα, η μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και η συζήτηση πάνω στο υπό εξέταση θέμα και οι συσχετίσεις με άλλες έρευνες. Τέλος ακολουθούν τα γενικά συμπεράσματα.

Α.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Ο όρος ενσυναίσθηση αναφέρθηκε από Γερμανούς αισθητικούς της τέχνης ως *Einfuhlung*. Στην αγγλόφωνη βιβλιογραφία συναντάται αργότερα με τον όρο *empathy*. Το 1993 ο Buber όρισε την ενσυναίσθηση ως εξής «...σημαίνει ...το να υπεισέρχεται κανείς με τα αισθήματά του στη δυναμική δομή ενός αντικειμένου...ενός ζώου ή ανθρώπου σαν να εμπρόκειτο να το ανιχνεύσει από το εσωτερικό του». Μεταφέροντας τον όρο στη ψυχοθεραπεία, ο Rogers όρισε την ενσυναίσθηση ως : « την ικανότητα του θεραπευτή να καταλαβαίνει το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου ατόμου με ακρίβεια και με τα συναισθηματικά και νοητικά στοιχεία που εμπεριέχονται, σαν ο θεραπευτής να ήταν το ίδιο άτομο, αλλά χωρίς να χάνει την ιδιότητά του "ως αν..."» (Ποταμιάνος et al., 2008).

Ο Titchener χρησιμοποίησε με έναν δικό του τρόπο μια μέθοδο σε πειραματικό πλαίσιο, με την χρήση της ενδοσκόπησης σε τρία διαφορετικά περιστατικά, καταλήγοντας στα εξής συμπεράσματα: α) Ότι η ενσυναίσθηση εκφράζεται μέσω της οπτικής εικόνας του ατόμου σε γεγονότα/καταστάσεις μέσω του κινητικού μηχανισμού, γιατί "όχι μόνο βλέπω, αλλά αισθάνομαι/ενεργώ και με το μυαλό", β) χρησιμοποίησε την ενσυναίσθηση με όρους "λογικής και συναισθήματος", γ) χρησιμοποίησε την ενσυναίσθηση σε διαπροσωπικό επίπεδο, θεωρώντας δεδομένο ότι το "άτομο πρέπει να σκεφτεί όπως σκέπτεται ο απέναντι του και να τον κατανοήσει, δηλ. να μιλάει την γλώσσα του", μπαίνοντας στη θέση του άλλου.

Η σημασιολογία της έννοιας της ενσυναίσθησης έχει να κάνει με την ανακάλυψη των συναισθημάτων και των αντιδράσεων ενός άλλου ατόμου με σκοπό να αποδοθεί η σημασία και η ερμηνεία για όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αντίληψη του τρόπου σκέψης του (Campbell et al, 2004). Η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα στάδιο της ηθικής ωριμότητας (Greif et al., 1973) και συνήθως αναπτύσσεται σε καταστάσεις θυμού, στεναχώριας και αντιπαλότητας (Shamasundar, 1999). Επομένως, η ενσυναίσθηση παρουσιάζεται πιο συχνά όταν ο ανθρώπινος πόνος είναι έντονος και διάχυτος. Τα άτομα τα οποία είναι πιο

ευαίσθητα σε σχέση με τους άλλους είναι πιο ενσυναισθηματικοί άνθρωποι. Ο Kohut, ως δεύτερος κλινικός ψυχολόγος, έθεσε δυο ορισμούς για την έννοια της ενσυναίσθησης, έναν αφηρημένο και έναν εφαρμοσμένο. Σύμφωνα με τον πρώτο ορισμό, η ενσυναίσθηση είναι μια «αντιπροσωπευτική ενδοσκόπηση» (Kohut, 1959), ενώ, στον δεύτερο ορισμό, η ενσυναίσθηση ορίστηκε ως «η ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται και να αισθάνεται τον εαυτό του στην εσωτερική ζωή ενός άλλου προσώπου» (Kohut, 1984).

Η πλειοψηφία των ψυχολόγων αναγνωρίζουν την μεγάλη αξία της και προσδιορίζουν αυτό το ανθρώπινο χαρακτηριστικό ως μία ικανότητα κατανόησης του άλλου μέσω των συναισθημάτων. Αυτή η ικανότητα κρίνεται απαραίτητη για την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και αποτελεί το ακρογωνιαίο λίθο για την εξέλιξη της κοινωνικής ζωής του ατόμου (Hogan, 1969, Eisenberg et al., 1987). Έτσι, πολλοί μελετητές αναφέρουν την ενσυναίσθηση ως ένα συνδετικό κρίκο της κοινωνίας, όπου προβάλλει την υποστήριξη μεταξύ των προσώπων και συντελεί στην αποφυγή των αρνητικών συναισθημάτων (Baron-Cohen et al, 2004). Μέσα από έρευνες φαίνεται πως άτομα με έντονη την αντίληψη της ενσυναίσθησης προάγουν τη δημιουργία κοινωνικού κύκλου και προσαρμόζονται ευκολότερα στο επαγγελματικό και οικογενειακό περιβάλλον, καθώς συναλλάσσονται περισσότερο με άτομα άλλων εθνικοτήτων και πολιτισμών (Batson et al, 2001, Hoffman, 2000, Rasoal et al., 2011).

Η βιωματική εσωτερίκευση των συναισθημάτων κάποιου άλλου αποτελεί μία δεξιότητα, η οποία λειτουργεί ως παράγοντας που αποτρέπει την εκδήλωση επιθετικών περιστατικών. Η ενσυναίσθηση, σε συνδυασμό με το αίσθημα της διεκδίκησης βελτιώνουν σημαντικά την προσωπική και επαγγελματική κατάσταση του ατόμου (Patera et al., 2008). Η ενσυναίσθηση διαμορφώνεται από μια σειρά πτυχών και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου που επικεντρώνεται στο πώς κατανοούμε και αντιλαμβανόμαστε τον συνάνθρωπο (Agosta, 1984). Πηγάζει από το αίσθημα ανεκτικότητας, την ανταπόκριση, την άνευ όρων αποδοχή και την έλλειψη κριτικής (Hojat, 2007).

Χαρακτηριστικά της ενσυναίσθησης

Σύμφωνα, όμως, με τον ορισμό του Rogers, η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί μόνο μια γνωστική διαδικασία αλλά σαφώς περιλαμβάνει και έναν συναισθηματικό συγχρονισμό με τον θεραπευόμενο. Ο ενσυναισθητικός θεραπευτής ανταποκρίνεται συνολικά στη διαδικασία ανάλυσης του ασθενή, είτε αυτή συμπεριλαμβάνει γνωστικό είτε

συναισθηματικό περιεχόμενο. Ο Hojat έρχεται αντιμέτωπος με μια σοβαρή αντίφαση στα κείμενά του. Τη στιγμή που περιγράφει την ενσυναίσθηση ως μια γνωστική διαδικασία που περιλαμβάνει μια βαθιά κατανόηση, αλλά και την ικανότητα να επικοινωνείται αυτή η κατανόηση, αργότερα επιστρέφει και περιγράφει ότι ο γιατρός οφείλει να νιώθει τις εμπειρίες του ασθενή του σε τέτοιο βαθμό που δεν εμποδίζει την κλινική του πράξη. Δηλαδή αφενός περιγράφει ότι πρόκειται για μία γνωστική διαδικασία, αλλά αφ'ετέρου ενστερνίζεται, ως ένα βαθμό, και την από κοινού συναισθηματική αίσθηση της εμπειρίας. Εάν ο ασθενής κάνει μια γνωστική επεξεργασία της εμπειρίας του, τότε η ενσυναίσθηση είναι μια ανταπόκριση σε αυτή τη διαδικασία. Όταν ο ασθενής βιώνει συναισθηματικά μια εμπειρία, αντίστοιχα ο θεραπευτής ανταποκρίνεται σε αυτή «ζώντας μαζί» (feeling with) με τον ασθενή προσωρινά, την ίδια εμπειρία, σαν ο θεραπευτής να ήταν ο θεραπευόμενος, χωρίς όμως, να χάνεται αυτή η «σαν να» συνθήκη. Η βαθιά αυτή κατανόηση των συναισθημάτων και των συμπεριφορών των άλλων ανθρώπων αποτελεί κεντρικό άξονα της ανθρώπινης επιβίωσης. Η κατανόηση αυτή είναι βασικό συστατικό μιας ενσυναισθητικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου.

Η αντίληψη του θεραπευόμενου ότι γίνεται κατανοητός από τον θεραπευτή του είναι από μόνη της θεραπευτική καθώς εντείνει την αίσθηση του ανήκειν, την αίσθηση του δεσμού και την αίσθηση της υποστήριξης από τον θεραπευτή. Η ενσυναίσθηση στη φροντίδα του θεραπευόμενου βασίζεται στις έννοιες του δεσμού και της κατανόησης. Όσο περισσότερο ο ασθενής αισθάνεται ότι τον καταλαβαίνουν σωματικά, ψυχικά και σε κοινωνικό επίπεδο, τόσο περισσότερο ενισχύεται η πραγμάτωση της θεμελιώδους ανθρώπινης ανάγκης για αποδοχή (Hojat, 2003). Ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό της κατανόησης στη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου είναι η ικανότητα του θεραπευτή να αφουγκράζεται το πλαίσιο αναφοράς του ασθενή του, χωρίς όμως να απομακρύνεται από τον δικό του προσωπικό χώρο αλλά να μπορεί να υιοθετεί για λίγο την οπτική του ανθρώπου που έχει απέναντί του. Η ακρίβεια βέβαια στην κατανόηση αυτή αποτελεί ένα μεγάλο κεφάλαιο γύρω από την έρευνα που γίνεται για την ενσυναίσθηση. Όπως ο Carl Rogers συμβούλευε τους εκπαιδευόμενούς του «εάν θέλουμε να γίνουμε καλύτεροι θεραπευτές, θα πρέπει να επιτρέψουμε στους πελάτες μας να μας υποδεικνύουν εάν έχουμε καταλάβει σωστά ή όχι» (Rogers, 1975). Η ακρίβεια στην κατανόηση εξαρτάται από την δύναμη της ενσυναισθητικής σχέσης που δημιουργείται μεταξύ θεραπευτή και ασθενή, αλλά και από τους μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται σε αυτή και συνεχώς ανατροφοδοτούνται.

Ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνεί ο θεραπευτής την ενσυναίσθηση αποτελεί ίσως το πιο βασικό συστατικό που διευκολύνει την εδραίωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Σύμφωνα με τον Carkhuff αλλά και τον Chessick η βασική θεραπευτική διάσταση της σχέσης θεραπευτή-ασθενή δεν εξαρτάται μόνο από την ενσυναίσθηση που βιώνει ο θεραπευτής αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο την επικοινωνεί στον ασθενή του (Ποταμιάνος et al., 2008).

Οι Truax and Carkhuff περιγράφουν την ενσυναίσθηση ως «την ικανότητα του θεραπευτή να υπεισέρχεται στον ιδιωτικό κόσμο του ασθενή βιώνοντάς τον και επικοινωνώντας αυτή την κατανόηση στον ασθενή με τρόπο που να συγχρονίζεται με τα συναισθήματά του». Ένας θεραπευτής που βιώνει ενσυναίσθηση για τον ασθενή του αλλά αποτυγχάνει να την επικοινωνήσει, τότε δεν θα γίνει αντιληπτός ως ένας ενσυναισθητικός θεραπευτής (Bylund, 2005). Κατά την αλληλεπίδραση θεραπευτή-θεραπευόμενου υπάρχουν πάντα εξαιρετικές ευκαιρίες για να εκφραστεί μια αμοιβαία κατανόηση, τη στιγμή που ο ασθενής εκφράζει τις ανησυχίες του, τα συναισθήματά του ή τους προβληματισμούς του. Αυτές οι ευκαιρίες ονομάζονται από τους Suchman, Markakis, Beckman and Frankel ως «δυνάμει ενσυναισθητικές ευκαιρίες». Ωστόσο σημαντικό ρόλο της επικοινωνίας στη φροντίδα του ασθενή παίζει και η αμοιβαιότητα. Αν και η έννοια της αμοιβαιότητας συναντάται σπάνια στη βιβλιογραφία γύρω από την ενσυναίσθηση (Bennett, 2001), θα πρέπει να επισημανθεί ως βασικό συστατικό μιας ενσυναισθητικής αλληλεπίδρασης.

Η αμοιβαία κατανόηση δημιουργεί μια δυναμική ανατροφοδότηση η οποία είναι βοηθητική όχι μόνο για τον θεραπευόμενο αλλά πολύ περισσότερο συνδράμει και τον θεραπευτή να καταλήξει σε μια ορθότερη διάγνωση. Ως εκ τούτου η θεραπεία που θα προτείνει θα έχει καλύτερο αποτέλεσμα. Αυτή η αμοιβαία κατανόηση έχει ως προϋπόθεση φυσικά ότι τόσο ο θεραπευτής όσο και ο θεραπευόμενος να είναι ενεργοί κατά την αλληλεπίδρασή τους. Ο τρόπος, για παράδειγμα, με τον οποίο ένας θεραπευτής σχετίζεται με τον ασθενή του μπορεί να έχει ισχυρό αντίκτυπο στην πορεία της νόσου του ασθενή. Γύρω στον 4ο αιώνα π.Χ. ο Ιπποκράτης ισχυριζόταν ότι αρκετοί ασθενείς αναρρώνουν αποκλειστικά και μόνο επειδή πιστεύουν στους γιατρούς τους, ενώ συμπλήρωνε ότι «ο ασθενής, ακόμα κι αν γνωρίζει πως η κατάσταση της υγείας του είναι επικίνδυνη, μπορεί να ανακάμψει ή να ανακτήσει την υγεία του μέσα από την ικανοποίηση που παίρνει από την καλοσύνη του γιατρού» (DiMatteo, 1979).

Η ικανοποίηση που παίρνει ο θεραπευτής από την ποιότητα της σχέσης με τον θεραπευόμενο μπορεί να προφυλάξει ενάντια στην επαγγελματική εξουθένωση, τη χρήση ουσιών ή ακόμα και την αυτοκτονία, που εμφανίζονται ασυνήθιστα υψηλά σε επαγγελματίες υγείας (Sullivan, 1990). Ακριβώς επειδή οι γιατροί αντιλαμβάνονται τις ενσυναισθητικές σχέσεις ως ποιοτικές διαπροσωπικές σχέσεις που ενισχύουν τους δεσμούς, αυτές οι σχέσεις αναστέλλουν τη δυσφορία που προκαλεί ένα μη λειτουργικό σύστημα υγείας στους ίδιους (Lewis, 1998). Από αυτό προκύπτει ότι η ενσυναίσθηση λειτουργεί προστατευτικά έναντι στο εργασιακό άγχος που συχνά βιώνουν οι θεραπευτές. Αυτή η διαπροσωπική επικοινωνία είναι ίσως το κυριότερο θεραπευτικό εργαλείο που διαθέτει ο θεραπευτής κατά την άσκηση της κλινικής πράξης. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η ασθένεια δεν μπορεί να γίνει πλήρως κατανοητή, χωρίς την κατανόηση της συνολικής κατάστασης του ασθενή και η θεραπεία δεν ξεκινά με την εφαρμογή της ιατρικής πράξης αλλά ξεκινά με τον τρόπο που η ιατρική πράξη εφαρμόζεται. Για παράδειγμα διαφορετικό είναι το είδος της σχέσης που εδραιώνεται με ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια νοσήματα και η φροντίδα τους είναι καθημερινή, ενώ άλλη σχέση εδραιώνεται στη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων, όπου μια ενσυναισθητική και ισχυρή σχέση είναι σχεδόν αδύνατον να εδραιωθεί.

1.1 Επίπεδα της ενσυναίσθησης

Η ενσυναίσθηση θεωρείται από πολλούς ως μία διαπροσωπική διεργασία η οποία έχει πολλά διαφορετικά επίπεδα τα οποία συνήθως ακολουθούν μία χρονική σειρά. Ο Rogers αναγνώρισε δύο κυρίως επίπεδα: την προσωρινή εμπίωση της ζωής του πελάτη του και την επικοινωνία (τη μεταβίβαση) στο συμβουλευόμενο αυτής της διεπίδωσης στο νόημα της ζωής του. Ένας άλλος προσδιορισμός επιπέδων ενσυναίσθησης, στηριζόμενος στις ιδέες του Freud, περιγράφει τέσσερα επίπεδα: α) την απλή αναγνώριση, β) τη σκόπιμη αναγνώριση, γ) την αντίσταση και δ) τη σκόπιμη εκ νέου αναγνώριση (Stewart, 1956).

Επηρεασμένος από τον Carl Rogers, ο Barrett-Lennard περιέγραψε, σε ένα πολύ ενδιαφέρον άρθρο για τον κύκλο που κάνει η διαπροσωπική ενσυναίσθηση, πέντε επίπεδα: α) την ενσυναίσθητη διάθεση, όπου ο ψυχοθεραπευτής παρακολουθεί με προσοχή και ενεργητικά τον πελάτη του, β) την ενσυναίσθητη αντήχηση, όπου το άτομο που διαθέτει την ικανότητα για ενσυναίσθηση απαντά με συναίσθημα στο συνομιλητή του, γ) την εκφρασμένη ενσυναίσθηση, που είναι η επικοινωνιακή ενέργεια, δ) την

προσληφθείσα ενσυναίσθηση, δηλαδή πως αντιλαμβάνεται ο παραλήπτης την ενσυναίσθητη αντίδραση του αποστολέα της και ε) την ανατροφοδότηση.

Ο Bohart και Grennberg αναγνωρίζουν και προτείνουν τρία επίπεδα ενσυναίσθησης, κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας τα οποία μπορούν να γενικευτούν στη σχέση θεραπευτή-ασθενή. Αυτά είναι: α) η ενσυναίσθητη επικοινωνία όπως την καταλαβαίνουν οι περισσότεροι, και η οποία βοηθά στο χτίσιμο της σχέσης αλλά δεν προχωρά σε βαθύτερα επίπεδα κατανόησης, όπως τα άλλα είπεδα, β) η βασισμένη στην εμπειρία κατανόηση του κόσμου του θεραπευομένου ενσυναίσθηση με την οποία εννοούν τη προσπάθεια του θεραπευτή να συλλάβει όλη την κατάσταση του θεραπευόμενου όπως ο ίδιος την αντιλαμβάνεται και την έχει βιώσει και γ) η επικοινωνιακή προσαρμογή, η οποία τονίζεται ιδιαίτερα από την προσωποκεντρική προσέγγιση και περιλαμβάνει την ικανότητα του θεραπευτή να είναι συγχρονισμένος με τον πελάτη του, έτσι ώστε να κατανοεί τι αισθάνεται και τι προσπαθεί να επικοινωνήσει από στιγμή σε στιγμή. Από τα παραπάνω συνάγεται το συμπέρασμα ότι υπάρχει ένα συναισθηματικό επίπεδο ενσυναίσθησης, το οποίο ακολουθείται από ένα είδος γνωστικής δραστηριότητας. Πέρα από αυτό τα επίπεδα ενσυναίσθησης επηρεάζονται από παράγοντες προσωπικούς, κοινωνικούς, αναπτυξιακούς κ.ά. που θα συζητηθούν παρακάτω.

1.2 Είδη της ενσυναίσθησης

Έχουν καταγραφεί πολλές μορφές που μπορεί να πάρει η ενσυναίσθηση. Κάποιοι μιλούν για έμφυτη ή επίκτητη ενσυναίσθηση. Έμφυτη είναι η ενσυναίσθηση η οποία αναπτύσσεται στον άνθρωπο καθώς αυτός ωριμάζει και μπορεί να θεωρηθεί μία έμφυτη ικανότητα ενώ επίκτητη μπορεί να θεωρηθεί η ενσυναίσθηση η οποία αποκτάται μετά από μάθημα και εξάσκηση. Γίνεται λόγος από κάποιους θεωρητικούς για θυμική ή γνωστική ενσυναίσθηση που μπορεί να περιέχει ηθικά ή συμπεριφορικά στοιχεία. Η γνωστική ενσυναίσθηση αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να μπαίνει στη θέση του θεραπευόμενου και να κατανοεί τον τρόπο που αυτός σκέπτεται και αντιδρά στα γεγονότα της ζωής του.

Η θυμική ενσυναίσθηση είναι η προδιάθεση του θεραπευτή να αισθάνεται τα συναισθήματα του θεραπευόμενου. Το ηθικό στοιχείο αναφέρεται στο εσωτερικό κίνητρο για ενσυναίσθηση ενώ το συμπεριφορικό στοιχείο αναφέρεται στις επικοινωνιακές δεξιότητες που επιδεικνύει ο θεραπευτής όπως είναι η ενεργητική ακρόαση, ο στοχασμός,

η διευκρίνιση. Από έρευνες της Bachelor (1988), στις οποίες ζητήθηκε από τους θεραπευόμενους να περιγράψουν πως βίωσαν την ενσυναίσθηση στα πλαίσια της θεραπείας τους, προέκυψαν τέσσερα είδη ενσυναίσθησης: η γνωστική, η θυμική, η συμμετοχική και η επικουρική ενσυναίσθηση. Ως γνωστική ενσυναίσθηση οι θεραπευόμενοι όρισαν την ικανότητα του θεραπευτή να κατανοεί την υποκειμενική τους εμπειρία. Θυμική ενσυναίσθηση όρισαν την ικανότητά του θεραπευτή να μοιράζεται τη συναισθηματική τους εμπειρία. Συμμετοχική ενσυναίσθηση εκδηλώνεται εκ μέρους του θεραπευτή όταν αυτός επιδεικνύει ενσυναίσθηση μέσα από τη δική του αυτό-αποκάλυψη. Τέλος, επικουρική ενσυναίσθηση είναι εκείνη που ο θεραπευτής, δείχνει μέσα από την υποστήριξη, το ειλικρινές ενδιαφέρον και τη προσπάθειά του να βοηθήσει. Ο Rogers περιγράφοντας την ενσυναίσθηση υποστήριξε ότι αποτελείται από το θυμικό (ευαισθησία), το γνωστικό (παρατήρηση και πνευματική εργασία) και το επικοινωνιακό (αντίδραση-απάντηση του θεραπευτή).

Μία πρόσφατη παραγοντική ανάλυση αναγνωρίζει πέντε κύριους παράγοντες της ενσυναίσθησης: τους τέσσερις προαναφερθέντες και έναν πέμπτο τη σύνδεση ή ταίριασμα της συναισθηματικής αντίδρασης που είναι η τάση να αντιδρά ο θεραπευτής στα συναισθήματα του πελάτη του με όμοια συναισθήματα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο Gladstein κατέληξε σε δέκα οκτώ διαφορετικά είδη ενσυναίσθησης με βάση τις κλίμακες που έχουν δημιουργηθεί για την μέτρηση της ενσυναίσθησης και με βάση τους διαφορετικούς ορισμούς που της έχουν δοθεί. Είναι γεγονός ότι η ενσυναίσθηση έχει αναλυθεί σε πολλούς και ποικίλους παράγοντες, οι οποίοι δεν ορίζονται με τον ίδιο τρόπο. Οποσδήποτε φαίνεται να υπάρχει συμφωνία ως προς τη γνωστική και θυμική της διάσταση. Αν κοιτάξει κανείς τις αλλαγές που έχουν γίνει στον ορισμό της ενσυναίσθησης θα δει ότι της προστέθηκε και η επικοινωνιακή διάσταση την οποία υποστήριξε και ο Carl Rogers. Στα είδη της ενσυναίσθησης θα ήταν σκόπιμο να προσθέσει κανείς και την θεραπευτική ενσυναίσθηση, ως την διαδικασία αλληλεπίδρασης μέσα από την οποία ο θεραπευτής γνωρίζει και κατανοεί τον θεραπευόμενο προκειμένου να διευκολύνει την ανάπτυξη και εξέλιξή του καθώς και τη λύση των προβλημάτων του.

Πρόσφατες μελέτες και έρευνες κατέληξαν σε ένα πολυδιάστατο μοντέλο ενσυναίσθησης το οποίο περιλαμβάνει θυμικά και γνωστικά στοιχεία. Το μοντέλο αυτό λειτούργησε ως θεωρητικό υπόβαθρο για τη δημιουργία μίας κλίμακας μέτρησης της ενσυναίσθησης, η οποία περιλαμβάνει τέσσερις παράγοντες: α)τη συμφωνική θυμική

ενσυναίσθηση ή ενσυναίσθητο ενδιαφέρον, β)την ανάληψη της προοπτικής του άλλου ή γνωστική ενσυναίσθηση, που σημαίνει να προσπαθεί ο θεραπευτής να βλέπει την κατάσταση από την οπτική γωνία του άλλου, γ)τη φαντασιακή ενσυναίσθηση, που δηλώνει τάση για συναισθηματική συμμετοχή και ταύτιση με φανταστικούς χαρακτήρες, δ) την ενσυναίσθητη ανησυχία ή ασύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση ή προσωπική ενόχληση (Μαλικιώση-Λοίζου, 2003).

2.ΕΑΥΤΟΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Η έννοια του εαυτού είναι βασική για την προσωποκεντρική θεωρία. Σύμφωνα με τον Carl Rogers το κομμάτι εκείνο του αντιληπτικού πεδίου που συμβολοποιείται και αποκτά νόημα και αξία για το άτομο, διαφοροποιείται και σχηματίζει τον εαυτό. Συμβολοποίηση είναι η διαδικασία κατά την οποία οι εμπειρίες και τα ερεθίσματα που βρίσκονται στο φαινομενολογικό πεδίο νοηματοδοτούνται και συνεπώς αποκτούν κάποια αξία για το άτομο. Έτσι, από τα παραπάνω προκύπτει ότι μόνο ένα τμήμα του πεδίου συμβολοποιείται καθώς τα ερεθίσματα που υπάρχουν στο πεδίο είναι πολλά. Ο εαυτός λοιπόν περιέχει και τις σχέσεις του ατόμου με τα σημαντικά πρόσωπα. Έτσι το άτομο σχηματίζει μια σταθερή αντίληψη για τον εαυτό του, παρόλο που ο ίδιος αλλάζει και μεταβάλλεται. Αντιλαμβάνεται με αυτόν τον τρόπο την ύπαρξή του ως ξεχωριστό ον. Ο εαυτός εξελίσσεται και διευρύνεται με εμπειρίες και γεγονότα τα οποία μπορούν να ελεγχθούν από τον ίδιο. Για παράδειγμα ένα μάτι το οποίο έχει απώλεια όρασης δεν αντιλαμβάνεται 'ως εαυτός' καθώς δεν μπορεί πια να ελεγχθεί. Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η έννοια του εαυτού μπορεί να γίνει αντιληπτή.

Το σύστημα αυτό των αντιλήψεων μπορεί να περάσει στη συνείδηση σε αντίθεση με άλλες εμπειρίες που μπορεί να βιώνουν τα άτομα, των οποίων την ύπαρξη δεν γνωρίζουν. Παράλληλα με την έννοια του εαυτού υπάρχει και η έννοια του ιδανικού εαυτού. Ο κάθε άνθρωπος συνήθως έχει κάποιες αντιλήψεις σε σχέση με τον εαυτό του, στις οποίες έχει αποδοθεί μεγάλη αξία. Έχει δηλαδή να κάνει με το πώς ο κάθε άνθρωπος θα ήθελε να είναι. Ποια χαρακτηριστικά είναι αυτά τα οποία εξιδανικευμένα θα συμπεριελάμβανε στη δομή του εαυτού του (Bozarth, 1998).

Η θεραπευτική σχέση, όπως την διατύπωσε ο Rogers, βασίζεται στις παρακάτω απαραίτητες και ικανές συνθήκες:

1. Δύο άνθρωποι βρίσκονται σε επαφή.

2. Το πρώτο άτομο θα ονομαστεί πελάτης. Η λέξη πελάτης προέρχεται από το αρχαίο ρήμα πελάζω που σημαίνει πλησιάζω (Μπαμπινιώτης, 1998). Ο πελάτης-θεραπευόμενος βρίσκεται σε ασυμβατότητα (incongruence) και είναι ευάλωτος και αγχωμένος.

3. Το δεύτερο άτομο που θα ονομαστεί θεραπευτής, βρίσκεται σε συμβατότητα (congruence) σε αυτή τη σχέση.

4. Ο θεραπευτής αισθάνεται άνευ όρων αποδοχή και σεβασμό για τον πελάτη-θεραπευόμενο.

5. Ο θεραπευτής έχει ενσυναίσθητική κατανόηση του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς του πελάτη-θεραπευόμενου.

6. Ο πελάτης αντιλαμβάνεται τουλάχιστον ως ένα ορισμένο σημείο της συνθήκες 4 και 5, δηλαδή την άνευ όρων αποδοχή του θεραπευτή για αυτόν και την ενσυναίσθητική του κατανόηση.

Για λόγους καλύτερης κατανόησης θα συζητηθεί η κάθε θεραπευτική συνθήκη χωριστά. Πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι η μεμονωμένη εφαρμογή της κάθε μίας από αυτές μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αποδυνάμωσή τους και την μετατροπή τους σε μία απλή τεχνική, η οποία μπορεί εύκολα να παρερμηνευτεί. Η σύνθεση και η ταυτόχρονη έκφραση και παροχή των συνθηκών 3, 4 και 5 είναι απαραίτητες προκειμένου να δημιουργηθεί το κλίμα εμπιστοσύνης που απαιτείται για μία ουσιαστική συνάντηση θεραπευτή-πελάτη και για την ανάπτυξη μίας βαθιάς σχέσης μεταξύ τους. Σε αυτή τη μοναδική σχέση βασίζεται η προσωποκεντρική θεραπεία. Δεν πρόκειται δηλαδή για μία σειρά τεχνικές (καλή ακρόαση, ζεστή και επιτρεπτική συμπεριφορά, ανεπιτήδευτη οικειότητα του θεραπευτή) πάνω στις οποίες βασίζεται η προσωποκεντρική θεραπευτική σχέση. Πρόκειται μάλλον για μία θεραπευτική προσωπικότητα, η οποία έχει ενσωματώσει αυτές τις συνθήκες και είναι έτοιμη για τη συνάντησή της με τον Άλλο που ζητά συμπαράσταση. Στη συνέχεια θα εξεταστεί διεξοδικά η καθεμία από αυτές τις συνθήκες, ξεκινώντας από την ενσυναίσθηση.

A. Τα δύο κύρια σημεία της προσωποκεντρικής ενσυναίσθησης είναι: α) η ικανότητα του θεραπευτή να υπεισέρχεται, να καταλαβαίνει και να αισθάνεται όπως ακριβώς ο πελάτης-θεραπευόμενος του, και να μπορεί να του επικοινωνεί αυτή την κατανόησή του, β) η ικανότητά του να μη χάνει ποτέ τον εαυτό του κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας. Ο αποτελεσματικότερος τρόπος να νιώσει ο πελάτης την ενσυναίσθητική

κατανόηση είναι να περιγράψει ο θεραπευτής με δικά του λόγια τι καταλαβαίνει ή πώς αισθάνεται καθώς βρίσκεται μέσα στο εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του πελάτη-θεραπευόμενο. Αυτή η αντανάκλαση των λόγων συνιστά επιβεβαίωση της ενσυναισθητικής κατανόησης και δεν είναι μία μηχανική αντανάκλαση συναισθημάτων. Η μηχανική ανταπόκριση συναισθημάτων ή λόγων του πελάτη δεν έχει σχέση με την ενσυναίσθηση.

Ουσιαστικά, η ενσυναισθητική αντανάκλαση δεν είναι ούτε κατηγορηματική ούτε συμπερασματική. Είναι περισσότερο ερωτηματική, ως μία προσπάθεια εκ μέρους του προσωποκεντρικού θεραπευτή να επιβεβαιώσει ότι κατάλαβε ακριβώς, ότι βρίσκεται όντως στη πραγματικότητα του πελάτη στο πλαίσιο αναφοράς του. Η ενσυναισθηματική αντανάκλαση έχει πολλάκις παρανοηθεί, ενώ συχνά καταλήγει να είναι μία απλά μηχανιστική μέθοδος επανάληψης των λόγων του πελάτη. Από μόνη της η ενσυναισθητική ανταπόκριση, χωρίς τη συνύπαρξη των άλλων συνθηκών για τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, γίνεται σύντομα αντιληπτή από τον θεραπευόμενο ως μη αυθεντική, ως τεχνητή. Αντίθετα, στο κλίμα της προσωποκεντρικής θεραπευτικής σχέσης η ενσυναισθητική αντανάκλαση φαίνεται να έχει πολλά αποτελέσματα. Καθώς ο θεραπευόμενος ακούει τα λόγια που λέει συνειδητοποιεί, πολύ πιο ζοηρά και με μεγάλη ακρίβεια, πώς βιώνει τη πραγματικότητά του εκείνη τη στιγμή. Έτσι, νιώθει ασφάλεια και εμπιστοσύνη ώστε να εξακριβώσει και να εκφράσει τι ακριβώς σκέφτεται ή αισθάνεται (Ποταμιάνος et al., 2008).

Ένα δεύτερο ευεργετικό αποτέλεσμα είναι η αναβίωση αντιδράσεων και κυρίως εμπειριών που δεν έχουν συνειδητοποιηθεί τελείως. Υποστηρίζεται ότι η ενσυναισθητική αντανάκλαση είναι εξαιρετικά χρήσιμη γιατί ο εντοπισμός και η αναβίωση μίας παλιότερης μισοαναγνωρισμένης εμπειρίας είναι πιο ουσιαστικά από την αναμνηστική αναγνώριση ή την παράθεση γεγονότων της ζωής του πελάτη-θεραπευόμενο.

Η επανάληψη ή εστίαση στα λόγια του πελάτη έχει θεραπευτικά αποτελέσματα μόνο όταν συνοδεύεται από πραγματική διάθεση κατανόησης και αποδοχής, αλλά και μόνο εφόσον αυτή η διάθεση και προσπάθεια του θεραπευτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη-θεραπευόμενο (Rogers, 1959). Η επικοινωνία αυτή σε βαθύτερο επίπεδο βοηθά τον θεραπευόμενο, γιατί νιώθει ότι κάποιος τον ακούει και τον καταλαβαίνει, ακόμη και όταν ο ίδιος αισθάνεται ότι τα λόγια του ακούγονται παράξενα ή ανόητα στους άλλους ή και στα δικά του αυτιά. Όταν μάλιστα αισθάνεται ταυτόχρονα την άνευ όρων αποδοχή

και την αυθεντικότητα του θεραπευτή, τότε η εμπιστοσύνη στη σχέση και στον εαυτό του αποκαθίσταται και νιώθει ασφαλής να αρχίσει να διερευνά και επανεξετάζει το όποιο πρόβλημά του.

B. Η άνευ όρων αποδοχή (unconditional positive regard) σημαίνει ό,τι ακριβώς περιγράφει ο όρος. Σύμφωνα με αυτό το στοιχείο, ο θεραπευτής δεν επηρεάζεται και δεν κρίνει τον ασθενή για οποιοδήποτε χαρακτηριστικό του. Τον βλέπει και τον αποδέχεται ως ανθρώπινη οντότητα, με τις δικές του συμπεριφορές και τη δική του αυτοεικόνα. Και τούτο διότι τη συγκεκριμένη στιγμή ο θεραπευόμενος έτσι αντιλαμβάνεται τη πραγματικότητά του και έτσι περιγράφει το πώς αισθάνεται ή σκέφτεται και έτσι είναι ο ίδιος. Η οποιαδήποτε κρίση (ακόμη κι ένας έπαινος) μπορεί να θίξει ευαίσθητα σημεία της προσωπικότητάς του. Ο λόγος είναι ότι με κάθε κρίση ο θεραπευόμενος παίρνει το μήνυμα ότι κρίνεται, ότι βρίσκεται ξανά στη γνώριμη εσωτερική του ασυμβατότητα και ότι δεν μπορεί να εμπιστευτεί και να αισθανθεί ασφαλής με το θεραπευτή του. Όταν αντίθετα έχει το αίσθημα ότι δεν κρίνεται και ότι γίνεται αποδεκτός χαλαρώνει τις άμυνές του, αισθάνεται ασφαλής και αρχίζει να εξετάζει ο ίδιος το πρόβλημά του όσο και όταν μπορεί και με τον δικό του ρυθμό.

Η άνευ όρων αποδοχή μπορεί εύκολα να μετατραπεί σε μέθοδο και σε τεχνική. Ο θεραπευτής δηλαδή μπορεί να προσποιηθεί ότι αποδέχεται τον πελάτη-θεραπευόμενο χωρίς όρους και να το επιβεβαιώσει με λόγια. Αν όμως δεν το νιώθει πραγματικά και η αποδοχή που επιδεικνύει δεν αποτελεί μέρος της φιλοσοφίας και της ύπαρξής του, θα προδοθεί από το σώμα, τα μάτια και τις κινήσεις του, γεγονός που γίνεται εύκολα αντιληπτό κυρίως από τα ευαίσθητα στη γνώμη των τρίτων άτομα. Το αποτέλεσμα είναι ότι έτσι δε δημιουργείται η θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

Κάθε φράση ή έκφραση του πελάτη κατά τη θεραπεία δικαιούται να ακουστεί με τον ίδιο σεβασμό, προσοχή, κατανόηση και τιμή από τον θεραπευτή. Σε αυτό το σημείο δοκιμάζεται η άνευ όρων αποδοχή του. Οι πονεμένες, κακοποιημένες πλευρές της προσωπικότητας ή όσες θεωρούμε θετικές είναι εύκολο να γίνουν αποδεκτές. Η πρόκληση για τον θεραπευτή αρχίζει όταν τολμήσει να εμφανιστεί το θυμωμένο, επιθετικό, παθητικό ή χειραγωγικό κομμάτι του Άλλου. Η προσωποκεντρική προσέγγιση έχει επικριθεί ότι ενθαρρύνει μόνο την έκφραση αδύνατων και ευαίσθητων σημείων του πελάτη-θεραπευόμενου. Κάτι τέτοιο όμως δεν αληθεύει. Αντίθετα, αυτές οι δύσκολες ,πολλάκις άγνωστες ακόμη και στο ίδιο το άτομο, πλευρές εμφανίζονται μέσα σε κλίμα

αποδοχής και απουσίας ερμηνείας, και είναι ευπρόσδεκτες για γνωριμία και εξερεύνηση. Η άνευ όρων αποδοχή δεν διαφοροποιεί τη συμπεριφορά από το άτομο. Αποδοχή δεν σημαίνει έγκριση. Άλλωστε στη προσωποκεντρική θεραπευτική σχέση δεν τίθεται θέμα έγκρισης διότι δεν υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για αυτήν, δηλαδή η αξιολόγηση και η κρίση.

Η ύπαρξη της άνευ όρων αποδοχής δεν είναι εφικτή από μόνη της. Και τούτο γιατί είναι πολύ δύσκολο, σχεδόν αδύνατο, να γίνουν αποδεκτές η σκληρότητα, η χειραγώγηση, η καταστροφικότητα και γενικότερα η διαφορετικότητα του Άλλου. Όταν όμως η άνευ όρων αποδοχή συνταιριαστεί με την ενσυναίσθηση, και όταν ο θεραπευτής μπορέσει να δει τον κόσμο μέσα από τα μάτια του πελάτη του και να μπει στο δικό του πλαίσιο αναφοράς, τότε θα αναγνωρίσει ότι κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες οι συγκεκριμένες συμπεριφορές και αντιδράσεις του πελάτη δεν είναι ανακόλουθες. Ίσως έτσι ο θεραπευτής έλθει ξανά σε επαφή με δικούς του γνωστούς πόνους, ενοχές, ντροπές, θυμούς, εκδικητικότητα. Ένας θεραπευτής μπορεί ίσως να αντέξει και να αποδεκτεί όλο το φάσμα της ανθρώπινης υπόστασης μόνο όταν έχει γνωρίσει και έχει αποδεχθεί και τη δική του ανθρώπινη φύση σε όλη της την πολυπλοκότητα, όταν έχει διευρύνει το δικό του αντιληπτικό πεδίο, το δικό του εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς, όταν είναι ανοιχτός να δεχθεί όλες τις εμπειρίες που του προκαλεί ο πελάτης.

Γ. Η συμβατότητα/αυθεντικότητα (congruence) ως έννοια είναι δύσκολο να αποδοθεί. Αναφέρεται στη συμβατότητα των εμπειριών του ατόμου με την εικόνα ή την αντίληψη του εαυτού του (αυτοαντίληψη). Συμβατότητα υπάρχει όταν οι εμπειρίες και τα συναισθήματα δεν απειλούν την αυτοεικόνα και δεν συγκρούονται μαζί της, όταν δηλαδή οι εμπειρίες αναγνωρίζονται, γίνονται αποδεκτές και είναι διαθέσιμες για περαιτέρω επεξεργασία. Ο θεραπευτής δεν κυριαρχείται από δικά του πρόσκαιρα ή διαρκή συναισθήματα, τα οποία του είναι άγνωστα ή αγνοημένα και παρεμποδίζουν την επικοινωνία με τον θεραπευόμενό του. Οι προκαταλήψεις, τα στερεότυπα, οι γενικεύσεις, οι σοβινιστικές τάσεις και οι ταξικές διαφορές είναι τα συνηθέστερα από αυτά και μπορούν να εμφανιστούν ξαφνικά απειλώντας με την παρουσία τους αξίες και αισθήματα που δεν έχουν συνειδητοποιηθεί από τον θεραπευτή (Ποταμιάνος et al., 2008).

2.1 Η ενσυναίσθηση στη προσωποκεντρική ιατρική

Ο Carl Rogers εστίασε στην ενσυναίσθηση, την άνευ όρων αποδοχή και τη γνησιότητα ως βασικά συστατικά της ανθρωπιστικής συμβουλευτικής. Η ενσυναίσθητη κατανόηση

είναι επιπλέον κεντρικός άξονας στην προσωποκεντρική φροντίδα ή στη σχεσιοκεντρική φροντίδα (relationship-based care). Ο ψυχίατρος και φιλόσοφος Karl Jaspers έδωσε αρκετή έμφαση σε μία ευρύτερη προσέγγιση της συμπόνοιας και ανέλυσε τη σημασία της κατανόησης της εμπειρίας του άλλου, σε αντίθεση με την ερμηνεία της συμπεριφοράς. Ο Jaspers αναφέρει ότι το μυστικό της κατανόησης της υποκειμενικότητας είναι η ενσυναίσθηση.

«Τα υποκειμενικά συμπτώματα δεν μπορούν να γίνουν αντιληπτά παρά μόνο μέσα από την εξέταση των οργάνων. Αυτά μπορούν να γίνουν κατανοητά μόνο εάν μεταφερθεί ο ένας στην ψυχή του άλλου. Μόνο εάν γίνει μια εσωτερική πραγματικότητα για τον παρατηρητή μέσω της συμμετοχής του στην εμπειρία του άλλου –και αυτό δεν είναι μια διανοητική διαδικασία» (Jaspers, 1968). Ο ίδιος έδωσε μια επιπλέον διάσταση στην ενσυναίσθηση λέγοντας ότι η ακρίβειά της εξαρτάται και από τις υποκειμενικές εμπειρίες του παρατηρητή –στο βαθμό που εκείνος έχει βιώσει με κάποιον τρόπο τα συναισθήματα που αποδίδονται στον άλλο. Για παράδειγμα, υποστήριζε ότι στη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου, ο θεραπευτής που δεν έχει πενήσει τις δικές του απώλειες, δυσκολεύεται αρκετά να δείξει ενσυναίσθηση στις απώλειες του ασθενή του, υπάρχει όμως η δυνατότητα, μέσα από την δική του ψυχοθεραπεία, ο θεραπευτής να είναι σε θέση να μάθει περισσότερο για το εύρος των συναισθημάτων και συμπεριφορών που ενυπάρχουν σε αυτή τη διανοητική κατάσταση.

Προκειμένου ο θεραπευόμενος να νιώσει ότι ακούγεται και ότι γίνεται κατανοητός, θα πρέπει ο επαγγελματίας υγείας να έχει ανεπτυγμένη την ικανότητα για ενσυναίσθηση, είτε μέσω μάθησης, είτε μέσω της εποπτείας είτε μέσω των προσωπικών του εμπειριών. Η ενσυναίσθηση δεν είναι μόνο η ικανότητα να εισέρχομαι και να μοιράζομαι τα συναισθήματα του άλλου, αλλά είναι και η ικανότητα να κοιτάω τον κόσμο με τον τρόπο που ο άλλος τον κοιτάει (Cox, M., 1986). Στην προσωποκεντρική προσέγγιση της ιατρικής, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να βγει κερδισμένος αν έχει ο ίδιος μια δικιά του επαγγελματική, κοινωνική και πολιτισμική ταυτότητα, η οποία θα μπορέσει να βοηθήσει σίγουρα τη θεραπευτική σχέση (Cox, J.L., 2011). Η προσωποκεντρική σχέση με τον ασθενή είναι μια ισότιμη σχέση μεταξύ θεραπευτή και ασθενή, ενώ συμπεριλαμβάνει τον καταμερισμό των ευθυνών, τη θεραπευτική συμμαχία, τις βιοψυχοκοινωνικές παραμέτρους του ασθενή αλλά και τον θεραπευτή ως πρόσωπο (Cox, J.L., 2010).

Η διάγνωση, κατά την προσωποκεντρική προσέγγιση και σύμφωνα με τον ιστορικό της ιατρικής Lain-Entralgo (1982) , δεν είναι ο εντοπισμός μιας ασθένειας (νοσολογική διάγνωση) ή η διαφοροποίηση μιας ασθένειας από μια άλλη (διαφοροδιάγνωση) αλλά η βαθιά κατανόηση του τί συμβαίνει μέσα στο μυαλό και το σώμα του θεραπευόμενου. Επιπλέον στοιχείο της «προσωποκεντρικότητας» είναι η έμφαση που δίνεται στην ισοτιμία και στην χωρίς αποκλεισμούς ανοιχτή διαδικασία μεταξύ θεραπευτή και ασθενή, η οποία περιλαμβάνει το διάλογο και την επαρκή αλληλεπίδρασή τους. Σε αυτή την ισότιμη αλληλεπίδραση συμμετέχει ο επαγγελματίας υγείας, ο ασθενής, η οικογένεια (ως ένα υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο) και τα μέλη της κοινωνίας (δάσκαλοι, κοινωνικοί λειτουργοί κτλ). Όλα τα μέλη της αλληλεπίδρασης αυτής οφείλουν να σέβονται τις αξίες και πεποιθήσεις του ατόμου που ζητάει βοήθεια (Salloum, 2010).

3.ΣΧΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ-ΑΣΘΕΝΗ

Η θεραπευτική επικοινωνία παρεκκλίνει από τα τυπικά πλαίσια επικοινωνίας, τα οποία περιορίζονται στην ανταλλαγή πληροφοριών, εμπειριών και απόψεων. Αρχικά, περιλαμβάνει τη συμμετοχή τόσο του θεραπευτή όσο και του ασθενούς με επίκεντρο τον ίδιο τον ασθενή και τις συνθήκες διαβίωσής του, με σκοπό τη βελτίωση αυτών με τη βοήθεια του θεραπευτή (Kneisl, 2009). Αυτό το είδος της επικοινωνίας απαιτεί την αμφίδρομη συμμετοχή των συνομιλητών και τη δέσμευση του επαγγελματία υγείας για τη σταθεροποίηση της σχέσης αυτής (Spiers & Wood, 2010). Η θεραπευτική επικοινωνία αποτελεί το ερέθισμα ανάπτυξης της ψυχικής υγείας και, κατά επέκταση, μίας θετικότερης στάσης του ασθενούς ως προς τη φύση του προβλήματος υγείας, αλλά και της προοπτικής της στο μέλλον (Moyle, 2003). Από την πλευρά του θεραπευτή, η έννοια της φροντίδας μεταφέρεται μέσω της ευγενικής, φιλικής και θετικής προσέγγισής του (Webb, 2011).

Η αναγκαιότητα της θεραπευτικής επικοινωνίας στηρίζεται στη μεταβίβαση αισθήματος ευφορίας και ανακούφισης και στην ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία, με σκοπό την εξασφάλιση και βελτίωση της υγείας του (Beeber, 1998). Όταν ο θεραπευόμενος αντιληφθεί το αίσθημα της ασφάλειας, το οποίο του μεταβιβάστηκε μέσω της συμπόνοιας του επαγγελματία υγείας, τότε αποκτά μια θετική στάση απέναντι στις αλλαγές και υποχωρήσεις που πιθανόν να περιλαμβάνει η θεραπεία της νόσου, έτσι ώστε να επιστρέψει πλήρως στις υποχρεώσεις της καθημερινότητας (Perla, 1952). Για την καλύτερη αντίληψη της έννοιας, η θεραπευτική επικοινωνία διακρίνεται σε τρία στάδια: 1. Στάδιο προσαρμογής, το οποίο αφορά στη γνωριμία του ασθενούς με τον επαγγελματία υγείας 2. Στάδιο επεξεργασίας, το οποίο αφορά στη διάκριση προβλήματος που χρήζει λύσης και ταυτόχρονα, την αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας εκ μέρους του ασθενούς 3. Στάδιο διάλυσης, το οποίο σηματοδοτεί τη λήξη της σχέσης ασθενούς και επαγγελματία υγείας, αφού πρώτα έχει επιλυθεί το πρόβλημα που εντοπίστηκε στο προηγούμενο στάδιο (Sheldon, 2009), (Webb, 2011), (DeWit, 2009).

Τα παραπάνω στάδια στοχεύουν στον εντοπισμό των πτυχών της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου εκ μέρους του θεραπευτή, τα οποία στέκονται εμπόδιο για τον ίδιο τον ασθενή. Ο θεραπευτής στοχεύει την εξάλειψη αυτών των εμποδίων, ώστε να προάγει την ίαση του ασθενούς και κατά επέκταση την υποστήριξη της λειτουργικότητάς του. Για να επιτευχθεί ο σκοπός της θεωρίας, ο θεραπευτής οφείλει να συνυπολογίζει τη σωματική, συναισθηματική και πολιτισμική υπόσταση, καθώς και τη διάθεση για επικοινωνία (Sheldon, 2009). Ακόμη, χαρακτηριστικό του επαγγελματία υγείας που προωθεί την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή είναι η αυτογνωσία. Η αυτογνωσία του επαγγελματία υγείας λειτουργεί ως μέσο επικοινωνίας με τον ασθενή μέσω της προσωπικής του ωρίμανσης. Έτσι, δημιουργείται η θεραπευτική σχέση,

Η θεραπευτική επικοινωνία παρουσιάζει πλεονεκτήματα τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τον επαγγελματία υγείας, αφού μέσω της ολιστικής προσέγγισης (ψυχή και σώμα) προάγεται η υγεία και προλαμβάνονται οι ασθένειες. Τα θεμέλια της εστιάζουν στην ανάδειξη συμπόνοιας, αυθεντικότητας, σεβασμού, ενσυναίσθησης, εκτίμησης και εμπιστευτικότητας με θεραπευτικές και ευεργετικές ιδιότητες (Hojat, M. et al., 2011). Η συμπόνοια, πιο συγκεκριμένα, συμβάλλει στη συναισθηματική υποστήριξη του ασθενούς. Ο όρος στηρίζεται στην έννοια του αλτρουισμού, συμπαραστάσης, οίκτου και ενσυναίσθησης. Ο αλτρουισμός εστιάζει στην αντίληψη των προβλημάτων με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι άνθρωποι και στην προθυμία για προσωπικές υποχωρήσεις που αποσκοπούν στην εξέλιξη των ανθρώπων. Στη συνέχεια, η συμπαραστάση εστιάζει στην ικανότητα του ατόμου να μεταβιβάζει τα συναισθήματά του σε άλλα άτομα. Ο οίκτος αφορά στην προσωπική υποχώρηση του ατόμου προκειμένου να πάψει να υποφέρει και τέλος, η ενσυναίσθηση αφορά στο αυθόρμητο ενδιαφέρον για τους άλλους και συνεπώς, στην κατανόηση της συναισθηματικής τους κατάστασης. Με βάση τις παραπάνω αρχές προάγεται η ποιότητα ζωής των ασθενών (Plante et al., 1994, Pinto et al., 2012).

Η επικοινωνία στη θεραπευτική συμμαχία

Η εδραίωση μιας ουσιαστικής και αποτελεσματικής επικοινωνίας ανάμεσα σε θεραπευτή και ασθενή προϋποθέτει ο θεραπευτής να διαθέτει ικανότητες επικοινωνίας, (Scanlon, 2006, O' Brien, 2000) οι οποίες δυνάμει αναπτύσσονται μέσω ορισμένων τεχνικών, όπως:

1. Η σιωπή: Οι παύσεις που κάνει ο επαγγελματίας υγείας είναι απαραίτητες έτσι ώστε ο ασθενής να διαθέτει τον απαραίτητο χρόνο να επεξεργαστεί τις πληροφορίες που δέχτηκε

και να δώσει μία ανάλογη απάντηση. Η σιωπή προϋποθέτει προσήλωση του θεραπευτή, καθώς εστιάζει στα συναισθήματα και στις σκέψεις του ασθενούς, δίνοντάς του τον χρόνο να σκεφτεί.

2. Οι ερωτήσεις ανοιχτού περιεχομένου: Αυτές οι ερωτήσεις βοηθούν τον θεραπευόμενο να εκφράσει τις ανησυχίες, τις σκέψεις και τα συναισθήματά του με μη μονολεκτικές απαντήσεις, δημιουργώντας ένα κλίμα συμπόνιας.

3. Το χιούμορ: Τα αστεία και ο αυτοσαρκασμός συμβάλλουν στην ενίσχυση αισθήματος ανακούφισης του ασθενούς από την ένταση και την αγωνία, ενώ ταυτόχρονα η σχέση παύει να είναι αυστηρά τυπική. Άλλωστε, το χιούμορ είναι αποτελεσματικός και ώριμος μηχανισμός άμυνας και χρησιμοποιείται για τη μείωση άγχους και έντασης, επαναφέροντας την ηρεμία και ενισχύοντας το δεσμό και την αλληλεπίδραση μεταξύ των συνομιλητών. Πιο συγκεκριμένα, στη σχέση θεραπευτή -ασθενούς, ο αυτοσαρκασμός αποτελεί ένα εργαλείο αποτελεσματικής επικοινωνίας, καθώς ο ασθενής αποδέχεται το γεγονός ότι όλοι μπορεί να έχουν ελαττώματα. Ο αυτοσαρκασμός, άλλωστε, εμπεριέχει την έννοια της αυτογνωσίας, ένα προσόν με το οποίο το άτομο αξιολογεί τα μηνύματα που δέχεται με αντικειμενικότητα και αντιλαμβάνεται την ιδιαιτερότητα και τη διαφορετικότητα του ατόμου που συνομιλεί (Koch et al., 2001), (Webster, 2014). Σε αυτές τις περιστάσεις, ενδείκνυται το θετικό χιούμορ και λιγότερο το μαύρο χιούμορ. Το αρνητικό χιούμορ αποφεύγεται εξαιτίας των ρατσιστικών και σαρκαστικών υπαινιγμών από τους οποίους αποτελείται. Η χιουμοριστική συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας χρειάζεται να γίνει σε κατάλληλες συνθήκες και τη κατάλληλη χρονική στιγμή, με σκοπό την αποτελεσματικότητά του. Επιπλέον, είναι σημαντικό να εκτιμηθεί η πρόθεση του θεραπευτή για χιούμορ, έτσι ώστε να γίνεται με μέτρο και σύνεση και να υπάρχει όφελος της θετικής του χρήσης.

4. Η αναδιατύπωση: Η επανάληψη των πληροφοριών που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής στη συνομιλία του με τον ασθενή και κυρίως, η αναδιατύπωση αυτών με επιδεξιότητα ενθαρρύνει τον ασθενή για πιο ουσιώδη σχέση. Η χρήση διαφορετικών όρων εκ μέρους του επαγγελματία υγείας με την ίδια σημασία δίνει στον ασθενή καλύτερη, εμπειριστατωμένη και λεπτομερή εικόνα της κατάστασης.

5. Οι διευκρινήσεις: Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να μεταδίδει μηνύματα με τη βεβαιότητα ότι γίνονται αντιληπτά και κατανοητά από τον ασθενή, χωρίς να παρερμηνευτεί ή παρεννοηθεί ούτε το νόημα, αλλά κυρίως ούτε η πρόθεση.

6. Η σωματική επαφή: Το άγγιγμα αποτελεί μια τεχνική εδραίωσης της θεραπευτικής σχέσης. Είναι μια ένδειξη στοργής, η οποία αποβάλλει τον αρνητισμό, τη συναισθηματική φόρτιση, το άγχος και την αγωνία. Αυτή η τεχνική παγιώνει τη σχέση θεραπευτή-ασθενούς και δυναμώνει το δεσμό μεταξύ τους. Όταν χρησιμοποιείται με γνώση του πολιτιστικού υπόβαθρου του ασθενούς και με την έγκρισή του (Sheldon,2009, Keir et al.,1998) δημιουργεί ένα κλίμα στοργικότητας, συμπόνιας και ενσυναίσθησης.

7. Ο χρόνος και ο τρόπος παροχής υπηρεσιών: Ο θεραπευτής πρέπει να είναι πρόθυμος και διαθέσιμος για επικοινωνία με τον ασθενή, με τη συχνότητα που ο δεύτερος το έχει ανάγκη. Όταν ο ασθενής γνωρίζει τότε παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας και σε ποιες συνθήκες τότε μπορεί να πραγματοποιηθεί αποτελεσματική επικοινωνία.

8. Παροχή πληροφοριών: Ο ασθενής πρέπει να έχει πλήρη επίγνωση της κατάστασης υγείας του, της θεραπείας που του χορηγείται, τις ιατρικές διαδικασίες και τις μελλοντικές εξετάσεις που θα πραγματοποιηθούν, στο βαθμό που ο ίδιος επιθυμεί την ενημέρωση για όλα τα παραπάνω.

9. Η υπόδειξη εναλλακτικών λύσεων: Ο θεραπευτής αναλαμβάνει να φροντίσει τον ασθενή μέσω της επίλυσης ζητημάτων που τον απασχολούν σε ποικίλους τομείς. Αυτή η τεχνική εστιάζει στην υπόδειξη διαφορετικών λύσεων και εναλλακτικού τρόπου σκέψης, καθώς η λήψη αποφάσεων πρέπει να είναι αποτέλεσμα της καλής συνεργασίας θεραπευτή-ασθενή, με την τελική απόφαση να αναμένεται να παρθεί από τον ασθενή.

10. Ανακεφαλαίωση: Πριν την ολοκλήρωση μιας κλινικής συνέντευξης, ο θεραπευτής είναι καλό να επαναλαμβάνει τα βασικά σημεία της συζήτησης που διεξήχθη, ανακεφαλαιώνοντας τα θέματα που είναι σημαντικά για την πορεία της υγείας του ασθενούς (DeWit, 2009).

Η ουσιαστική επικοινωνία συμβάλλει στο βαθμό εκτίμησης και ικανοποίησης από την πλευρά του ασθενούς της σχέσης που έχει αναπτύξει με τον επαγγελματία υγείας. Είναι πολύ σημαντικό να είναι σαφείς οι ρόλοι του καθενός στα πλαίσια της αποτελεσματικής θεραπευτικής συμμαχίας. Για αυτό το λόγο, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να ακολουθεί μια ορισμένη διαδικασία επικοινωνίας, η οποία αφορά στην ενεργητική ακρόαση. Η ενεργητική ακρόαση αποτελεί το βασικότερο στοιχείο μιας ορθής και αποτελεσματικής επικοινωνίας (Μούγια, 2012, Kourkouta et al., 2013), κατά την οποία ο θεραπευτής παρατηρεί και αντιλαμβάνεται όλα τα μηνύματα που δέχεται, λεκτικά και μη.

Η σωστή ακρόαση απαιτεί τη διατήρηση οπτικής επαφής μεταξύ των συνομιλητών, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η προσήλωση του ασθενούς. Ακόμη, απαραίτητο συστατικό της είναι η εξάλειψη όσο το δυνατόν περισσότερων περισπασμών. Είναι σημαντικό ο ασθενής να εκδηλώνει χωρίς να επηρεάζεται τις έγνοιες και τις ανησυχίες του (Κυριακίδου, 2004, Σαπουντζή, 2004) και να διατυπώνονται και προσωπικές σκέψεις, αντιλήψεις και εμπειρίες τόσο του ασθενούς όσο και του επαγγελματία υγείας. Ωστόσο, είναι καθήκον του θεραπευτή να απαλλάσσεται από προκαταλήψεις και στερεότυπα, καθώς μπορούν να αλλοιώσουν ή να διαστρεβλώσουν την αμερόληπτη στάση ενός θεραπευτή (Bach, 2009, Gosbee, 1998). Η έννοια της ενεργητικής ακρόασης εμπεριέχει τη λήψη, κατανόηση και ερμηνεία των μηνυμάτων που λαμβάνει ο επαγγελματίας υγείας από τον ασθενή (Gidman, 2013). Όλα τα παραπάνω οδηγούν με ένα δυναμικό τρόπο στην προθυμία του ασθενούς για επικοινωνία και συζήτηση (Crabb & Razi, 2007, Stickley & Freshwater, 2006). Για να γίνει εφικτό αυτό απαιτείται η διαρκή εκπαίδευση και εξάσκηση μέσω των τεχνικών επικοινωνίας που προαναφέρθηκαν. Η ενεργητική ακρόαση εξασφαλίζει την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης σε ένα περιβάλλον όπου υπερισχύει η εμπιστευτικότητα, η αλληλεγγύη και η ασφάλεια με σκοπό τη λεπτομερή διάγνωση του ασθενούς, την αξιολόγηση των αναγκών του και την εκτέλεση ενός συγκεκριμένου προγράμματος της θεραπείας του (Chapman, 2009, Kneisl et al., 2009).

4.Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ένας όρος που αναφέρεται συχνότερα, τα τελευταία ίσως χρόνια, είναι η συναισθηματική νοημοσύνη που αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει και να κατανοεί τόσο τα δικά του συναισθήματα όσο και των άλλων, να τα διαχειρίζεται αποτελεσματικά, να είναι σε θέση να ακούει και να ασκεί επιρροή, να επικοινωνεί ουσιαστικά και να συνεργάζεται, καθώς και να παράγει συνεχώς κίνητρα για τον εαυτό του. Μία συναισθηματική δεξιότητα που είναι απαραίτητη για την κατάκτηση της συναισθηματικής νοημοσύνης, είναι η ενσυναίσθηση.

Το να μπορείς να ταυτίζεσαι συναισθηματικά με ένα άτομο, να κατανοείς τη θέση του, τις σκέψεις του, το συναίσθημά του ή την κατάστασή του, αποτελούν πτυχές που αναγνωρίζει κανείς στην ενσυναίσθηση. Δεν είναι απαραίτητο να συμπάσχεις, απλά να κατανοείς. Ο Η. Kohut ήταν ο πρώτος ψυχοθεραπευτής που μίλησε για ενσυναίσθηση. Την περιέγραψε ως "πληροφοριοδότη κινήσεων" καθώς μόνο όταν καταφέρεις να μπεις στη θέση του άλλου και κατανοήσεις τα συναισθήματά του, μπορείς να τα χρησιμοποιήσεις για να πετύχεις να τον βοηθήσεις.

Η ενσυναίσθηση, όπως προκύπτει, αποτελεί ένα εξαιρετικά ισχυρό εργαλείο επικοινωνίας αφού ο θεραπευτής ακούει με προσοχή τον θεραπευόμενο αναγνωρίζει και εκτιμά καλύτερα την κατάστασή του, ενδυναμώνοντας τη συνειρμική σκέψη και τον συναισθηματικό συντονισμό που δημιουργεί μαζί του. Αν και η λήψη ιατρικού ιστορικού και την κλινική εξέταση δεν αντικαθίσταται από αυτή τη διεργασία, μπορεί να οδηγήσει σε ακριβότερη διάγνωση και πιο ποιοτική φροντίδα.

Ο συναισθηματικός συντονισμός, λοιπόν, η άνευ όρων αποδοχή του ασθενή, το αίσθημα ασφάλειας και οικειότητας που βιώνει, αυξάνει την εμπιστοσύνη που αισθάνεται για τον θεραπευτή του, νιώθει ότι ο θεραπευτής τον καταλαβαίνει με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται ένας αμοιβαίος σεβασμός που ενδυναμώνει την θεραπευτική σχέση και στη συνέχεια πράξη. Η ενσυναίσθηση δίνει στην άσκηση του θεραπευτικού λειτουργήματος νόημα και αυξάνεται, έτσι, η επαγγελματική ικανοποίηση. Τροφοδοτεί την φυσική περιέργεια για τη ζωή των θεραπευόμενων, εμπλουτίζει τις εμπειρίες τους,

ανοίγοντας νέους ορίζοντες θεραπευτικής προσέγγισης, καθώς ίδιες παθήσεις θεραπεύονται με διαφορετικούς τρόπους..

4.1 Παράγοντες που ενισχύουν την ενσυναίσθηση στη θεραπευτική σχέση θεραπευτή-ασθενή

Μια αναλυτική μελέτη πάνω σε έρευνες που έχουν γίνει για τους παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση, αποδεικνύει τον πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της ενσυναίσθησης. Υποστηρίζεται ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να σχετίζεται με γενετικούς, εξελικτικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες και πως η έλλειψή της, μπορεί να βελτιωθεί μέσω συνεχούς εκπαίδευσης (Hojat, 2013). Οι σημαντικότεροι παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η ενσυναίσθηση είναι οι παρακάτω:

A) Το φύλο. Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν μια έμφυτη τάση προς την ενσυναίσθηση. Ο Cohen (2004) θεωρεί πως το γυναικείο μυαλό είναι «καλωδιωμένο για ενσυναίσθηση», ενώ αντίθετα το ανδρικό είναι ένα μυαλό προσανατολισμένο στην κατανόηση και κατασκευή συστημάτων. Οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας, φαίνεται μέσα από μελέτες, ότι διαθέτουν περισσότερο χρόνο στους ασθενείς τους και παρέχουν μία πιο συναισθηματική προσέγγιση σ' αυτούς, σε σύγκριση με τους άνδρες που ακολουθούν μια πιο ορθολογική προσέγγιση για τους ασθενείς τους. Επίσης, έχει εντοπιστεί και διαφορά στα δύο φύλα κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Σε μελέτη που έγινε σε φοιτητές Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Cambridge, φάνηκε μία σταδιακή μείωση της ενσυναίσθησης στους άνδρες φοιτητές κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, ενώ στις γυναίκες ο βαθμός ενσυναίσθησης παρέμεινε ο ίδιος σε όλη τη διάρκεια των σπουδών τους. Αυτή η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα μπορεί να έχει τις ρίζες της, είτε σε εξελικτικούς-γενετικούς παράγοντες (Williams, 2014) είτε να είναι αποτέλεσμα κοινωνικοποίησης και ταύτισης με το μητρικό πρότυπο.

B) Η προσωπικότητα. Η ενσυναίσθηση δείχνει να έχει άμεση συσχέτιση με την προσωπικότητα του κάθε ατόμου. Στοιχεία της προσωπικότητας όπως η ευγένεια και η προσαρμοστικότητα συνδέονται με αυξημένα επίπεδα ενσυναίσθησης, ενώ στοιχεία όπως ο θυμός και η επιθετικότητα συνδέονται με χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης (Ouzouni et al., 2012).

Γ) Η ηλικία. Από τη γέννηση μέχρι την ηλικία των τριών φαίνεται να αναπτύσσεται ενσυναίσθηση που σχετίζεται με το συναίσθημα, ενώ μετά τα επτά χρόνια φαίνεται να αναπτύσσεται κάποιου είδους γνωστικής ενσυναίσθησης (Gladstein, 1987). Επιπλέον, σε

μελέτες που έγιναν σε φοιτητές αποδείχτηκε πως κατά τα πρώτα έτη σπουδών οι φοιτητές εμφανίζουν πιο μεγάλα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση με τους τελειόφοιτους. (Williams et. al, 2014).

Δ) Η εκπαίδευση: Άτομα με ανώτερη εκπαίδευση εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα ενσυναίσθησης. Επίσης, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε θέματα ψυχολογίας, επικοινωνίας και ενσυναίσθησης φαίνεται να βελτιώνει τις επικοινωνιακές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και τους βοηθά να επιτυγχάνουν καλύτερη σχέση με τους ασθενείς τους (Βένιου et al., 2013).

4.2 Εμπόδια εφαρμογής ενσυναισθητικής συμπεριφοράς στη θεραπευτική σχέση θεραπευτή-ασθενή

Η αναβάθμιση της ποιότητας επικοινωνίας θεραπευτή-ασθενούς προάγει τη βελτίωση της παρεχόμενης θεραπευτικής φροντίδας. Οι ασθενείς που κατανοούν καλύτερα τον θεραπευτή τους και οι οποίοι βιώνουν μια ανοικτή και θετική ατμόσφαιρα κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης είναι πιθανότερο να προσαρμοστούν στις θεραπευτικές απαιτήσεις. Συνήθως, ο τρόπος που μεταβιβάζεται μια πληροφορία στον ασθενή είναι τόσο σημαντικός όσο και η ίδια η πληροφορία. Σημαντικό τμήμα της επικοινωνίας καταλαμβάνουν τα μη λεκτικά μηνύματα. Στοιχεία όπως η βλεμματική επαφή, οι εκφράσεις του προσώπου, ο τόνος της φωνής, οι κινήσεις και οι στάσεις του σώματος, επηρεάζουν σημαντικά τη νοηματοδότηση και την ερμηνεία του μηνύματος από τον θεραπευόμενο. Συγκεκριμένα, ποσοστό περίπου 30% του νοήματος ενός μηνύματος αποδίδεται στο καθ' εαυτό λεκτικό περιεχόμενό του.

Υπό το πρίσμα αυτής της άποψης, η μη λεκτική πλευρά της αλληλεπίδρασης αποτελεί μια εξαιρετική πηγή πληροφοριών, τόσο για τον θεραπευτή όσο και για τον ασθενή. Συνεπώς, ο θεραπευτής πρέπει να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη μη λεκτική πλευρά των μηνυμάτων. Από τη μια πλευρά, οφείλει να προσπαθεί να κατανοήσει και να πλαισιώσει τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς και από την άλλη πλευρά να συντονίζει κατάλληλα τη λεκτική και μη λεκτική πλευρά των όσων ο ίδιος φέρει, προκειμένου να είναι βέβαιος ότι έγινε κατανοητό αυτό που προσπάθησε να μεταφέρει, εναρμονίζοντας έτσι το περιεχόμενο του μηνύματος με τη μορφή εκφοράς του. Τα μη λεκτικά σημεία αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση κατά την οποία ο επαγγελματίας υγείας αποκρύψει από τον ασθενή δεδομένα της νόσου. Παρά το γεγονός που σε νομικό επίπεδο ένας ιατρός, για παράδειγμα, είναι υποχρεωμένος να μεταφέρει πλήρως το περιεχόμενο

της διάγνωσης και της πρόγνωσης μιας ασθένειας, αρκετές είναι οι περιπτώσεις όπου αποφεύγεται η απ' ευθείας εκφορά ενός «κακού νέου». Αν και το κίνητρο του ιατρού είναι η προστασία του ασθενούς από συναισθήματα απελπισίας, έχει αποδειχθεί στη πράξη, ότι τις περισσότερες φορές οι ασθενείς ερμηνεύουν με τη βοήθεια μη λεκτικών σημείων την κρισιμότητα μιας κατάστασης, με αποτέλεσμα να βιώνουν περισσότερο άγχος, ενώ κλονίζεται η ίδια η θεραπευτική σχέση. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει έντονα τη σημασία της μη λεκτικής πλευράς της αλληλεπίδρασης. Απαραίτητο στοιχείο προκειμένου ο ασθενής να ακολουθήσει τις συστάσεις της θεραπείας αποτελεί η πλήρης κατανόηση της αξίας τους, γεγονός που προϋποθέτει την υποβολή συγκεκριμένων ερωτήσεων. Ωστόσο, αρκετές φορές οι ιατροί επαναπαύονται λόγω του γεγονότος ότι οι ασθενείς τις αποφεύγουν, θεωρώντας λανθασμένα ότι δεν έχουν συγκεκριμένες απορίες σχετικά με τις θεραπευτικές οδηγίες.

Άλλες φορές πάλι, οι θεραπευτές ερμηνεύουν ορισμένες ερωτήσεις που αφορούν στην εμπειρία τους σχετικά με μια μέθοδο ή την ειδική τους γνώση για μια προτεινόμενη θεραπεία ως απειλή απέναντι στην επαγγελματική τους ικανότητα, με αποτέλεσμα να τηρούν μια αμυντική στάση απέναντι στον ασθενή, αποφεύγοντας τη συζήτηση. Σημειοκλειδί ως προς την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας αποτελεί ο τρόπος χρήσης της ιατρικής ορολογίας, η οποία συχνά προκαλεί σύγχυση και άγχος στους ασθενείς. Δεδομένου ότι αποτελεί έναν κώδικα που αποδίδει νοσολογικές οντότητες, διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους, για την κατανόηση των οποίων απαιτείται εξειδικευμένη γνώση, πολλές φορές δεν καθίσταται κατανοητή από τον ασθενή, για τον οποίο μπορεί να είναι έως ξένη. Η αδυναμία του θεραπευτή να αποδώσει με κατανοητό στον ασθενή με κατάλληλο λεξιλόγιο την κατάσταση υγείας του περιορίζει τις δυνατότητες επικοινωνίας μεταξύ των δύο πλευρών, οδηγώντας στην αναπαραγωγή ενός μονόλογου από την πλευρά του. Η έλλειψη ενεργητικού τρόπου ακρόασης από τον επαγγελματία υγείας δημιουργεί επίσης σημαντικά προβλήματα.

Η ταχεία διαμόρφωση άποψης, η προσπάθεια εκμείευσης απαντήσεων χωρίς να αποκαλύπτεται ο στόχος της συζήτησης και οι συχνές διακοπές του ασθενούς ενδέχεται να οδηγήσουν στην υποτίμηση σειράς πληροφοριών, ενώ μπορεί να προκαλέσουν δυσαρέσκεια στους ασθενείς, ιδιαίτερα όταν δεν τους αφιερώνεται αρκετός χρόνος για να θέσουν ερωτήματα. Άλλωστε, το θέμα του χρόνου που διατίθεται στη συζήτηση με τον ασθενή αποτελεί από μόνο του ένα σημαντικό σημείο, καθώς συχνά είναι λιγότερος από τον αναγκαίο. Υπολογίζεται ότι στην πλειοψηφία των συναντήσεων το 50% περίπου από

τα προβλήματα που απασχολούν τον ασθενή δεν αναφέρονται, ενώ κατά μέσο όρο οι θεραπευτές διακόπτουν τους ασθενείς σε λιγότερο από δευτερόλεπτα από τη στιγμή που αρχίζουν να αναλύουν το σκοπό της επίσκεψής τους. Συνέπεια των παραπάνω είναι η μείωση της ικανοποίησης του ασθενούς, γεγονός που έχει επιπτώσεις στην τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών και κατ' επέκταση και στο κλινικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, η συμμόρφωση του ασθενούς με τις οδηγίες δεν αποτελεί απλά ένα γραμμικό αποτέλεσμα της βελτίωσης των τεχνικών επικοινωνίας. Η εδραίωση και η διατήρηση της εμπιστοσύνης στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης συνεχίζεται μέσα από τη μετάδοση από πλευράς του θεραπευτή μιας γνήσιας ενσυναίσθησης (Τσουνής et al., 2014).

5.Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ- ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ενσυναίσθηση αναφέρεται στην ικανότητα του ψυχοθεραπευτή να πλησιάζει όσο το δυνατόν περισσότερο το φαινομενολογικό κόσμο του πελάτη. Πρόκειται για μία διαδικασία κατά την οποία ο ψυχοθεραπευτής δοκιμάζει τον κόσμο του πελάτη σαν να ήταν δικός του, τοποθετώντας τον εαυτό του στη θέση του πελάτη και αντικρύζοντας τη ζωή και τον κόσμο μέσα από τα δικά του μάτια. Σύμφωνα με τον Coutu (1951), «..ενσυναίσθηση είναι η διαδικασία κατά την οποία το άτομο για μία στιγμή προσποιείται στον εαυτό του ότι είναι κάποιος άλλος...ώστε να μπορέσει να διεισδύσει στην πιθανή συμπεριφορά του άλλου σε μία δεδομένη κατάσταση».

Σε ένα όμοιο μοτίβο, οι Goldstein και Michaels (1985) πιστεύουν ότι με την ενσυναίσθηση το άτομο ευαισθητοποιείται στον τέλειο βαθμό όσον αφορά τη συναισθηματική κατάσταση του άλλου και με αυτό τον τρόπο μπορεί να προχωρήσει βαθύτερα στις επιμέρους διαδικασίες της συναισθηματικής αντήχησης, της γνωστικής ανάλυσης και της ακριβούς ανατροφοδότησης. Έχει διαπιστωθεί ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικό παράγοντας για την ανάπτυξη εποικοδομητικών θεραπευτικών σχέσεων. Ανεξάρτητα από το εκάστοτε ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, οι θεραπευτικές σχέσεις που χαρακτηρίζονται από ενσυναίσθηση είναι τεκμηριωμένα αποτελεσματικότερες. Για παράδειγμα, όπως κατέδειξαν οι Wrubel και Folkman (1997), η ενσυναίσθηση είναι πολύ αποτελεσματική στη ψυχολογική υποστήριξη ατόμων που πάσχουν από AIDS.

Η ενσυναίσθηση είναι ιδιαίτερα σημαντική για την εγκαθίδρυση ενός ενθαρρυντικού και ασφαλούς κλίματος, το οποίο βοηθά τον πελάτη να εμπλακεί στη ψυχοθεραπευτική διαδικασία και να μιλήσει για τον εαυτό του, σίγουρος ότι ο θεραπευτής τον κατανοεί. Με τον τρόπο αυτό προάγονται η συνεργασία και ο διάλογος και μειώνονται η ανησυχία και οι πιθανές άμυνες του θεραπευόμενου. Καθώς ο θεραπευόμενος μιλά περισσότερο για την όποια προβληματική κατάσταση βιώνει, οι παράγοντες που πιθανώς καθορίζουν αυτή τη κατάσταση αρχίζουν να αποσαφηνίζονται, και έτσι αυτός οδηγείται σε όλο και μεγαλύτερη επίγνωση των ανησυχιών και των συναισθημάτων του.

Για να υπάρχει ποιοτική και ταυτόχρονα αποτελεσματική θεραπευτική σχέση θα πρέπει η σχέση να χαρακτηρίζεται από την αυθεντικότητα του ψυχοθεραπευτή, γνώρισμα που αποτελεί εν μέρει στάση και εν μέρει καλλιεργήσιμη δεξιότητα. Αυθεντικότητα δεν

σημαίνει ότι ο ψυχοθεραπευτής αποκαλύπτει προσωπικά δεδομένα και συναισθήματά του, αλλά ότι είναι πραγματικά παρών και διαθέσιμος στον θεραπευόμενο. Σημαίνει, επίσης, ότι είναι γνήσιος και ειλικρινής στις παρεμβάσεις του. Ειδικότερα η αυθεντικότητα ως στάση αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο ο ψυχοθεραπευτής αποδέχεται με γνήσιο τρόπο και χωρίς όρους τον θεραπευόμενο, η ενσυναίσθηση, από την άλλη, που επιδεικνύει είναι ένα αυθεντικό βίωμα και όχι μία επιτηδευμένη αντίδραση. Ο Rogers, ο οποίος εισήγαγε την έννοια της αυθεντικότητας, τονίζει ότι ο ψυχοθεραπευτής θα πρέπει να είναι ειλικρινής και να έχει συνείδηση των εσωτερικών αντιδράσεων και συναισθημάτων του καθώς παρακολουθεί τον θεραπευόμενο. Με αυτόν τον τρόπο του μεταδίδει την αίσθηση ότι η κατάσταση και τα συναισθήματά του γίνονται αποδεκτά με σεβασμό και ειλικρινή κατανόηση, γεγονός που αυξάνει το αίσθημα ασφαλείας το οποίο έχει ανάγκη ο θεραπευόμενος μέσα στη συνεδρία.

Ένας ψυχοθεραπευτής που χαρακτηρίζεται από αυθεντικότητα και επιδεικνύει ενσυναίσθηση και άνευ όρων αποδοχή δημιουργεί το ιδανικό περιβάλλον για να εδραιωθεί η θεραπευτική συμμαχία. Αντίθετα, η απουσία αυθεντικότητας μηδενίζει, για παράδειγμα, τη σπουδαιότητα της ενσυναίσθησης. Κι αυτό διότι η επιτηδευμένη ενσυναίσθηση γίνεται αντιληπτή από τον θεραπευόμενο και δημιουργεί ενστάσεις, με αρνητικές συνέπειες για τη θεραπευτική διαδικασία. Η λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά ενός πραγματικά αυθεντικού θεραπευτή χαρακτηρίζεται πρωτίστως από συνέπεια απέναντι στο θεραπευόμενο και αποφυγή οποιουδήποτε εντυπωσιασμού. Επειδή το χαρακτηριστικό της αυθεντικότητας εμπεριέχει τα στοιχεία της ειλικρίνειας και του αυθορμητισμού, θα πρέπει να επισημανθεί ότι ειλικρίνεια και αυθορμητισμός δεν επισημαίνουν απαραίτητα μία παρορμητική συμπεριφορά. Αντίθετα, όταν υπάρχει σύνδεση με το χαρακτηριστικό της αυθεντικότητας, αποδεικνύουν την παντελή έλλειψη υποκρισίας και υπερβολής, γεγονός που διευκολύνει τον πελάτη να γνωρίσει τον ψυχοθεραπευτή ως ένα διαφορετικό και ξεχωριστό άτομο και να διαμορφώσει ρεαλιστικές προσδοκίες για τη σχέση τους.

Για να υπάρχει έκφραση και περιφρούρηση του σεβασμού προς τον θεραπευόμενο, ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να έχει στραμμένη σε αυτόν την αμέριστη προσοχή του και να παρακολουθεί με όλη την ύπαρξή του όσα του λέει, χωρίς περιττές διακοπές ή άστοχες παρεμβολές. Είναι απαραίτητο να δίνει σημασία τόσο στο περιεχόμενο όσο και στις λέξεις που χρησιμοποιεί ο θεραπευόμενος για να περιγράψει και να εξηγήσει το πρόβλημά του, δεδομένου ότι οι λέξεις που επιλέγει υποδηλώνουν συχνά τον τρόπο με

τον οποίο αντιλαμβάνεται τα γεγονότα και την κατάστασή του. Εκτός από την λεκτική συμπεριφορά, ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να παρακολουθεί και άλλα στοιχεία σχετικά με τον θεραπευόμενο, όπως είναι η στάση σώματός του, οι εκφράσεις του προσώπου του, οι χειρονομίες, οι κινήσεις του κεφαλιού του, η διατήρηση της οπτικής επαφής, ο ρυθμός της αναπνοής του, κ.λ.π. Η προσεκτική παρακολούθηση αυτών των μη λεκτικών στοιχείων ενθαρρύνει τον ψυχοθεραπευτή να εφαρμόσει αποτελεσματικά δύο από τους βασικότερους κανόνες της επικοινωνίας, την ενεργητική ακρόαση και την ενσυναίσθηση. Σε αυτή τη μορφή επικοινωνίας περιλαμβάνεται και η παρακολούθηση όλων των παραγλωσσικών στοιχείων που βοηθούν τον ψυχοθεραπευτή να εκτιμήσει το επίπεδο και τη ένταση των συναισθημάτων του θεραπευόμενου. Τέτοια είναι, για παράδειγμα, η ποιότητα της φωνής αλλά και τα διαστήματα σιωπής του πελάτη, επειδή αυτά συχνά υποδηλώνουν έναν βαθμό συναισθηματικής φόρτισης που δεν μπορεί να εκφραστεί με άλλο τρόπο. Ένας ψυχοθεραπευτής που ακούει ενεργητικά και με ενσυναίσθηση τον θεραπευόμενο, περιφρουρεί και εκφράζει ουσιαστικά τον σεβασμό του προς αυτόν, καθώς είναι όχι μόνο φυσικά-σωματικά, αλλά και ψυχολογικά, κοινωνικά και συναισθηματικά παρών.

Άλλες δύο βασικές προϋποθέσεις για τη περιφρούρηση και την έκφραση του σεβασμού προς τον θεραπευόμενο είναι η ικανότητα του θεραπευτή να δείχνει σαφώς ότι εμπιστεύεται ότι είναι αλήθεια όλα αυτά που εκείνος του λέει, καθώς και η υιοθέτηση μίας μη κριτικής στάσης που εκφράζεται άμεσα όταν αποφεύγεται η συχνή χρήση της προσωπικής αντωνυμίας εσύ», η οποία συνοδεύει συχνά αξιολογικές ή επικριτικές δηλώσεις για τον θεραπευόμενο (Σταλίκας, 2011).

Β.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επίδραση της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών είναι ένα θέμα που έχει διερευνηθεί και έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές που με μελέτες που έχουν κάνει έχουν φτάσει σε συσχετίσεις της ενσυναίσθησης και τη σχέσης που δημιουργείται ανάμεσα σε θεραπευτή και ασθενή. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ φυσιολογικής αντιστοιχίας, ενσυναίσθησης του θεραπευτή που αντιλαμβάνεται ο ασθενής και κοινωνικής-συναισθηματικής διαδικασίας όσο διαρκεί η ψυχοθεραπεία, οι αντιλήψεις των ασθενών για την ενσυναίσθηση του γιατρού, η ικανοποίηση για τον γιατρό, η διαπροσωπική εμπιστοσύνη και η συμμόρφωση, η ενσυναίσθηση και η ακρόαση του γιατρού: συσχετισμός με ικανοποίηση και αυτονομία ασθενών, η σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης του γιατρού και των επιπλοκών της νόσου του ασθενή καθώς και η συσχέτιση της ενσυναίσθησης με την κλινική ικανότητα στην ιατρική περίθαλψη αποτελούν έρευνες που έχουν απασχολήσει αυτόν τον τομέα που εξετάζεται σε αυτήν την εργασία.

Οι έρευνες που θα μελετηθούν παρακάτω έχουν επιλεγεί με κάποια κριτήρια όπως είναι το θέμα τους, επιλέχθηκαν να είναι πρόσφατες και έχουν επιλεγεί μελέτες που έχουν διεξαχθεί στα καλύτερα Πανεπιστήμια του εξωτερικού όπως είναι το Harvard και το Jefferson και πρέπει να ληφθεί υπόψη, επίσης, ότι τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται στα Πανεπιστήμια είναι σταθμισμένα, γεγονός που τα κάνει περισσότερο αξιόπιστα στον επιστημονικό κόσμο.

6.2Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΠΟΥ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Ο ΙΔΙΟΣ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ-ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΟΣΟ ΔΙΑΡΚΕΙ Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε για να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ φυσιολογικής αντιστοιχίας, ενσυναίσθησης του θεραπευτή που αντιλαμβάνεται ο ασθενής και κοινωνικής-συναισθηματικής διαδικασίας κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας. Ταυτόχρονα δείγματα για το πώς αντιδρά το δέρμα (Scin Cordondance) ελήφθησαν από 20 ασθενείς και 20 θεραπευτές κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας ζωντανής θεραπείας ακολουθούμενη από αξιολογήσεις ασθενών ως προς την ενσυναίσθηση του θεραπευτή. Χρησιμοποιήθηκαν ζευγαρωμένα δεδομένα SC για να ελεγχθεί η αξιοπιστία του προτεινόμενου μέτρου της συμβατότητας SC. Μικροανάλυση παρατηρητή της κοινωνικής-συναισθηματικής διαδικασίας χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση μικρών τμημάτων υψηλής έναντι χαμηλής φυσιολογικής αντιστοιχίας. Τα αποτελέσματα δείχνουν μια σημαντική θετική συσχέτιση ($r = 0,47, p = 0,03$) μεταξύ της συμβατότητας της SC και των αξιολογήσεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση του θεραπευτή. Οι μικροαναλύσεις υποδηλώνουν ότι κατά τη διάρκεια στιγμών υψηλού σε σχέση με χαμηλό SC, υπήρχαν σημαντικά πιο θετικές κοινωνικο-συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους θεραπευτές ($p = 0,01$). Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ένα βιολογικό μοντέλο αντιληπτής ενσυναίσθησης και κοινωνικής-συναισθηματικής διαδικασίας ασθενούς-θεραπευτή κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας.

Υπάρχουν πλέον άφθονες εμπειρικές ενδείξεις για την υποστήριξη μιας σημαντικής σχέσης μεταξύ των μετρήσεων της ασθενούς που αναφέρουν την ενσυναίσθηση του θεραπευτή και του αποτελέσματος τόσο στις ψυχοδυναμικά προσανατολισμένες όσο και στις ψυχοθεραπείες γνωστικής συμπεριφοράς από την έρευνα τις τελευταίες αρκετές δεκαετίες. Για παράδειγμα, μια μεγάλη ανασκόπηση της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας διαπίστωσε ότι το 72% των 115 μελετών που σχετίζεται η ενσυναίσθηση με το θεραπευτικό αποτέλεσμα έδειξαν θετική σχέση όταν εξετάστηκε η ενσυναίσθηση από την προοπτική του ασθενούς. Η ενσυναίσθηση που αντιλαμβάνεται ο ασθενής είναι επίσης σημαντική στη θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς (CBT). Μία μελέτη της CBT για ασθενείς με κατάθλιψη έδειξε ότι η αντιληπτή ενσυναίσθηση συνέβαλε σημαντικά στη

βελτίωση της διάθεσης. Μια άλλη μελέτη CBT σε 185 ασθενείς διαπίστωσε ότι τα υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης του θεραπευτή που αντιλαμβάνονταν ο ασθενής οδήγησαν σε σημαντική κλινική βελτίωση, ακόμη και όταν ελέγχονταν για άλλους παράγοντες. Τέλος, μια πρόσφατη μετα-ανάλυση επιβεβαιώνει τη μέτρια αλλά σταθερή σημασία της ενσυναίσθησης κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας και φτάνει στο συμπέρασμα ότι η σχέση μεταξύ της αντιληπτής ενσυναίσθησης του θεραπευτή και του αποτελέσματος κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας είναι εδραιωμένη καλά.

Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία για τον εξέχοντα ρόλο για την αντιληπτή ενσυναίσθηση του θεραπευτή από ασθενείς κατά τη διάρκεια ψυχοκοινωνικών θεραπειών, απαιτούνται έρευνες για τους ψυχοβιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στην ενσυναίσθηση κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας. Εξάλλου, πρόσφατες μελέτες νευροαπεικόνισης άρχισαν να αποσαφηνίζουν συσχετισμούς μεταξύ νευροβιολογίας και ενσυναίσθησης. Επιπλέον, αρκετές πρόσφατες κριτικές αποδεικνύουν την κατανόηση της νευροβιολογίας των ψυχοκοινωνικών θεραπειών με τη χρήση νευροαπεικόνισης πριν και μετά την ψυχοθεραπεία. Ωστόσο, η βιολογική έρευνα κατά τη διάρκεια της πραγματικής ψυχοθεραπείας παραμένει δύσκολη. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πολλές μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένης της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης του ατόμου καθώς και των διαπροσωπικών συναισθημάτων και γνώσεων τόσο σε ασθενείς όσο και σε θεραπευτές σε κλινικό περιβάλλον. Η τρέχουσα μελέτη σχεδιάστηκε για να προωθήσει την προηγούμενη έρευνα και να χρησιμοποιήσει την ψυχοφυσιολογία ως γέφυρα μεταξύ των αποκρίσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος και κλινικά σχετικών παραγόντων όπως η ενσυναίσθηση που αντιλαμβάνεται ο ασθενής και η κοινωνικο-συναισθηματική διαδικασία κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας.

Οι ψυχοφυσιολογικές μετρήσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος είναι καθιερωμένες συσχετίσεις των συναισθηματικών αποκρίσεων με την πρόσφατη νευροαπεξάρτηση να βελτιώνει την κατανόησή μας σχετικά με τις διακυμάνσεις στην ψυχοφυσιολογία και τη δραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αν και οι πρώτες έρευνες ψυχοφυσιολογίας της θεραπευτικής σχέσης δεν μέτρησαν άμεσα την αντιληπτή ενσυναίσθηση του θεραπευτή, παρείχαν στοιχεία ότι οι ασθενείς και οι θεραπευτές ήταν «εξαιρετικά αντιδραστικοί» ο ένας στον άλλο κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας. Αργότερα μελέτες που χρησιμοποιούν ψυχοφυσιολογία κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας βρήκαν παρόμοιους δεσμούς μεταξύ φυσιολογίας και πτυχών της

συναισθηματικής διαδικασίας ασθενούς-θεραπευτή χρησιμοποιώντας διαφορετικά μέτρα και διαφορετικά ερευνητικά σχέδια. Στη μοναδική μέχρι σήμερα μελέτη που αξιολογεί άμεσα την αντιληπτή ενσυναίσθηση και την ταυτόχρονη ψυχοφυσιολογία, βρέθηκε μια συσχέτιση μεταξύ των διακυμάνσεων της SC και της αντιληπτής ενσυναίσθησης του θεραπευτή σε μαθητές-συμβούλους. Οι συγγραφείς μελέτησαν μια μόνο συνέντευξη μεταξύ 21 εθελοντών προπτυχιακών φοιτητών πανεπιστημίου και αδειοδοτημένων θεραπευτών. Διαπίστωσαν ότι η συχνότητα των μετρούμενων, μεγάλων ταυτόχρονων μεμονωμένων κορυφών SC μεταξύ πελατών και συμβούλων συσχετίστηκε θετικά με τις βαθμολογίες των μαθητών για την ενσυναίσθηση των συμβούλων. Βγήκε το συμπέρασμα ότι βρήκαν τα πρώτα άμεσα στοιχεία για ένα συνολικό μέτρο συνεδρίας φυσιολογικής αντιστοιχίας που θα μπορούσε να συνδεθεί με αναφορές αντιληπτής ενσυναίσθησης όπως είχε προταθεί στις προηγούμενες μελέτες.

Άλλη έμμεση υποστήριξη για μια φυσιολογική βάση ενσυναίσθησης προέρχεται από μελέτες μη ψυχοθεραπείας κοινωνικής αλληλεπίδρασης με τη χρήση ψυχοφυσιολογίας. Σε μια μελέτη στην οποία οι γυναίκες παρατηρητές παρακολούθησαν βιντεοσκοπημένες σκηνές βρεφών 5 μηνών που εκφράζουν μια σειρά συναισθημάτων, οι γυναίκες υψηλής ενσυναίσθησης έναντι χαμηλής ενσυναίσθησης είχαν μεγαλύτερες αποκρίσεις στην SC και ήταν πιο πιθανό να ταιριάζουν με τις εκφράσεις του προσώπου των βρεφών. Μια άλλη μελέτη έδειξε μια φυσιολογική βάση για την ενσυναισθητική ακρίβεια, διαπιστώνοντας ότι η βαθμολογία αρνητικού συναισθήματος ενός ατόμου ενώ παρακολουθούσε μια βιντεοκασέτα ενός στενοχωρημένου παντρεμένου ζευγαριού ήταν υψηλότερη όταν το άτομο και ο στόχος είχαν υψηλά επίπεδα φυσιολογικής σύνδεσης. Τέλος, σε μια πρόσφατη μελέτη που χρησιμοποίησε ταυτόχρονες μετρήσεις SC σε ασθενείς σε μια μη κλινική συνέντευξη, υπήρξε μια σημαντική σχέση μεταξύ συναισθηματικής απόστασης, χαμηλών επιπέδων αντιληπτής ενσυναίσθησης και χαμηλής συμβατότητας SC.

Παρά τους διάφορους περιορισμούς, συμπεριλαμβανομένων των διαφορών στα μέτρα και της μεγάλης ποικιλίας των σχεδίων μελέτης, φαίνεται να υπάρχουν ενδείξεις που υποστηρίζουν τη χρήση της ψυχοφυσιολογίας ως μέτρο ενσυναίσθησης κατά την κοινωνική αλληλεπίδραση. Επομένως, υπάρχει ανάγκη για έναν μεθοδολογικά υγιή δείκτη για την αξιολόγηση ταυτόχρονων μετρήσεων της φυσιολογίας που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε μια ευρεία ποικιλία ψυχοκοινωνικών θεραπειών για την ενίσχυση

της βιολογικής μας κατανόησης αυτού του σημαντικού στοιχείου των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Κατά την ανασκόπηση αυτών των μελετών, η SC ήταν σταθερά το πιο ευαίσθητο φυσιολογικό μέτρο συναισθηματικής και ενσυναισθητικής απόκρισης. Τα μέτρα SC κατά την κοινωνική αλληλεπίδραση είναι πολύ ευαίσθητοι δείκτες διέγερσης και είναι το αποτέλεσμα της άμεσης διαμεσολάβησης από τον συμπαθητικό κλάδο του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Ως εκ τούτου, το SC δεν επηρεάζεται άμεσα από το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα ή από άλλες νευρο-ορμονικές επιδράσεις που μπορούν να συγχέουν την ερμηνεία των μετρήσεων άλλων φυσιολογικών μεταβλητών (π.χ. καρδιακός ρυθμός). Επιπλέον, οι πρόσφατες μελέτες νευροαπεικόνισης για την ενσυναίσθηση που σημειώθηκαν παραπάνω σε συνδυασμό με την πρόοδο στην κατανόησή μας σχετικά με τον έλεγχο του κεντρικού νευρικού συστήματος της SC και τη συμπαθητική διέγερση προτείνουν αλληλεπικαλυπτόμενες δομές στον προμετωπιαίο φλοιό που ρυθμίζουν την ενσυναίσθηση και SC ανταπόκριση. Αυτή η νευροαπεικονιστική έρευνα προσφέρει ένα συναρπαστικό νέο πλαίσιο στο οποίο ερμηνεύει τα αποτελέσματα κοινωνικών ψυχοφυσιολογικών μελετών.

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε για να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της συνάφειας φυσιολογικής διέγερσης, της αντιληπτής ενσυναίσθησης του θεραπευτή και των σύντομων στιγμών της κοινωνικο-συναισθηματικής διαδικασίας μεταξύ ασθενών-θεραπευτών κατά την ψυχοθεραπεία. Το SC χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη ως συνεχές φυσιολογικό μέτρο που ελήφθη ταυτόχρονα από δυάδες ασθενούς-θεραπευτή. Προστίθεται μια μικροανάλυση με βάση τον παρατηρητή φυσιολογικά καθορισμένων μικρών τμημάτων υψηλής έναντι χαμηλής SC αντιστοιχίας για να αρχίσει να εντοπίζει θετικούς, ουδέτερους ή αρνητικούς κοινωνικο-συναισθηματικούς συσχετισμούς αυτού του φυσιολογικού φαινομένου. Ενώ η ανασκόπηση υποδηλώνει έντονα τη σχέση μεταξύ της ψυχοφυσιολογίας και της αντιληπτής ενσυναίσθησης, αυτή είναι η πρώτη μελέτη που γνωρίζουμε για να διερευνήσουμε άμεσα την αντίληψη των ασθενών για την ενσυναίσθηση του θεραπευτή και ταυτόχρονα μέτρα φυσιολογίας σε έναν κλινικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια μιας ζωντανής κλινικής συνάντησης.

6.2.1 Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες περιελάμβαναν 20 ασθενείς και θεραπευτές που ασχολούνται με καθιερωμένη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Το δείγμα προήλθε από την κλινική εξωτερικών ασθενών του Τμήματος Ψυχιατρικής του Γενικού Νοσοκομείου της Μασσαχουσέτης από τον Σεπτέμβριο του 2003 έως τον Ιούνιο του 2005. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία επιλέχθηκε ως δείγμα ευκολίας και λόγω της ιστορικής έμφασης στη σημασία διαπροσωπικών μεταβλητών για τη δημιουργία σχέσης με ασθενείς. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν από θεραπευτές και αποκλείστηκαν εάν έδειξαν ενδείξεις ενεργού ψύχωσης, αυτοκτονικού ή αυτοκτονικού ιδεασμού, κατάχρησης δραστικής ουσίας ή σημαντικής παθολογίας χαρακτήρων όπως αναφέρθηκε από τον θεραπευτή τους, ώστε να μην παρεμβαίνουν στην ικανότητα των ασθενών να αντιλαμβάνονται την θεραπευτική σχέση με ακρίβεια. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες αποκλείστηκαν επίσης εάν έπαιρναν φάρμακα εκτός από έναν εκλεκτικό αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), για να αποφευχθεί η παρέμβαση στις εγγραφές SC.

Η μελέτη περιελάμβανε 11 άνδρες και εννέα γυναίκες ασθενείς με 12 γυναίκες και οκτώ άνδρες θεραπευτές. Οι θεραπευτές αποτελούνταν από θεραπευτές ψυχιατρικής και ανώτερους εκπαιδευόμενους ψυχολογίας, καθώς και ανώτερους ψυχιάτρους και ψυχολόγους. Οι συμμετέχοντες στους ασθενείς ήταν ενήλικες ηλικίας 21 έως 55 ετών με μέσο όρο ηλικίας 36,3 ετών ($SD= 8.6$). Δεκαπέντε από τους συμμετέχοντες ασθενείς είχαν πρωτογενή κλινική διάγνωση διαταραχής της διάθεσης και πέντε είχαν πρωτογενή διάγνωση διαταραχής άγχους. Όλοι οι συμμετέχοντες ασθενείς ήταν κλινικά σταθεροί και κανένας δεν είχε νοσηλευτεί τους τελευταίους 24 μήνες. Σε μια προσπάθεια πρόσληψης δυάδων ασθενών-θεραπευτών με μια καλά εδραιωμένη θεραπευτική σχέση, οι συμμετέχοντες ασθενείς έπρεπε να έχουν δει τον παρόν θεραπευτή τους για περισσότερες από 10 συνεδρίες. Οι συμμετέχοντες ασθενείς κατά τη στιγμή της μελέτης ήταν κατά μέσο όρο 72,4 ($SD= 30,4$) συνεδρίες εμπειρίας με τον θεραπευτή τους, που υποδηλώνουν έναν καθιερωμένο πληθυσμό ασθενών με διαφορετικό μήκος θεραπείας. Δεκαεπτά από τους 20 συμμετέχοντες ασθενείς έλαβαν ψυχοτρόπα φάρμακα. Οι διαδικασίες μελέτης εγκρίθηκαν από την Επιτροπή Ερευνών Ανθρώπου του Γενικού Νοσοκομείου της Μασσαχουσέτης, και σε κάθε περίπτωση, ελήφθη ενημερωμένη

συναίνεση τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους θεραπευτές μετά από πλήρη περιγραφή της μελέτης πριν από τη συλλογή δεδομένων.

Διαδικασίες

Φυσιολογικές μετρήσεις

Ταυτοχρόνιες μετρήσεις SC τόσο από τον ασθενή όσο και από τον θεραπευτή καταγράφηκαν καθ' όλη τη διάρκεια μιας ενιαίας συνεδρίας ψυχοθεραπείας πλήρους διάρκειας περίπου 45 λεπτών για καθέναν από τους 20 ασθενείς-θεραπευτές. Η συνεδρία θεραπείας ακολούθησε μια σύντομη τυποποιημένη αλληλεπίδραση μεταξύ του ασθενούς και ενός από τους συγγραφείς (CDM) για να δοκιμάσει την αρχική αξιοπιστία του προτεινόμενου μέτρου της συμβατότητας SC. Συλλέχθηκε συνεχές επίπεδο SC χρησιμοποιώντας ηλεκτρόδια Ag-AgCl στερεωμένα στην απομακρυσμένη επιφάνεια της παλάμης του τρίτου και τέταρτου δακτύλου του χεριού κάθε συμμετέχοντος. Η συλλογή δεδομένων και η επεξεργασία σήματος χρησιμοποιήσαν ένα αρθρωτό σύστημα οργάνων ADInstruments Powerlab 8SP (ADInstruments, Sydney, Australia) συνδεδεμένο σε φορητό υπολογιστή που εκτελεί Chart Software Version 4.2 (ADInstruments, Sydney, Australia).

Φυσιολογική Συμφωνία

Μετά τη συλλογή δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν συνεχή επίπεδα SC από τις συνεδρίες θεραπείας για να εξαχθεί ένα μέτρο της συνάφειας SC. Πρώτον, εφαρμόστηκε μια λειτουργία εξομάλυνσης χρησιμοποιώντας ένα παράθυρο Bartlett 1,5 δευτερολέπτου στις συνεχώς καταγεγραμμένες τιμές επιπέδου SC. Στη συνέχεια, προσδιορίστηκε η μέση κλίση του επιπέδου SC εντός ενός κινούμενου παραθύρου 5 δευτερολέπτων (δηλαδή, μετά τον υπολογισμό της πρώτης τιμής κλίσης 5 δευτερολέπτων, το παράθυρο κινείται προς τα εμπρός 1 δευτερόλεπτο και υπολογίζει την επόμενη τιμή κλίσης 5 δευτερολέπτων, παράγοντας διαδοχικά 5 -δεύτερες τιμές κλίσης SC σε βήματα 1 δευτερολέπτου). Το Slope επιλέχθηκε ως δείκτης δραστηριότητας SC επειδή ο ρυθμός μεταβολής στο επίπεδο SC (ως δείκτης φυσιολογικής διέγερσης) ήταν πρωταρχικού ενδιαφέροντος και αναμενόταν να είναι καλύτερος καθοριστής της ψυχοφυσιολογικής αντιστοιχίας μεταξύ αλληλεπιδρώντων ατόμων από μεμονωμένες διακριτές κορυφές ή απόλυτη SC επιπέδου. Οι μεμονωμένες κορυφές και το απόλυτο επίπεδο SC τείνουν να

δείχνουν ιδιοσυγκρασιακή μετατόπιση με την πάροδο του χρόνου, και το πλάτος και η συχνότητα μπορεί να ποικίλλουν σημαντικά από άτομο σε άτομο.

Οι συσχετισμοί Pearson με υστέρηση μηδέν στη συνέχεια υπολογίστηκαν σε διαδοχικά, τρέχοντας παράθυρα 15 δευτερολέπτων (που αντιστοιχούν σε μέσο όρο 15 κλίσεων) μεταξύ των τιμών του ασθενούς και του θεραπευτή που έχει κλείσει με το χρόνο. Στη συνέχεια, ένας δείκτης περιόδου σύνδεσης υπολογίστηκε από την αναλογία του αθροίσματος των θετικών συσχετίσεων σε ολόκληρη τη συνεδρία θεραπείας διαιρούμενη με το άθροισμα της απόλυτης τιμής των αρνητικών συσχετίσεων κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Λόγω της ανατροπής που είναι εγγενής σε αναλογίες, υπολογίστηκε ένας φυσικός λογαριθμικός μετασχηματισμός του προκύπτοντος δείκτη. Έτσι, μια τιμή δείκτη μηδέν αντανακλά ίσους θετικούς και αρνητικούς συσχετισμούς ή ουδέτερη αντιστοιχία για τη συνεδρία θεραπείας. Ταυτόχρονα, μια τιμή μεγαλύτερη από το μηδέν αντικατοπτρίζει σχετικά πιο θετική συνάφεια SC με την πάροδο του χρόνου, ενώ μια τιμή μικρότερη από το μηδέν αντικατοπτρίζει σχετικά πιο αρνητική συμφωνία SC με την πάροδο του χρόνου.

Αντιληπτή ενσυναίσθηση

Το κύριο μέτρο ενσυναίσθησης ήταν η αντιληπτή κατανόηση του θεραπευτή κατά την παρακολούθηση της ψυχοθεραπείας, όπως αξιολογείται από τον ασθενή. Ζητήθηκε αυστηρά από τους ασθενείς να επικεντρωθούν στην εμπειρία τους από τον θεραπευτή κατά τη διάρκεια της παρακολουθούμενης συνεδρίας (σε σύγκριση με προηγούμενες συνεδρίες). Επιπλέον, οι ασθενείς διαβεβαιώθηκαν ότι οι θεραπευτές τους δεν θα βλέπουν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων τους. Αμέσως μετά τη συνεδρία θεραπείας, οι συμμετέχοντες των ασθενών ολοκλήρωσαν την υπο-κλίμακα Barrett-Lennard Relationship Inventory Empathic Understanding (EUS).

Το EUS είναι ένα ερωτηματολόγιο 16 στοιχείων που έχει σχεδιαστεί για να αξιολογήσει τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με την ικανότητα του θεραπευτή να τις κατανοήσει ενσυναισθητικά κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας. Έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε προηγούμενες μελέτες ψυχοφυσιολογίας με συμβούλους και υγιείς φοιτητές και ασθενείς σε περιβάλλον μη κλινικής συνέντευξης. Κάθε ερώτηση απαιτεί βαθμολογία από κλίμακα που κυμαίνεται από +3, «συμφωνώ απόλυτα» έως -3, «διαφωνώ έντονα». Το EUS προσφέρει μόνο μη μηδενικές επιλογές. Οι συνολικές βαθμολογίες

στοιχείων που υπολογίστηκαν μπορεί να κυμαίνονται από -48 έως +48, με υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν μεγαλύτερη αντιληπτή κατανόηση. Οι αξιολογήσεις θεραπευτών στο EUS δεν λήφθηκαν λόγω μιας σημαντικής βιβλιογραφίας που υποδηλώνει ότι οι θεραπευτές υπερβαίνουν συνεχώς τις ενσυναισθητικές τους ικανότητες.

Κοινωνικές-συναισθηματικές βαθμολογίες

Ψηφιακές εγγραφές ήχου-βίντεο έγιναν σε όλες τις συνεδρίες χρησιμοποιώντας μια βιντεοκάμερα που ηχογράφησε με ρύθμιση ευρείας γωνίας για να συλλάβει τόσο τον ασθενή όσο και τον θεραπευτή (Sony Digital 8 DCR-TRV510, Sony Corp. of America, New York). Τα κλιπ ήχου-βίντεο που αντιπροσωπεύουν την υψηλότερη και τη χαμηλότερη περίοδο 1 λεπτού εντός ενός παραθύρου 3 λεπτών φυσιολογικής αντιστοιχίας από κάθε συνεδρία ψυχοθεραπείας αναγνωρίστηκαν και επεξεργάστηκαν χρησιμοποιώντας τα αποτελέσματα του αλγορίθμου φυσιολογικής αντιστοιχίας. Αυτό επιτεύχθηκε χρησιμοποιώντας ένα τρεχούμενο παράθυρο 3 λεπτών μέσω της συμβατότητας SC κάθε θεραπείας. Έτσι, τα υψηλότερα και τα χαμηλότερα μη επικαλυπτόμενα τμήματα 3 λεπτών επιλέχθηκαν από κάθε συνεδρία. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα 20 ζευγάρια τμημάτων συμμόρφωσης υψηλού χαμηλού SC, για συνολικά σαράντα 3-λεπτά κλιπ ήχου-βίντεο. Η διάρκεια των 3 λεπτών επιλέχθηκε για να παρέχει κάποιο πλαίσιο για την ανάλυση του τμήματος ενδιαφέροντος 1 λεπτού. Η διάρκεια του 1 λεπτού για την ανάλυση βασίστηκε σε βιβλιογραφία που υποστηρίζει τη χρήση λεπτών φετών κοινωνικής αλληλεπίδρασης για αξιολογήσεις παρατηρητών.

Οι αξιολογήσεις του παρατηρητή των επεξεργασμένων κλιπ περιελάμβαναν μια τροποποιημένη έκδοση του Bales Interaction Coding System (BICS). Το BICS αναπτύχθηκε για την ανάλυση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης πρόσωπο με πρόσωπο και έχει επικυρωθεί εκτενώς σε ψυχοθεραπεία ένας προς έναν και σε μικρές ομάδες. Σχεδιάστηκε για να είναι ουδέτερη από την αξία και δεν συμμορφώνεται με κάποιο συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο. Το BICS έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενη έρευνα στην ψυχοφυσιολογία και την ψυχοθεραπεία. Το BICS έχει συνολικά 12 στοιχεία οργανωμένα σε τρεις κύριες κατηγορίες: κοινωνικά-συναισθηματικά θετικά, κοινωνικά-συναισθηματικά ουδέτερα και κοινωνικά-συναισθηματικά αρνητικά. Τα στοιχεία και μια συντομευμένη περιγραφή παρουσιάζονται στον Πίνακα 1 .

Items	Description
Positive	
1. Shows solidarity	Raises other person's status, gives help or reward
2. Shows positive regard	Shows obvious pleasure or satisfaction
3. Shows nonverbal acceptance	Listens intently, concurs, shows understanding
Neutral	
4. Gives suggestion	Gives suggestions implying autonomy for the other
5. Gives opinion	Gives analysis, evaluation, or expression of opinion
6. Gives orientation	Gives clarification, confirmation, or information
7. Asks for orientation	Asks for clarification, confirmation, or information
8. Asks for opinion	Asks for analysis, evaluation, or expression of opinion
9. Asks for suggestion	Asks for direction or possible ways of acting
Negative	
10. Shows disagreement	Subject shows rejection, emotional distance, or withholds help
11. Shows tension	Shows tension, obvious withdrawal, shows anxiety
12. Shows antagonism	Deflates other person's status, is defensive, or aggressive

Πίνακας 1:

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Θετικά, ουδέτερα και αρνητικά κοινωνικά-συναισθηματικά στοιχεία με σύντομη περιγραφή

Δύο ανεξάρτητοι παρατηρητές με εκπαίδευση σε επίπεδο πτυχίου τυφλοί στους στόχους της μελέτης και χωρίς γνώση των κριτηρίων επιλογής για τα κλιπ 3 λεπτών εκπαιδεύτηκαν στην αξιοπιστία χρησιμοποιώντας τυχαία επιλεγμένα τμήματα δοκιμών 3 λεπτών από αρχειοθετημένα βιντεοκασέτα ψυχοθεραπείας. Έτσι, κάθε παρατηρητής αξιολόγησε πολλαπλά τμήματα δοκιμής 3 λεπτών έως ότου επιτευχθεί αξιοπιστία > 0,75. Οι παρατηρητές εκπαιδεύτηκαν να βαθμολογούν κάθε δευτερόλεπτο της αλληλεπίδρασης για ολόκληρο το τμήμα 3 λεπτών με δυαδικό κωδικό (1 = παρόν, 0 = απουσία) για ένα από τα 12 στοιχεία BICS τόσο για τον ασθενή όσο και για τον θεραπευτή. Οι παρατηρητές ενθαρρύνθηκαν να παρακολουθήσουν το κλιπ αρκετές φορές, σε αργή κίνηση, εάν είναι απαραίτητο, και να βαθμολογήσουν τον ασθενή και τον θεραπευτή ξεχωριστά. Η διάρκεια του 1 δευτερολέπτου για την κωδικοποίηση επιλέχθηκε λόγω της μικρής διάρκειας των τμημάτων και για το χρονικό κλείδωμα των αναλύσεων στη φυσιολογία. Μόλις εκπαιδεύτηκε, κάθε παρατηρητής παρουσίασε ανεξάρτητα τα 40 κλιπ σε τυχαία σειρά σε ψηφιακούς συμπαγείς δίσκους που αντιπροσωπεύουν τα 20 υψηλότερα και 20 χαμηλότερα τμήματα SC σύμφωνα, με ένα υψηλό και ένα χαμηλό τμήμα επιλεγμένο από κάθε ασθενή-θεραπευτή. Ο ποιοτικός έλεγχος συνεχίστηκε ελέγχοντας την αξιοπιστία αφού και οι δύο βαθμολογητές σημείωσαν το ήμισυ όλων των τμημάτων. Πρέπει να τονιστεί ότι το τμήμα ενδιαφέροντος 1 λεπτού βρισκόταν μέσα σε κάθε κλιπ 3 λεπτών και προσδιορίστηκε μετά

την ολοκλήρωση όλων των αξιολογήσεων. Τα μέσα των δύο αξιολογήσεων παρατηρητών για κάθε κατηγορία BICS για το τμήμα ενδιαφέροντος 1 λεπτού υπολογίστηκαν για χρήση στις στατιστικές αναλύσεις.

Το σύντομο (1 λεπτό) τμήμα της ανάλυσης οδήγησε σε χαμηλή συχνότητα ορισμένων στοιχείων (το στοιχείο 1 δείχνει αλληλεγγύη και το στοιχείο 2 δείχνει θετική σημασία) σε αυτήν τη σχετικά μικρή δειγματοληπτική μελέτη ($N = 20$). Διεξήχθησαν στατιστικές αναλύσεις των στοιχείων BICS σε ομάδες ειδών. Η ομαδοποίηση στοιχείων BICS έχει προηγούμενο, και το σκεπτικό για τον αποκλεισμό του στοιχείου 3 είναι ότι είναι το μόνο στοιχείο που ορίζεται αποκλειστικά από μη λεκτικά στοιχεία που λειτουργούν ως ενεργή ακρόαση. Στο παρόν πλαίσιο σε σύντομες χρονικές περιόδους, η ενεργή ακρόαση (δηλ. Δεν μιλάει) εμφανίζεται με πολύ υψηλότερο ρυθμό τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους θεραπευτές από τα άλλα πιο προφορικά (δηλαδή, ομιλία) στοιχεία στη θετική κατηγορία. Έτσι, οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν στις τρεις κύριες κατηγορίες (δηλ. Θετικές, ουδέτερες, αρνητικές) με τη θετική κατηγορία εξαιρουμένου του σημείου 3 (δείχνει μη λεκτική αποδοχή). Επίσης, η εστίαση των αναλύσεων στις κύριες κατηγορίες BICS μειώνει τον αριθμό των συγκρίσεων που έγιναν και μειώνει τον κίνδυνο σφάλματος τύπου 1. Έτσι, χρησιμοποιήθηκαν τέσσερις κατηγορίες BICS στις αναλύσεις. Δεδομένου του αριθμού συγκρίσεων σε κάθε ομάδα σε αυτό το μικρό δείγμα, εφαρμόστηκε διόρθωση Bonferroni για επίπεδα σημασίας.

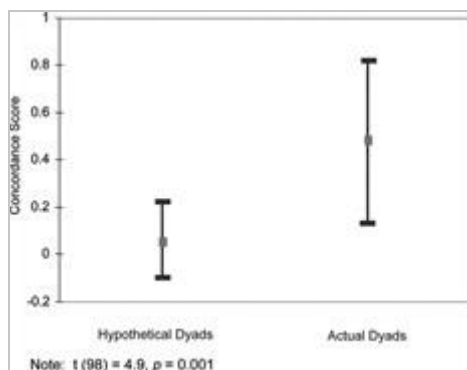
6.2.2 Αποτελέσματα και συζήτηση

Αξιοπιστία του φυσιολογικού μέτρου συνάφειας

Για να ελεγχθεί η αξιοπιστία του αλγορίθμου φυσιολογικής αντιστοιχίας, αναλύθηκαν τυχαία δεδομένα SC από μη ζευγαρωμένους ασθενείς και θεραπευτές από τις 10 πρώτες συνεδρίες ψυχοθεραπείας. Έτσι, τυχαία ψηφιακά σήματα SC ζευγαρώθηκαν και αναλύθηκαν για να προσδιοριστεί εάν υποθετικές, τυχαία συνδεδεμένα ζευγάρια ασθενών-θεραπευτών θα παρήγαγαν SC αντιστοιχία που πλησίαζε μηδέν ή ουδέτερη συμφωνία. Προβλέπεται μηδενική ή ουδέτερη αντιστοιχία για τυχαία παράθεση δεδομένων SC που συλλέγονται από διαφορετικές συνεδρίες ψυχοθεραπείας, σε μη επικαλυπτόμενο χρόνο και τόπο, από ασθενείς και θεραπευτές που δεν έχουν συναντηθεί ποτέ. Δηλαδή, κατά μέσο όρο, περιμένουμε μηδέν ή ισορροπία υψηλής και χαμηλής φυσιολογικής αντιστοιχίας για υποθετικές βαφές.

Η ανάλυση περιελάμβανε τον υπολογισμό της αντιστοιχίας SC (όπως περιγράφηκε παραπάνω) για όλους τους πιθανούς συνδυασμούς ασθενών και θεραπευτών από τις πρώτες 10 σχέσεις ασθενών-θεραπευτών που καταγράφηκαν για τη μελέτη ως μέρος μιας ενδιάμεσης ανάλυσης. Επειδή αυτή η διαδικασία απέκλεισε τις πραγματικές αντιδράσεις ασθενούς-θεραπευτή (δηλαδή, χρησιμοποίησε μόνο αυτούς τους συνδυασμούς συμμετεχόντων που δεν είχαν μαζί θεραπευτική σχέση), 90 υποθετικές αντιδράσεις συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση ($10 \times 10 = 100$ πιθανοί συνδυασμοί μείον 10 πραγματικές).

Το Σχήμα 1 δείχνει μια σύγκριση των βαθμολογιών αντιστοιχίας για τις υποθετικές ($N = 90$) και τις πραγματικές ($N = 10$) αντιδράσεις ασθενών-θεραπευτών. Η μέση βαθμολογία αντιστοιχίας SC για τις 90 υποθετικές 0,06 ($SD = 0,16$) ήταν σημαντικά χαμηλότερη από τη μέση βαθμολογία αντιστοιχίας SC για τις 10 πραγματικές ασθενών-θεραπευτών 0,49 ($SD = 0,33$, $t [98] = 4,9$, $p = 0,001$). Σημειώστε ότι η μέση βαθμολογία SC για τις υποθετικές ήταν κοντά στην αναμενόμενη τιμή μηδενικής ή ουδέτερης αντιστοιχίας, αντανακλώντας σχεδόν ίσο ποσό και διάρκεια θετικής και αρνητικής συνάφειας SC στον υποθετικό πληθυσμό.



Σχήμα 1:

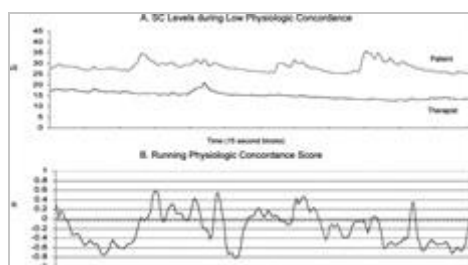
Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Μέσα και τυπικές αποκλίσεις των βαθμολογιών φυσιολογικής αντιστοιχίας για υποθετικά ($N = 90$) έναντι των πραγματικών αντιδράσεων ασθενών-θεραπευτών ($N = 10$).

Κλινικά παραδείγματα χαμηλής και υψηλής φυσιολογικής αντιστοιχίας

Τα Σχήματα 2 και 3 δείχνουν κλινικά παραδείγματα χαμηλών και υψηλών τμημάτων τμημάτων SC σύμφωνα με δύο διαφορετικές συνεδρίες θεραπείας ασθενών-θεραπευτών, αντίστοιχα. Τα ανεπεξέργαστα επίπεδα του ασθενούς και του θεραπευτή εμφανίζονται για το παράδειγμα χαμηλής φυσιολογικής αντιστοιχίας στο Σχήμα 2Α και για το

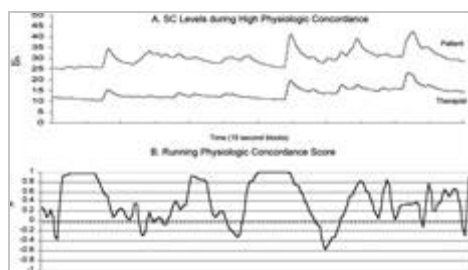
παράδειγμα του υψηλού φυσιολογικού συσχετισμού στο Σχήμα 3A . Σε κάθε σχήμα, τα δεδομένα του ασθενούς προσαρμόζονται ώστε να ταιριάζουν στο γράφημα ώστε να εμφανίζονται πάνω από τα δεδομένα του θεραπευτή. Κάτω από τα σχήματα 2A και 3A , υπάρχει ένα αντίστοιχο γράφημα της συνάφειας SC-moment-to-moment για τα τμήματα χαμηλού (Σχήμα 2B) και υψηλού (Σχήμα 3B). Η βαθμολογία SC σύμφωνα με το χαμηλό 3-λεπτό τμήμα ήταν $-1,31$ (Σχήμα 2B). Αντίθετα, η βαθμολογία SC για το υψηλό 3-λεπτό τμήμα ήταν $2,53$ (Σχήμα 3B). Σημειώστε ότι η δυναμική φύση των διακυμάνσεων στη συμφωνία SC, από στιγμή σε στιγμή, ήταν ένας παράγοντας στην επιλογή τμημάτων 1 λεπτού για τις μικροαναλύσεις της κοινωνικής-συναισθηματικής διαδικασίας.



Σχήμα 2:

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Δεδομένα ακατέργαστης αγωγιμότητας δέρματος (SC) για έναν ασθενή (κορυφαία γραμμή) και έναν θεραπευτή (κατώτατη γραμμή) κατά τη διάρκεια τριών λεπτών τμήματος χαμηλής φυσιολογικής αντιστοιχίας (A) με βαθμολογία αντιστοιχίας στιγμής προς στιγμή (B)



Σχήμα 3:

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Υψηλή φυσιολογική αντιστοιχία (A) με αντίστοιχη βαθμολογία χρονικής στιγμής προς στιγμή.

Φυσιολογική Συμφωνία και Αντιληπτή Ενσυναίσθηση

Η βαθμολογία των ασθενών ως προς την ενσυναίσθηση του θεραπευτή έδειξε υψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach α) για το EUS ($\alpha = 0,84$) και ήταν συνεπής με προηγούμενες μελέτες. Ο βαθμός ενσυναίσθησης του θεραπευτή ήταν επίσης υψηλός, με μέσο όρο 25,1 ($SD = 7,5$) Υπήρξε μια σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στη μέτρηση κύριας έκβασης των αξιολογήσεων των ασθενών του θεραπευτή ενσυναίσθησης (EUS) και σκορ συμφωνία SC τους με τον θεραπευτή τους ($r = 0,47, p = 0,03$). Δεδομένου του υψηλού βαθμού διακύμανσης στον αριθμό των συνεδριών θεραπείας, πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης με αριθμό συνεδριών θεραπείας, ηλικίας θεραπευτή και αντιστοιχίας SC ως ανεξάρτητων μεταβλητών και βαθμολογία ασθενούς ως θεραπευτική ενσυναίσθηση ως εξαρτώμενη μεταβλητή. Το μοντέλο είχε ως αποτέλεσμα το 26% της διακύμανσης στις βαθμολογίες ενσυναίσθησης που εξηγούνται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές, με συνάφεια SC τη μόνη στατιστικά σημαντική μεταβλητή πρόβλεψης ($\beta = 17,5, p = 0,03$) και καμία σημαντική σχέση παλινδρόμησης μεταξύ των άλλων μεταβλητών πρόβλεψης και ενσυναίσθησης ($F [3, 19] = 1,86, \text{σελ} = 0,18$).

Φυσιολογική Συμφωνία και κοινωνικές-συναισθηματικές βαθμολογίες

Η αξιοπιστία υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο αμφίδρομων μεικτών συντελεστών συσχέτισης intraclass. Οι δύο παρατηρητές συνολικά έδειξαν υψηλή συμφωνία μεταξύ των διατιμητών για τις βαθμολογίες (0,82) με ατομική αξιοπιστία κατηγορίας μεγαλύτερη από 0,75 διατηρούμενη για καθεμία από τις επιμέρους κατηγορίες BICS. Ο Πίνακας 2 συνοψίζει τα αποτελέσματα των συγκρίσεων 1 λεπτού μεταξύ τμημάτων αντιστοιχίας υψηλού και χαμηλού SC για ασθενείς και θεραπευτές. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι θεραπευτές είχαν σημαντικά πιο θετικές κοινωνικές-συναισθηματικές αποκρίσεις (εξαιρουμένου του σημείου 3) κατά τη διάρκεια υψηλών και χαμηλών στιγμών φυσιολογικής αντιστοιχίας. Έτσι, οι ασθενείς παρουσίασαν πάνω από τρεις φορές μεγαλύτερη αλληλεγγύη (στοιχείο 1) συν θετική θεώρηση (στοιχείο 2) στο υψηλό τμήμα με μέσο όρο 1,4 ($\pm 1,5$) δευτερόλεπτα έναντι του χαμηλού τμήματος με μέσο όρο 0,4 ($\pm 0,6$) δευτερόλεπτα ($t [19] = 2,79, p = 0,010, d = 0,63$). Ομοίως, οι θεραπευτές έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη αλληλεγγύη συν θετική σχέση στα τμήματα υψηλού (1,5 $\pm 1,6$) έναντι χαμηλών (0,2 $\pm 0,7$) ($t [19] = 4,10, p = 0,001, d = 0,92$). Καμία άλλη κατηγορία BICS δεν έδειξε σημαντικά αποτελέσματα.

TABLE 2. Social-Emotional Ratings in 1-Minute High Versus Low Physiologic Concordance Segments*

Item	High mean (SD)	Low mean (SD)	r Statistics	p Value	F (df) p Value
Patients					
Positive items 0-2	5.4 (1.5)	6.4 (0.6)	-2.79	0.007**	9.62**
Positive items 3	6.7 (0.5)	5.5 (1.4)	0.54	0.59	0.42
Positive items 4-6	4.3 (1.0)	4.9 (1.0)	0.36	0.74	0.34
Negative items 10-12	6.9 (1.9)	7.1 (0.7)	-0.11	0.92	0.07
Therapists					
Positive items 0-2	3.3 (1.4)	3.2 (0.7)	-4.49	0.000***	0.02**
Positive items 3	46.7 (2.4)	46.9 (3.1)	0.08	0.47	0.92
Positive items 4-6	10.9 (1.8)	11.1 (1.8)	-0.11	0.92	0.07
Negative items 10-12	5.7 (2.5)	4.5 (1.9)	0.15	0.88	0.09

*N = 600, with 300-item correlation.
**p < .01, with Bonferroni correction.
***p < .001, with Bonferroni correction.

Πίνακας 2:

Πηγή: ίδια επεξεργασία

Κοινωνική-συναισθηματική βαθμολογία σε τμήματα 1 λεπτού υψηλής έναντι χαμηλής φυσιολογικής αντιστοιχίας.

Αυτή η μελέτη εξέτασε τη χρήση ταυτόχρονων εγγραφών SC από ασθενείς και θεραπευτές, ακολουθούμενη από μέτρηση της ενσυναίσθησης του θεραπευτή που αντιλαμβάνεται ο ασθενής κατά τη διάρκεια μιας ζωντανής κλινικής συνάντησης. Η αξιοπιστία ενός προτεινόμενου μέτρου της αντιστοιχίας SC επαληθεύτηκε με σύγκριση μεταξύ ενός υποσυνόλου των αντιδράσεων των ασθενών-θεραπευτών με ψηφιακά δημιουργημένες υποθετικές κινήσεις που προέρχονται από δεδομένα SC ασθενών και θεραπευτών που ούτε συναντήθηκαν ούτε αλληλεπιδράσαν μεταξύ τους. Επιπλέον, ο συνολικός δείκτης αντιστοιχίας της SC κατά τη διάρκεια των συνεδριών ψυχοθεραπείας συσχετίστηκε σημαντικά και θετικά με τις αντιλήψεις των ασθενών ως προς την ενσυναίσθηση του θεραπευτή. Τελικά, Οι αξιολογήσεις παρατηρητών τμημάτων ήχου-βίντεο διάρκειας 1 λεπτού υποδηλώνουν ότι οι ασθενείς και οι θεραπευτές παρουσιάζουν σημαντικά πιο θετικές κοινωνικές-συναισθηματικές αντιδράσεις αυξημένης αλληλεγγύης και θετικής προσοχής κατά τη διάρκεια υψηλού έναντι χαμηλού SC. Συνολικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδηλώνουν ένα βιολογικά βασισμένο μοντέλο αντιληπτής ενσυναίσθησης και θετικής-κοινωνικής-συναισθηματικής διαδικασίας ασθενούς-θεραπευτή κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας.

Η παρούσα μελέτη έχει πολλά πλεονεκτήματα. Από όσα γνωρίζουμε, αυτή είναι η πρώτη μελέτη της κοινωνικής ψυχοφυσιολογίας που πραγματοποιήθηκε σε έναν κλινικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια μιας ζωντανής συνεδρίας ψυχοθεραπείας για να δοκιμαστεί η ενσυναίσθηση που αντιλαμβάνεται ο ασθενής. Ενώ το προτεινόμενο μέτρο της αντιστοιχίας SC που χρησιμοποιείται σε αυτήν τη μελέτη είναι καινοτόμο, η σύγκριση υποθετικών έναντι πραγματικών ασθενών-θεραπευτών υποδεικνύει ότι είναι αξιόπιστο. Η αξιοπιστία αυτής της νέας προσέγγισης υποστηρίζεται περαιτέρω από πρόσφατα δημοσιευμένα δεδομένα χρησιμοποιώντας το ίδιο μέτρο της συμβατότητας SC σε ένα προηγούμενο της παρούσας μελέτης. Το εύρημα μιας σημαντικής συσχέτισης μεταξύ της

φυσιολογικής αντιστοιχίας και της ενσυναίσθησης του θεραπευτή που αντιλαμβάνεται ο ασθενής υποστηρίζει προηγούμενες εργασίες στις οποίες διαμορφώθηκε αυτή η μελέτη. Ενώ η τελευταία μελέτη χρησιμοποίησε μια μη κλινική αλληλεπίδραση με υγιείς φοιτητές πανεπιστημίου και βασίστηκε σε μια χειροκίνητη αναλογική μέθοδο για τη μέτρηση ταυτόχρονων διακυμάνσεων SC, η παρούσα μελέτη επεκτείνει αυτήν την προηγούμενη εργασία χρησιμοποιώντας μια ζωντανή κλινική συνάντηση και προσφέρει μια σύγχρονη εναλλακτική λύση για τον ποσοτικό προσδιορισμό της συμβατότητας SC. Το παρόν μέτρο συνάφειας SC κινείται πέρα από την καταμέτρηση των κορυφών και την αξιολόγηση των μέσων επιπέδων και προσφέρει μια εναλλακτική λύση για τη μόνη άλλη δημοσιευμένη συνεχή προσέγγιση χρονοσειρών σε φυσιολογικά μέτρα κατά τη διάρκεια της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Τέλος, εκτός από τη σχέση με την αντιληπτή ενσυναίσθηση, η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που εξετάζει την κωδικοποίηση παρατηρητών μικρών τμημάτων που ταξινομούνται σε καθαρά φυσιολογική βάση δηλαδή υψηλή έναντι χαμηλής SC αντιστοιχίας. Αυτές οι μικροαναλύσεις προσφέρουν προκαταρκτική εικόνα για την από στιγμή σε στιγμή ψυχοβιολογία και την κοινωνικο-συναισθηματική διαδικασία μεταξύ ασθενών και θεραπευτών κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας.

Παρόλο που η κωδικοποίηση συναισθημάτων του παρατηρητή είναι εξαιρετικά κουραστική και απαιτεί εκτεταμένη εκπαίδευση για την επίτευξη αξιοπιστίας, επιτρέπει τη λεπτομερή εξέταση της διαδικασίας ασθενούς-θεραπευτή κατά τη διάρκεια σύντομων τμημάτων ψυχοθεραπείας που ορίζονται μοναδικά από βιολογικές παραμέτρους. Ενώ είναι προκαταρκτικά στη φύση, τα αποτελέσματα των μικροαναλύσεων BICS των τμημάτων ήχου-βίντεο 1 λεπτού δείχνουν ενδιαφέροντα σημαντικά υψηλότερες θετικές κοινωνικές-συναισθηματικές αποκρίσεις στις στιγμές υψηλής έναντι χαμηλής αντιστοιχίας. Ενώ οι ερμηνείες αυτών των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνουν με προσοχή, είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι το εύρημα της αυξημένης θετικής κοινωνικής-συναισθηματικής απόκρισης ήταν σημαντικό τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους θεραπευτές. Τα θετικά αντικείμενα κοινωνικής-συναισθηματικής απόκρισης. Έτσι, αν και αντιπροσωπεύει μόνο το 26% της συνολικής διακύμανσης στην ενσυναίσθηση που αντιλαμβάνεται ο ασθενής, η λεπτομερής διερεύνηση των τμημάτων 1 λεπτού υποδηλώνει ότι η συμφωνία SC μπορεί να διαδραματίσει ρόλο στην αντίληψη άλλων θετικών κοινωνικών δομών όπως η θεραπευτική συμμαχία που είναι επίσης σημαντικές για τα αποτελέσματα των ψυχοκοινωνικών θεραπειών.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης βασίζονται σε προηγούμενη έρευνα και συμπληρώνουν τις πρόσφατες μελέτες νευροαπεικόνισης που αναφέρονται στην εισαγωγή για να προσφέρουν πιθανές πληροφορίες για ένα κλινικά σχετικό βιολογικά βασισμένο μοντέλο ενσυναίσθησης μεταξύ θεραπευτών και ασθενών. Αυτό το μοντέλο βασίζεται στην αλληλοεπικάλυψη μεταξύ του νευροβιολογικού ελέγχου των διακυμάνσεων της SC και των δομών που εμπλέκονται σε μελέτες νευροαπεικόνισης ενσυναίσθησης. Όσον αφορά τη νευροβιολογία των αποκρίσεων SC, αρκετές μελέτες εμπλέκουν τον προμετωπιαίο φλοιό και το πρόσθιο cingulate στον έλεγχο των αποκρίσεων SC. Επιπλέον, οι νευροαπεικονιστικές μελέτες των συναισθηματικών αποκρίσεων και η κοινωνική αλληλεπίδραση εμπλέκουν με συνέπεια παρόμοιες περιοχές. Αυτά τα δεδομένα, όταν συνδυάζονται με τις μελέτες νευροαπεικόνισης, υποστηρίζουν έναν συγκεκριμένο ορισμό της ενσυναίσθησης. Οι συγγραφείς ανέφεραν επίσης μια άμεση συσχέτιση μεταξύ της δραστηριότητας στον πρόσθιο φλοιό του cingulate παρατηρητή και του αυτοαναφερόμενου επιπέδου της ενσυναισθητικής ευαισθησίας. Άλλες μελέτες χρησιμοποίησαν απαντήσεις σε εικόνες συναισθηματικών προσώπων για να δείξουν παρόμοια αλλά εξασθενημένη ενεργοποίηση σε ένα εγκεφαλικό δίκτυο (συμπεριλαμβανομένων των κατώτερων μετωπιαίων, νησιωτικών και προωθικών φλοιών) ενώ οι συμμετέχοντες απλώς παρατήρησαν σε σύγκριση με τη μίμηση του συναισθήματος στην εικόνα.

Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ένα ξεχωριστό δίκτυο νευρώνων για ενσυναίσθηση και συναισθηματική ανταπόκριση που ενημερώνεται από τις πρόσφατες αυξήσεις στην κατανόηση των μηχανισμών «καθρέφτη» στους ανθρώπους που εμπλέκονται στην ικανότητα να παίρνει τη συναισθηματική προοπτική ενός άλλου. Αυτοί οι μηχανισμοί αντικατοπτρίζουν την ικανότητα των νευρώνων να αντιδρούν με παρόμοιο τρόπο όταν ένα άτομο παρατηρεί έναντι του να εκτελεί μια δράση. Έτσι, υπάρχουν συγκεντρωτικά στοιχεία για έναν ορισμό της ενσυναίσθησης και της συμπάθειας που περιλαμβάνει ένα «κοινόχρηστο αντιπροσωπευτικό δίκτυο», το οποίο δημιουργεί κοινές αναπαραστάσεις ψυχικών καταστάσεων «εαυτού» και «άλλου». Αυτή η ικανότητα περιλαμβάνει τον προμετωπιαίο φλοιό, ο οποίος παίζει αναπόσπαστο ρόλο στο συντονισμό και την αντίθεση αυτών των γνωστικών αναπαραστάσεων. Έτσι, στην παρούσα μελέτη, ίσως δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι ένα μέτρο της συμβατότητας της SC μεταξύ των αντιδράσεων των καθιερωμένων ασθενών-θεραπευτών κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας οδήγησε σε συσχετίσεις με τις αντιλήψεις των ασθενών

σχετικά με την ενσυναισθητική σχέση του θεραπευτή και μοιράστηκαν θετικές κοινωνικές-συναισθηματικές καταστάσεις. Εάν παρόμοια εγκεφαλικά δίκτυα εμπλέκονται κατά κάποιον τρόπο σε ενσυναισθητικές και αυτόνομες αποκρίσεις, τότε οι ανάλογες και οι εμπειρικές εμπειρίες μπορεί να ρυθμιστούν μέσω μιας κοινής ή ταυτόχρονης νευροψυχολογίας των αντιπροσωπευτικών δικτύων.

Περιορισμοί

Το προτεινόμενο μέτρο συμμόρφωσης SC έχει επίσης πολλούς περιορισμούς. Ενώ ο σύγχρονος υπολογιστής απλοποίησε σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα ανάκρισης μοντέλων χρονοσειρών συνεχών φυσιολογικών σημάτων, είναι σημαντικό να σημειωθούν οι σημαντικές προκλήσεις της μοντελοποίησης SC, η οποία είναι εγγενώς μη στατική, υπερδοτική και στοχαστική στη φύση. Τα φυσιολογικά συστήματα αλλάζουν συνεχώς, με έναν απροσδιόριστο αριθμό επιδράσεων που υπάρχουν σε ένα ενδοπροσωπικό πλαίσιο επικεντρωμένο στην εσωτερική ρύθμιση και την ομοιόσταση. Ως εκ τούτου, κανένα τρέχον μοντέλο δεν μπορεί να συλλάβει τέλεια μια φυσιολογική διαδικασία τόσο περίπλοκη όσο η SC από ένα άτομο σε αυθαίρετα περιορισμένες εποχές του χρόνου (π.χ. λεπτά, ώρες, ημέρες). Κατά συνέπεια, οποιοσδήποτε αλγόριθμος αντιστοιχίας SC είναι στην καλύτερη περίπτωση μια προσέγγιση της ενδοπροσωπικής και διαπροσωπικής δυναμικής που βρίσκεται υπό διερεύνηση. Έτσι, ενώ η τρέχουσα μεθοδολογία καταδεικνύει ευελιξία και ευαισθησία στο παρόν πλαίσιο, οι περιορισμοί περιλαμβάνουν υπερδειγματοληψία ως αποτέλεσμα του επικαλυπτόμενου παραθύρου καθώς και δυνητικά ψευδείς συσχετίσεις ως αποτέλεσμα του μη ελέγχου της αυτοσυσχέτισης.

Η παρούσα μελέτη έχει άλλους περιορισμούς και τα ευρήματα πρέπει να τοποθετηθούν σε κατάλληλο ερευνητικό πλαίσιο. Παρά το σχετικά μεγάλο μέγεθος δείγματος για μια μελέτη αυτού του τύπου και την πολυπλοκότητα, αυτό είναι ένα μικρό δείγμα με μια νέα μεθοδολογία βαθμολόγησης και περιορισμένα μέτρα έκβασης σε μία μόνο συνεδρία ψυχοθεραπείας. Η μελέτη δεν είναι τυχαιοποιημένη και διεξάγεται σε μη ισόρροπη θεραπευτική σχέση με ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με μείγμα διαταραχών διάθεσης και άγχους. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι ενώ η μελέτη περιελάμβανε ασθενείς με SSRI (αντικαταθλιπτικά φάρμακα), η χρήση του πρώτου παραγώγου παρά οι απόλυτες τιμές με τον παρόντα αλγόριθμο περιορίζει οποιαδήποτε πιθανή επίδραση της χρήσης SSRI στη συμφωνία SC. Τέλος, το εύρημα της μικροανάλυσης των αυξημένων

θετικών κοινωνικο-συναισθηματικών αλληλεπιδράσεων κατά τη διάρκεια των στιγμών υψηλής αντιστοιχίας, ενώ είναι ενδιαφέρον, πρέπει να ερμηνευθεί με προσοχή δεδομένης της σχετικά χαμηλής συχνότητας των γεγονότων σε αυτήν την κατηγορία. Η μελέτη της ψυχολογίας της ενσυναίσθησης κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας προσφέρει μια μοναδική ευκαιρία για την ενημέρωση της κλινικής πρακτικής, τη βελτίωση της κατάρτισης των κλινικών ιατρών και τον φωτισμό διαδικασιών αλλαγής που είναι μοναδικές για την ανθρώπινη δυαδική σχέση.

Τα τρέχοντα αποτελέσματα υποστηρίζουν την έννοια της αντιστοιχίας SC και, σε συνδυασμό με πρόσφατες μελέτες νευροαπεικόνισης, προσφέρουν κλινικές ενδείξεις για μια διαπροσωπική νευροβιολογία με κοινές καταστάσεις αναπαραγωγής και μια υποκείμενη φυσιολογία κατά τη διάρκεια ενσυναισθητικών στιγμών στην ψυχοθεραπεία. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να περιλαμβάνει πρόσθετους τύπους θεραπείας (π.χ. θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς) και πρόσθετα φυσιολογικά μέτρα (π.χ. καρδιακό ρυθμό, αναπνευστικό ρυθμό), καθώς και μελλοντικούς σχεδιασμούς μελέτης με ελέγχους φύλου που χρησιμοποιούν άλλα σημαντικά δομή ψυχοθεραπείας πέρα από την ενσυναίσθηση, όπως η θεραπευτική συμμαχία για να προσδιοριστεί εάν το SC ποικίλλει παρόμοια σε άλλους τρόπους θεραπείας, πώς το SC μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου και ποια, εάν υπάρχει, είναι η σχέση μεταξύ SC Cordordance και αποτελεσμάτων στην ψυχοθεραπεία.

Δεδομένης της αυξανόμενης έμφασης στη χειροκίνητη θεραπεία και στη διαχείριση φαρμάκων, ένα βιολογικά κλινικό μοντέλο ενσυναίσθησης με μια συνεκτική ψυχολογία δύο ατόμων μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της κατάλληλης έμφασης στη σημασία περισσότερων ανθρωπιστικών και σχέσεων μεταβλητών στην εργασία στην κλινική πρακτική. Δεδομένου ότι η έλλειψη αντιληπτής ενσυναίσθησης έχει αποδειχθεί ότι είναι ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας των κακών αποτελεσμάτων στην ψυχοθεραπεία, οι θεραπευτές και οι ασθενείς τους επωφελούνται από τη μελλοντική έρευνα που διευρύνει την κατανόησή μας και βελτιώνει την ικανότητά μας για αυτό το σημαντικό κλινικό ψυχοκοινωνικό κατασκευάσμα (Marcí, C., D. et al., 2007).

6.3 ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ, Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ, Η ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΚΑΙ Η ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.

Αυτή η μελέτη σχεδιάστηκε για να διερευνήσει τις ψυχομετρικές ιδιότητες του Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) και να εξετάσει συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών της και των μέτρων της συνολικής ικανοποίησης από τους γιατρούς, την προσωπική εμπιστοσύνη και τους δείκτες συμμόρφωσης του ασθενούς.

6.3.1 Μέθοδος

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα περιελάμβαναν 535 εξωτερικούς ασθενείς (μεταξύ 18-75 ετών, 66% γυναίκες). Ταχυδρομήθηκε μια έρευνα στους συμμετέχοντες που περιελάμβανε το JSPPPE (5-item), μια κλίμακα για τη μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης με τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης (10-item) και δημογραφικές ερωτήσεις. Οι ασθενείς ρωτήθηκαν επίσης για τη συμμόρφωση με τη σύσταση του γιατρού τους για προληπτικές εξετάσεις (κολοноσκόπηση, μαστογραφία και PSA για ασθενείς ηλικίας και φύλου).

Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 535 ασθενείς που απάντησαν σε μια ταχυδρομική έρευνα. Αυτοί οι ασθενείς επιλέχθηκαν με βάση τα ακόλουθα κριτήρια: 1. ηλικία μεταξύ 18 και 75 ετών κατά την πρώτη επίσκεψή τους, 2. είχαν τουλάχιστον δύο επισκέψεις γραφείου με τον γιατρό κατά τη διάρκεια της τελευταίας 36μηνιας χρονικής περιόδου, 3. πέρασαν στις τουλάχιστον τα δύο τρίτα των συνολικών επισκέψεων στο γραφείο με τον θεράποντα ιατρό που αναγνωρίζεται ως ο κύριος φροντιστής του ασθενούς. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 54,6 έτη ($SD = 13,9$ έτη). Υπήρχαν 174 άνδρες ($n = 33\%$) και 355 γυναίκες ($n = 66\%$) στο δείγμα (έξι ασθενείς δεν διευκρίνισαν το φύλο τους).

Το μέσο έρευνας περιελάμβανε 25 στοιχεία. Η έρευνα του Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα. Αυτά τα στοιχεία απαντώνται σε κλίμακα Likert 7 σημείων (1 = Διαφωνώ απόλυτα, 7 = Συμφωνώ απόλυτα). Αυτό το σύντομο όργανο (5-item) αναπτύχθηκε για να μετρήσει τις αντιλήψεις

των ασθενών για την ενσυναίσθηση του γιατρού τους. Έχουν αναφερθεί προκαταρκτικά δεδομένα για την υποστήριξη της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας αυτής της κλίμακας. Επιπλέον, στην έρευνα συμπεριλήφθηκε κλίμακα 10 στοιχείων συνολικής ικανοποίησης του ασθενούς με τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Έχουν αναφερθεί ισχυρές ενδείξεις για την υποστήριξη της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας αυτής της κλίμακας. Ζητήθηκαν ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, τη φυλή και την εθνικότητα των ερωτηθέντων. Οι ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών ρωτήθηκαν εάν είχαν κολονοσκόπηση που συστήθηκε από τον ιατρό (αναφέρεται στην έρευνα). Για γυναίκες ασθενείς άνω των 50 ετών, ρωτήσαμε εάν είχαν μαστογραφία που συνιστά ο γιατρός και για άνδρες ασθενείς άνω των 50 ετών, ρωτήσαμε εάν είχαν δοκιμασία για αντιγόνο ειδικά για τον προστάτη (PSA) που συνιστάται από γιατρό. Επίσης, οι ερωτήσεις συμπεριλήφθηκαν ως κριτηριακά μέτρα για τη μελέτη εγκυρότητας για την ειδική αντιμετώπιση της διαπροσωπικής εμπιστοσύνης ασθενούς-ιατρού (π.χ., "Θα συνιστούσα αυτόν τον γιατρό στην οικογένεια και τους φίλους μου."

Μετά την έγκριση του θεσμικού συμβουλίου αναθεώρησης του Πανεπιστημίου Thomas Jefferson, στάλθηκε η έρευνα σε 2.633 επιλεγμένους ασθενείς από τους 29 ιατρούς από το Τμήμα Οικογενειακής και Κοινωνικής Ιατρικής του Jefferson. Επιλέχθηκαν τυχαία 100 ασθενείς για εκείνους τους γιατρούς που είχαν περισσότερους από 100. Ο αριθμός των επιλεγμένων ασθενών ανά γιατρό κυμαινόταν από 46 έως 100, με μέσο όρο 91 ασθενείς ανά γιατρό. Ένα αντίγραφο της έρευνας στάλθηκε με συνοδευτική επιστολή που εξηγούσε τον σκοπό της μελέτης ως διερεύνηση σχέσεων ασθενούς-γιατρού. Δεν ζητήθηκε από τους ασθενείς να ταυτοποιηθούν και να βεβαιωθούν για την εμπιστευτικότητα των μεμονωμένων απαντήσεων. Το όνομα του γιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης τυπώθηκε στην πρώτη σελίδα. Οι ασθενείς ρωτήθηκαν εάν ο ονομαζόμενος γιατρός τους παρείχε φροντίδα τα τελευταία τρία χρόνια, και πόσο συχνά επισκέφτηκαν τον γιατρό κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου. Από τις συνολικές έρευνες που αποστέλλονται 84, οι επιστροφές επιστρέφονται λόγω λανθασμένων διευθύνσεων ή αλλαγής διευθύνσεων. Ταχυδρομήθηκαν οι έρευνες σε εκείνους με αλλαγές διεύθυνσης εάν η διεύθυνση αποστολής είχε καθοριστεί στο φάκελο από το ταχυδρομείο. Πέντε έρευνες δεν παραδόθηκαν με την ένδειξη "νεκρός" και 32 ασθενείς ανέφεραν στις επιστροφές τους ότι ο γιατρός που αναφέρεται στην έρευνα δεν ήταν ο γιατρός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Λάβαμε συνολικά 535 χρήσιμες έρευνες (ποσοστό απόκρισης

20%). Οι ασθενείς παρέμειναν ανώνυμοι. Επομένως, δεν γινόταν να εντοπιστεί ποιος έκανε ή δεν απάντησε προκειμένου να στείλουμε μια σημείωση παρακολούθησης για να αυξήσουμε το ποσοστό απόκρισης.

Στατιστικές αναλύσεις

Χρησιμοποιήσαμε την ανάλυση βασικού παράγοντα για να εξετάσουμε τις υποκείμενες κατασκευές της κλίμακας JSPPPE. Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson υπολογίστηκε για να εξετάσει τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. και *t*-test και ανάλυση διακύμανσης χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της στατιστικής σημασίας των διαφορών της ομάδας. Όταν κρίθηκε σκόπιμο, τα μεγέθη των αποτελεσμάτων υπολογίστηκαν για να κριθεί η πρακτική σημασία των στατιστικά σημαντικών ευρημάτων. Στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας SAS έκδοση 9.1 για Windows.

6.3.2 Αποτελέσματα και συζήτηση

Υποκείμενη κατασκευή της κλίμακας

Η ανάλυση παραγόντων των βαθμολογιών των αποτελεσμάτων στοιχείων JSPPPE είχε ως αποτέλεσμα μόνο έναν εξέχοντα παράγοντα με τιμή *eigen* 4,2, που αντιπροσωπεύει το 84% της διακύμανσης. Οι συντελεστές παραγόντων αναφέρονται στο Πίνακα 3. Οι συντελεστές συντελεστών κυμαίνονταν από 0,84 έως 0,93 που υποδηλώνουν ότι το όργανο είναι μια μονοδιάστατη κλίμακα που περιλαμβάνει μόνο ένα εμφανές στοιχείο.

Πίνακας 3

Συντελεστές συντελεστών της κλίμακας Jefferson των αντιλήψεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση του ιατρού, των συσχετισμών στοιχείων-συνολικών βαθμολογιών και των συσχετίσεων κάθε στοιχείου με βαθμολογίες ικανοποίησης και σύστασης ασθενούς (n = 535)

Είδη	Συντελεστές συντελεστών *	Στοιχείο- Συνολικό σκορ †	Ικανοποίηση ασθενούς ‡	Σύσταση ¶
1. Ο γιατρός μου καταλαβαίνει τα συναισθήματα, τα συναισθήματα και τις ανησυχίες μου	0,93	0,94	0,87	0,80
2. Ο γιατρός μου είναι γιατρός κατανόησης	0,92	0,93	0,95	0,89
3. Ο γιατρός μου φαίνεται να ανησυχεί για εμένα και την οικογένειά μου	0,92	0,93	0,87	0,82
4. Ο γιατρός μου ρωτάει τι συμβαίνει στην καθημερινή μου ζωή	0,88	0,91	0,80	0,73
5. Ο γιατρός μου μπορεί να δει τα πράγματα από την άποψή μου (δείτε τα πράγματα όπως τα	0,84	0,88	0,79	0,74

Είδη	Συντελεστές συντελεστών *	Στοιχείο- Συνολικό σκορ †	Ικανοποίηση ασθενούς ‡	Σύσταση ¶
------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------	-----------

βλέπω)

* Τα στοιχεία αναφέρονται με φθίνουσα σειρά συντελεστών συντελεστών.

† Συσχέτιση μεταξύ βαθμολογιών του αντικειμένου και του υπολοίπου της κλίμακας.

‡ Συσχέτιση μεταξύ βαθμολογιών του αντικειμένου και βαθμολογιών στην κλίμακα ικανοποίησης ασθενούς του Jefferson.

¶ Συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων του αντικειμένου και των απαντήσεων σε αυτό το σημείο αγκύρωσης: "Θα συνιστούσα το γιατρό μου στην οικογένεια και τους φίλους μου."

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Ταυτόχρονη ισχύς

Οι συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών σε κάθε στοιχείο του JSPPPE και των μετρήσεων της διαπροσωπικής εμπιστοσύνης ασθενούς-ιατρού ήταν όλες στατιστικά σημαντικές (Πίνακα 4) κυμαίνεται από 0,73 έως 0,96.

Πίνακας 4

Συντελεστές ταυτόχρονης εγκυρότητας της κλίμακας Jefferson των αντιλήψεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση του ιατρού και τα μέτρα κριτηρίου της διαπροσωπικής εμπιστοσύνης ασθενούς-ιατρού από το φύλο και την ηλικία των ασθενών.

Μέτρα κριτηρίου	Γένος*	Ηλικία	Σύνολο (n =
	_____	_____	_____

	535)				
	Άνδρες	Γυναίκες	<56	≥ 56	
	(n = 174)	(n = 355)	(n = 266)	(n = 269)	
Συνολική ικανοποίηση του ασθενούς με τον ιατρό [†]	0,94	0,93	0,96	0,90	0,93
Θα συνιστούσα στο γιατρό μου την οικογένεια και τους φίλους μου	0,88	0,86	0,91	0,80	0,87
Ο γιατρός μου με ακούει προσεκτικά	0,88	0,91	0,96	0,84	0,91
Ο γιατρός μου περνά αρκετό χρόνο μαζί μου	0,79	0,80	0,85	0,75	0,80
Ο γιατρός μου με νοιάζει πραγματικά ως άτομο	0,93	0,85	0,89	0,87	0,88
Θα ήθελα ο γιατρός μου να είναι παρών σε οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης	0,73	0,78	0,80	0,73	0,77
Είμαι ικανοποιημένος που ο γιατρός μου με φρόντιζε	0,86	0,86	0,90	0,83	0,87

* Έξι ασθενείς δεν διευκρίνισαν το φύλο τους

[†] Βαθμολογία στην κλίμακα Jefferson της συνολικής ικανοποίησης του ασθενούς με τον ιατρό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Οι συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών του JSPPPE και των βαθμολογιών της συνολικής ικανοποίησης με τον ιατρό ήταν μεγαλύτερες από 0,92 για διαφορετικά δείγματα και οι συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων JSPPPE και οι αξιολογήσεις των

συστάσεων γιατρών σε οικογένεια και φίλους ήταν $> .85$ (Πίνακας 4). Οι συσχετίσεις αναφέρονται στο Πίνακα 4 παρέχει υποστήριξη για την ταυτόχρονη ισχύ του JSPPPE για το συνολικό δείγμα, καθώς και για άνδρες και γυναίκες και για νεότερους (< 56 ετών) και ηλικιωμένους ασθενείς (≥ 56 ετών, διάμεσος διαχωρισμός).

Αξιοπιστία

Υπολογίσαμε τον συντελεστή Cronbach alpha που είναι δείκτης της εσωτερικής αξιοπιστίας συνοχής του οργάνου (Πίνακας 5). Οι συντελεστές αξιοπιστίας για το συνολικό δείγμα και τα δείγματα ανά φύλο και ηλικία ήταν πολύ μεγάλοι σε μέγεθος ($\geq .96$) υποδεικνύοντας ότι το όργανο είναι πολύ εσωτερικά συνεπές.

Πίνακας 5

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για την κλίμακα Jefferson των αντιλήψεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση του γιατρού ανά φύλο και ηλικία των ασθενών (n = 535)

	Σημείω	SD	Εύρος	To Alpha του Cronbach
Γένος*				
Άνδρες (n = 174)	30.7	7.1	5 – 35	0,97
Γυναίκες (n = 355)	29.2	8.0	5 – 35	0,98
Ηλικία †				
<56 ετών (n = 266)	29.3	8.3	5 - 35	0,99

	Σημαίνω	SD	Εύρος	Το Alpha του Cronbach
≥ 56 ετών (n = 269)	29.9	7.3	5 - 35	0,98
Σύνολο (n = 535)	29.6	7.8	5 - 35	0,98

* $t_{(527)} = 2.17, p < .05$ (6 ασθενείς δεν διευκρίνισαν το φύλο τους)

† $t_{(522)} = .61, p = .95$ (ασήμαντο)

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Περιγραφικά στατιστικά

Τα μέσα, οι τυπικές αποκλίσεις και τα εύρη των βαθμολογιών της κλίμακας ικανοποίησης για το συνολικό δείγμα και για τους άνδρες και τις γυναίκες, και νεότεροι και ηλικιωμένοι ασθενείς αναφέρονται στο Πίνακα 5. Το πιθανό εύρος για την κλίμακα είναι 5-35 και το πραγματικό εύρος ήταν επίσης 5-35 ανεξάρτητα από το φύλο και την ηλικία των ασθενών. Η μέση βαθμολογία για το συνολικό δείγμα ήταν 29,6 ($SD = 7,8$). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ ηλικιωμένων και νεότερων ασθενών. Ωστόσο, οι άνδρες αντιλήφθηκαν τους γιατρούς τους ως πιο ενσυναίσθηση από τις γυναίκες, αλλά η διαφορά δεν ήταν πρακτικής σημασίας (μέγεθος φαινομένου = .20).

Ισχύς που σχετίζεται με το κριτήριο

Κολονοσκόπηση

Οι βαθμολογίες στο JSPPPE συγκρίθηκαν για ασθενείς άνω των 50 ετών που ανέφεραν ότι ο γιατρός τους ($n = 333$) ή δεν ($n = 78$) συνέστησε κολονοσκόπηση. Τα συνοπτικά αποτελέσματα αναφέρονται στο Πίνακα 6.

Πίνακας 6

Βαθμολογία στην κλίμακα Jefferson των αντιλήψεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση του ιατρού και τις συστάσεις των ιατρών για προληπτικές δοκιμές

Συνιστάται δοκιμή από γιατρό	M	SD	Ta
Κολονοσκόπηση *			
Ναι (n = 333, ποσοστό συμμόρφωσης = 81%)	30.8	6.5	6.5 **
Όχι (n = 78)	24.7	10.6	
μαστογραφία †			
Ναι (n = 256, ποσοστό συμμόρφωσης = 92%)	30.0	7.2	3.1 **
Όχι (n = 58)	26.2	10.3	
PSA ‡			
Ναι (n = 126, ποσοστό συμμόρφωσης = 90%)	31.3	6.0	3.5 **

Συνιστάται δοκιμή από γιατρό	M	SD	Tα
------------------------------	---	----	----

Όχι (n = 37)	26.5	10.5	
--------------	------	------	--

** $p < 0,01$

* Άνδρες και γυναίκες ασθενείς άνω των 50 ετών

† Γυναίκες ασθενείς άνω των 50 ετών

‡ Άνδρες ασθενείς άνω των 50 ετών

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Οι μέσες βαθμολογίες του JSPPPE ήταν σημαντικά υψηλότερες ($p < .01$) για τους ασθενείς των οποίων οι γιατροί πρότειναν τεστ κολονοσκόπησης ($M = 30,8$) από άλλους στην ίδια ηλικιακή ομάδα ($M = 24,7$). Το μέγεθος του αποτελέσματος ήταν 0,78 που δείχνει ότι η διαφορά στις βαθμολογίες ενσυναίσθησης ήταν πρακτικής σημασίας.

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι το 81% ($n = 270$) των ασθενών που ανέφεραν ότι ο γιατρός τους συνέστησε κολονοσκόπηση είχε κάνει τη διαδικασία. Αντίθετα, μόνο το 27% ($n = 21$) των ασθενών που ανέφεραν ότι οι γιατροί τους δεν συνιστούσαν κολονοσκόπηση το είχαν κάνει (πιθανώς παραγγέλθηκε από άλλο γιατρό ή κατόπιν αιτήματος του ίδιου του ασθενούς).

Μαστογραφία

Η μέση βαθμολογία του JSPPPE για γυναίκες ασθενείς άνω των 50 ετών που ανέφεραν ότι οι γιατροί τους συνιστούσαν μαστογραφία ($n = 256$) ήταν σημαντικά υψηλότερη από ότι για άλλους στο ίδιο φύλο και ηλικιακή ομάδα ($n = 58$) των οποίων ο γιατρός δεν συνέστησε δοκιμή ($M = 30,0$ έναντι $M = 26,2$, αντίστοιχα, $p < .01$, Πίνακας 6). Το μέγεθος του εφέ ήταν 0,45, υποδεικνύοντας ότι η διαφορά δεν πρέπει να θεωρείται αμελητέα. Το ποσοστό συμμόρφωσης ήταν 92% ($n = 236$) για την προηγούμενη ομάδα. Αντιθέτως, μόνο το 16% ($n = 9$) των ασθενών στην τελευταία ομάδα ανέφεραν ότι είχαν μαστογραφία.

PSA

Οι άνδρες ασθενείς άνω των 50 ετών που ανέφεραν ότι οι γιατροί τους συνέστησαν τη δοκιμή PSA ($n = 126$) έλαβαν υψηλότερη μέση βαθμολογία στο JSPPPE από τους

αντίστοιχους τους στην ίδια ηλικιακή ομάδα ($n = 37$) των οποίων οι γιατροί δεν συνέστησαν το τεστ ($M = 31,3$ έναντι $M = 26,5$, αντίστοιχα, $p < .01$, Πίνακας 6). Το μέγεθος του εφέ ήταν 0,62 που δείχνει ότι η διαφορά ήταν πρακτικής σημασίας. Το ποσοστό συμμόρφωσης ήταν 90% ($n = 114$) για την προηγούμενη ομάδα, αλλά μόνο το 5% ($n = 2$) των ασθενών στην τελευταία ομάδα ανέφεραν ότι έχει γίνει δοκιμή PSA.

Συσχέτιση με ιατρική αυτοαναφερόμενη ενσυναίσθηση

Πραγματοποιήθηκε επιπρόσθετη ανάλυση για να εξεταστεί η συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων του JSPPPE και των βαθμολογιών ενσυναίσθησης της αυτοαπόθεσης των ιατρών. Οι 29 παθολόγοι των συμμετεχόντων ασθενών κλήθηκαν να ολοκληρώσουν την κλίμακα Jefferson για ένα άλλο έργο σχετικά με τα κλινικά αποτελέσματα της ενσυναίσθησης του γιατρού με διαβητικούς ασθενείς. Κατατάχθηκαν οι γιατροί σε τρεις ομάδες ανάλογα με την κατανομή των βαθμολογιών ενσυναίσθησης τους: υψηλή (πρώτη τρίτη), μέτρια (μέση τρίτη) και χαμηλή (κάτω τρίτη). Συγκρίναμε τις μέσες βαθμολογίες JSPPPE μεταξύ αυτών των τριών ομάδων ιατρών. Οι μέσες βαθμολογίες JSPPPE για τους σκορ της υψηλής, μέτριας και χαμηλής ενσυναίσθησης ήταν 30,1 ($SD = 7,8$), 30,0 ($SD = 7,3$) και 28,8 ($SD = 8,3$), αντίστοιχα. Όπως ήταν αναμενόμενο, η μέση βαθμολογία JSPPPE ήταν η χαμηλότερη για τους ιατρούς με χαμηλή ενσυναίσθηση και η υψηλότερη για τους γιατρούς με υψηλή βαθμολογία ενσυναίσθησης, αλλά τα αποτελέσματα της ανάλυσης της διακύμανσης έδειξαν ότι οι διαφορές δεν έφτασαν στο αποδεκτό επίπεδο στατιστικής σημασίας ($F(2, 532) = 1,30, p = 0,27$).

Περιορισμοί

Οι περιορισμοί αυτής της μελέτης περιλαμβάνουν το χαμηλό ποσοστό απόκρισης και ότι πραγματοποιήθηκε σε ένα μόνο ίδρυμα. Και οι δύο μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τη γενίκευση των ευρημάτων. Επίσης, εκείνοι οι ασθενείς που έχουν θετική άποψη για τους γιατρούς τους είναι συχνά πιο διατεθειμένοι από άλλους να ανταποκριθούν στις έρευνες σχετικά με τους γιατρούς τους, ιδιαίτερα όταν η θετική άποψη σχηματίζεται κατά τη διάρκεια μιας σχετικά μεγάλης περιόδου φροντίδας από έναν γιατρό. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει μια προκατάληψη δειγματοληψίας που μπορεί να περιορίσει τη γενίκευση των ευρημάτων. Ωστόσο, ο κύριος σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει τις εσωτερικές σχέσεις μεταξύ βαθμολογιών του JSPPPE και επιλεγμένων κριτηρίων, όπως η

ικανοποίηση με τον ιατρό, η εμπιστοσύνη στον ιατρό και η συμμόρφωση. Η μελλοντική έρευνα για τη γενίκευση των ευρημάτων θα απαιτήσει ένα πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα από πολλά ιατρικά κέντρα με λογικό ποσοστό απόκρισης. Απαιτείται επίσης περαιτέρω έρευνα για να εξεταστεί η ψυχομετρία του JSPPPE για γιατρούς σε διάφορες ειδικότητες και διαφορετικές ρυθμίσεις πρακτικής. Παρά τους προαναφερθέντες περιορισμούς, τα ευρήματά της έρευνας μπορούν να αυξήσουν την εμπιστοσύνη των ερευνητών σχετικά με τη χρήση του JSPPPE που υποστηρίζεται από ισχυρά ψυχομετρικά στοιχεία όπως αναφέρεται στο αυτή η μελέτη. Τα ευρήματά αυτά μπορούν να αυξήσουν την εμπιστοσύνη των ερευνητών σχετικά με τη χρήση του JSPPPE, το οποίο υποστηρίζεται από ισχυρές ψυχομετρικές ενδείξεις όπως αναφέρονται σε αυτή τη μελέτη. Δεδομένης της τάσης προς την καθολική υγειονομική περίθαλψη, υπάρχει ανάγκη μετάφρασης, επικύρωσης και χρήσης μέτρου ποιότητας της κλινικής περίθαλψης σε διάφορες χώρες. Η διαθεσιμότητα αυτού του ψυχομετρικά υγιούς μέσου μπορεί να βοηθήσει τους ερευνητές σε αυτές τις χώρες να προσαρμόσουν πολιτισμικά το JSPPPE και να διεξάγουν διαπολιτισμικές μελέτες σχετικά με τις αντιλήψεις των ασθενών για την ενσυναισθητική εμπλοκή του ιατρού στην ιατρική περίθαλψη.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης παρέχουν ισχυρές ενδείξεις για την υποστήριξη της ψυχομετρίας του JSPPPE. Η ταυτόχρονη εγκυρότητα της κλίμακας υποστηρίχθηκε από σημαντικούς συσχετισμούς με βαθμολογίες της κλίμακας ικανοποίησης του ασθενούς, προθυμία να συστήσει το γιατρό σε οικογένεια και φίλους και άλλους δείκτες διαπροσωπικής εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών και ιατρών. Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν με αυτά που ανέφεραν ο Kim και οι συνάδελφοί του σε ένα δείγμα κορεάτικων ασθενών. Η εγκυρότητα της κλίμακας που σχετίζεται με το κριτήριο υποστηρίχθηκε από υψηλότερες μέσες βαθμολογίες JSPPPE μεταξύ ασθενών των οποίων οι γιατροί συνέστησαν τις προληπτικές εξετάσεις και από τα υψηλά ποσοστά συμμόρφωσης. Αυτά τα σημαντικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι ο προσανατολισμός των ιατρών προς προληπτικά μέτρα μπορεί να συμβάλει σε μια πιο θετική αντίληψη της ενσυναίσθησης του γιατρού, πιθανώς λόγω των ασθενών που αισθάνονται ότι οι γιατροί τους κατανοούν και νοιάζονται για τη μελλοντική τους υγεία. Τα ευρήματα ότι η αντίληψη του ασθενούς για την ενσυναίσθηση του γιατρού δεν ήταν σημαντική πρόβλεψη της αυτοαναφερόμενης ενσυναίσθησης του γιατρού χρειάζεται εξήγηση. Σύμφωνα με τα ευρήματά μας, ανέφεραν ότι δεν ήταν η αυτοαναφερόμενη ενσυναίσθηση του θεραπευτή, αλλά ο ασθενής αντιλήφθηκε την ενσυναίσθηση που

σχετίζεται σημαντικά με τα κλινικά αποτελέσματα. Σε μία μελέτη με 27 κατοίκους εσωτερικής ιατρικής, αναφέρθηκε ασήμαντη συσχέτιση 0,24 μεταξύ των βαθμολογιών του JSPPPE και των βαθμολογιών της αυτοαναφερόμενης κλίμακας Jefferson of Physician Empathy. Σε μια άλλη μελέτη με 36 κατοίκους οικογενειακής ιατρικής η συσχέτιση μεταξύ των δύο προαναφερθεισών κλιμάκων ήταν 0,48, ($p < .05$). Το ερώτημα αν αυτά τα ασυνεπή ευρήματα οφείλονται σε διαφορετικές απόψεις για την ενσυναισθητική εμπλοκή του ιατρού και του ασθενούς ή σε άλλους παράγοντες παραμένει ανοιχτό για περαιτέρω έλεγχο στη μελλοντική έρευνα (Hojat, M. et al., 2010).

6.4 ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΚΡΟΑΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΙ ΜΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Το Motivational Interviewing (MI) χρησιμοποιείται για να βοηθήσει τους ασθενείς να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους. Προσπαθήσαν οι ερευνητές να προσδιορίσουν εάν η χρήση ειδικών τεχνικών MI γιατρού αυξάνει την ικανοποίηση του ασθενούς με τον ιατρό και την αντιληπτή αυτονομία.

6.4.1 Μέθοδος

Ηχογραφημένες συναντήσεις πρόληψης και χρόνιας περίθαλψης μεταξύ 40 ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και 320 από τους υπέρβαρους ή παχύσαρκους ασθενείς τους. Κωδικοποιήθηκε η χρήση τεχνικών MI (π.χ. ενσυναίσθηση, ανακλαστική ακρόαση). Αξιολογήθηκε η ικανοποίηση του ασθενούς και πόσο ένιωθε ο ασθενής ότι ο γιατρός τον υποστήριζε να αλλάξει. Χρησιμοποιήθηκαν γενικευμένα μοντέλα εξισώσεων εκτίμησης με συνδέσμους logit για την εξέταση συσχετίσεων μεταξύ τεχνικών MI και αυτονομίας και ικανοποίησης που αντιλαμβάνεται ο ασθενής.

6.4.2 Αποτελέσματα και συζήτηση

Ασθενείς των οποίων οι γιατροί βαθμολογήθηκαν ως πιο ενσυναισθητικοί είχαν υψηλότερα ποσοστά υψηλής ικανοποίησης από τους ασθενείς των οποίων οι γιατροί ήταν λιγότερο ενσυναισθητικοί (29% έναντι 11%, $P = .004$) Οι ασθενείς των οποίων οι γιατροί έκαναν οποιοσδήποτε ανακλαστικές δηλώσεις είχαν υψηλότερα ποσοστά υποστήριξης υψηλής αυτονομίας από εκείνους των οποίων οι γιατροί δεν το έκαναν (46% έναντι 30%, $P = 0,006$).

Όταν οι γιατροί χρησιμοποίησαν ανακλαστικές δηλώσεις, οι ασθενείς είχαν περισσότερες πιθανότητες να αντιληφθούν υψηλή αυτονομία. Όταν οι γιατροί ήταν ενσυναισθητικοί, οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν υψηλή ικανοποίηση με τον γιατρό. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η εκπαίδευση γιατρών σε τεχνικές MI

θα μπορούσε ενδεχομένως να βελτιώσει τις αντιλήψεις και τα αποτελέσματα των ασθενών (Pollak, K., I. et al., 2011).

6.5Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑΤΡΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΜΑ ΤΗΣ ΙΤΑΛΙΑΣ.

Αυτή η αναδρομική μελέτη συσχέτισης γίνεται για να ελεγχθεί η υπόθεση αν οι βαθμολογίες ενός επικυρωμένου μέτρου ενσυναίσθησης του γιατρού σχετίζονται με κλινικά αποτελέσματα για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Η μελέτη περιελάμβανε 20.961 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 από πληθυσμό 284.298 ενήλικων ασθενών στην Τοπική Αρχή Υγείας, στη Πάρμα της Ιταλίας, εγγεγραμμένους σε έναν από τους 242 γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης για ολόκληρο το έτος 2009. Συμμετέχοντες ήταν οι ιατροί. Οι βαθμολογίες Jefferson Scale of Empathy συγκρίθηκαν με την εμφάνιση οξέων μεταβολικών επιπλοκών (υπερομοριακή κατάσταση, διαβητική κετοξέωση, κόμα) σε ασθενείς με διαβήτη που νοσηλεύτηκαν το 2009.

6.5.1 Μέθοδος

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Τοπική Αρχή Υγείας της Πάρμας της περιοχής Emilia-Romagna της Ιταλίας. Για να λάβουν φροντίδα μέσω της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, οι κάτοικοι στην περιοχή Emilia-Romagna πρέπει να επιλέξουν ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στους ασθενείς εκχωρείται ένας κωδικός που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ταυτοποίηση του γιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης και για τη σύνδεση των ασθενών με τη βάση δεδομένων διοικητικής υγειονομικής περίθαλψης Regione Emilia-Romagna. Η βάση δεδομένων περιλαμβάνει δημογραφικά δεδομένα, αφηρημένα δεδομένα σχετικά με την απαλλαγή από το νοσοκομείο και πληροφορίες συνταγογράφησης εξωτερικών ασθενών για όλους τους κατοίκους της Emilia-Romagna, καθώς και πληροφορίες για κάθε ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην περιοχή. Τη στιγμή που διεξήχθη αυτή η έρευνα, η βάση δεδομένων περιλάμβανε δεδομένα για την περίοδο μεταξύ 2002 και 2009. Για σκοπούς έρευνας και ανάλυσης, η περιοχή Emilia-

Romagna έχει τροποποιήσει τη βάση δεδομένων για να συμπεριλάβει ένα ανώνυμο αναγνωριστικό για να διασφαλίσει την εμπιστευτικότητα του ασθενούς, αλλά επιτρέπει τη διαχρονική ανάλυση της χρήσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης από τους ασθενείς. Αυτή η βάση δεδομένων έχει περιγραφεί αλλού και έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στην έρευνα για τις υπηρεσίες υγείας.

Συμμετέχοντες

Τον Απρίλιο του 2010, οι 301 ιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην τοπική αρχή υγείας της Πάρμα ενημερώθηκαν για τη μελέτη μας μέσω επιστολής που εστάλη από τον γενικό διευθυντή της τοπικής υγειονομικής αρχής. Η επιστολή εξήγησε ότι ο σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει τις συσχετίσεις μεταξύ της ενσυναίσθησης του ιατρού και των κλινικών αποτελεσμάτων και διαβεβαίωσε τους γιατρούς ότι η συμμετοχή ήταν εθελοντική και εμπιστευτική. Για να συμμετάσχουν, οι γιατροί θα συμπληρώνουν μια έντυπη έκδοση, που βασίζεται σε χαρτί, της ιταλικής μετάφρασης (περιγράφεται παρακάτω). Για να ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή, συντονίστηκαν δύο επακόλουθες αλληλογραφίες σε όλους τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσα σε ένα μήνα μετά την αρχική αποστολή.

Για κάθε ανταποκρινόμενο γιατρό, ανακτήθηκαν πληροφορίες από τη βάση δεδομένων Emilia-Romagna σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την τοποθεσία εξάσκησης (πεδιάδα, λόφος ή βουνό), και τον τύπο της πρακτικής (που σχετίζεται με ένα δίκτυο εξάσκησης γιατρού ή σε μια ομαδική πρακτική).

Χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων Emilia-Romagna για να επιλεγεί ο πληθυσμός της μελέτης, προσδιορίζοντας πρώτα όλους τους ενήλικες ασθενείς (ηλικίας 18 ετών και άνω) που εγγράφηκαν συνεχώς σε έναν από τους συμμετέχοντες γιατρούς για ολόκληρο το έτος 2009. Στη συνέχεια, εντοπίστηκαν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη χρησιμοποιώντας δύο κριτήρια: (1) νοσηλεία με έναν πρωτογενή ή δευτερογενή κωδικό ICD-9-CM που υποδηλώνει σακχαρώδη διαβήτη ή (2) έχει τουλάχιστον μία συνταγή για ινσουλίνη, ανάλογα ινσουλίνης ή φάρμακα που μειώνουν τη γλυκόζη οποιαδήποτε στιγμή μεταξύ του 2002 (η αρχή της βάσης δεδομένων) και το 2009. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2. Προσδιορίστηκε το υποσύνολο των ασθενών που εγγράφονται συνεχώς στον ίδιο γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης για πέντε ή περισσότερα χρόνια ως μέτρο της συνέχειας της σχέσης ιατρού-ασθενούς. Το

πρωτόκολλο μελέτης αναθεωρήθηκε και εγκρίθηκε από το θεσμικό συμβούλιο αναθεώρησης του Πανεπιστημίου Thomas Jefferson.

Μέτρηση της ενσυναίσθησης του γιατρού

Όπως περιγράφηκε παραπάνω, χορηγήσαμε το JSPPPE στους συμμετέχοντες ιατρούς. Το JSPPPE είναι ένα επικυρωμένο μέσο, το οποίο αναπτύχθηκε το 2001 στο Κέντρο Έρευνας στην Ιατρική Εκπαίδευση και την Υγεία, στο Jefferson Medical College, για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης στο πλαίσιο της ιατρικής εκπαίδευσης και της περίθαλψης των ασθενών. Αυτό το όργανο αναπτύχθηκε με βάση μια εκτενή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και βασίστηκε στον ορισμό της ενσυναίσθησης στο πλαίσιο της περίθαλψης των ασθενών ως κυρίως γνωστικό χαρακτηριστικό που περιλαμβάνει κατανόηση εμπειριών, ανησυχιών και προοπτικών του ασθενούς, σε συνδυασμό με την ικανότητα να επικοινωνούν αυτήν την κατανόηση με πρόθεση να βοηθήσουν.

Στοιχεία για την υποστήριξη της εγκυρότητας του JSPPPE, της εγκυρότητας κριτηρίων, της προληπτικής εγκυρότητας, της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής, της αξιοπιστίας και της δοκιμής-δοκιμής έχουν αναφερθεί σε φοιτητές ιατρικής και γιατρούς. Στοιχεία για την υποστήριξη της ψυχομετρίας του JSPPPE έχουν επίσης αναφερθεί σε μαθητές νοσηλευτικής, μαθητές στην οδοντιατρική σχολή, και σε μαθητές Μεξικού, Ιαπωνίας, και Κορεάτες φοιτητές ιατρικής. Στοιχεία που υποστηρίζουν την ψυχομετρία της ιταλικής μετάφρασης του JSPPPE έχουν αναφερθεί σε Ιταλούς γιατρούς. Το JSPPPE έχει λάβει ευρεία αποδοχή και έχει μεταφραστεί σε 42 γλώσσες μέχρι σήμερα.

Το JSPPPE περιλαμβάνει 20 στοιχεία, το καθένα απάντησε σε κλίμακα τύπου Likert επτά σημείων (1 = διαφωνώ απόλυτα, 7 = συμφωνώ απόλυτα). Τρεις εκδόσεις του JSPPPE είναι διαθέσιμες: μία για χορήγηση σε γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας (HP-Version, η οποία χρησιμοποιήθηκε σε αυτή τη μελέτη), μία για χορήγηση σε φοιτητές ιατρικής (S-Version) και μια τρίτη για χορήγηση σε μαθητές σε επαγγέλματα υγείας εκτός της ιατρικής (HPS-Version). Οι τρεις εκδόσεις είναι παρόμοιες σε περιεχόμενο με μικρές τροποποιήσεις στη διατύπωση για να διατηρήσουν το πρόσωπό τους και το περιεχόμενο τους για τους αντίστοιχους πληθυσμούς στόχους τους. Οι βασικές δομές της κλίμακας περιλαμβάνουν τη λήψη προοπτικών, τη συμπονετική φροντίδα και το

περπάτημα στη θέση του ασθενούς, τα οποία είναι τα κύρια συστατικά της ενσυναίσθησης στο πλαίσιο της περίθαλψης των ασθενών.

Μέτρα επιπλοκών της νόσου

Χρησιμοποιήθηκε ως αποτέλεσμα της μέτρησης της παρουσίας οξέων μεταβολικών επιπλοκών μεταξύ διαβητικών ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της υπερομοριακής κατάστασης, της διαβητικής κετοξέωσης και του κόματος, που ταυτοποιήθηκαν με κωδικούς ICD-9-CM για ασθενείς που νοσηλεύτηκαν το 2009. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια περίπλοκη οντότητα της νόσου που μπορεί να οδηγήσει σε πολλές επιπλοκές, οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις κατηγορίες: οξεία μεταβολική, αγγειακή, νευρολογική και μολυσματική. Επιλέχθηκε να δοθεί βάρος στις οξείες μεταβολικές επιπλοκές σε αυτή τη μελέτη για δύο λόγους. Πρώτον, αυτές οι επιπλοκές (π.χ. κετοξέωση, κόμα) απαιτούν νοσηλεία και, ως εκ τούτου, η εμφάνισή τους μπορεί να εξαχθεί από τα αφηρημένα δεδομένα για την απόρριψη νοσοκομείων με κωδικοποίηση ICD-9-CM. Οι χρόνιες αγγειακές και μολυσματικές επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη αντιμετωπίζονται συχνά μέχρι τα τελευταία στάδια σε διαφορετικά περιβάλλοντα, και τα διοικητικά δεδομένα δεν αποκαλύπτουν την παρουσία τους. Δεύτερον, οι μεταβολικές επιπλοκές μπορεί να αναπτυχθούν αρκετά γρήγορα και η πρόληψή τους είναι πιθανότερο να επηρεαστεί από τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης,

Στατιστικές αναλύσεις

Χωρίστηκαν αυθαίρετα οι συμμετέχοντες γιατροί σε τρεις ομάδες με βάση την κατανομή των βαθμολογιών ενσυναίσθησης. Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης για να ελεγχθεί η σημασία των διαφορών στην ενσυναίσθηση μεταξύ των ιατρών.

Χρησιμοποιήθηκε το z-δοκιμή αναλογιών για τη δοκιμή στατιστικής σημασίας των διαφορών στα ποσοστά ασθενών με επιπλοκές νόσου σε διαφορετικά επίπεδα βαθμολογίας ενσυναίσθησης γιατρού. Πραγματοποιήθηκε μια ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης για να εξεταστεί η συμβολή της ενσυναίσθησης του γιατρού στην πρόβλεψη μεταβολικών επιπλοκών μεταξύ διαβητικών ασθενών μετά τον έλεγχο για επιλεγμένες παρεμβαλλόμενες μεταβλητές. Σε αυτό το μοντέλο, συμπεριελήφθησαν οι ακόλουθες μεταβλητές για τον έλεγχο των επιδράσεών τους στις σχέσεις μεταξύ της ενσυναίσθησης του γιατρού και του μέτρου έκβασης: φύλο ιατρών, ηλικία ιατρών

(διάμεσος διαχωρισμός, <56 , ≥ 56), φύλο ασθενών, ηλικία ασθενών (διάμεσος διαχωρισμός, <69 , ≥ 69), τύπος πρακτικής ιατρών, γεωγραφική περιοχή ιατρικής πρακτικής (λόφος, βουνό, κάμπος) και διάρκεια του χρόνου που ο ασθενής γράφτηκε στον ίδιο γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας (<5 ετών έναντι ≥ 5 ετών).

6.5.2 Αποτελέσματα και συζήτηση

Ομαδοποίηση ιατρών με βάση τα αποτελέσματα ενσυναίσθησης

Από τους 301 ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην τοπική υγειονομική αρχή της Πάρμας, 242 ολοκλήρωσαν και επέστρεψαν το JSPPPE (ποσοστό απόκρισης 80,4%) Μια σύγκριση της ηλικίας και του φύλου των ιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη και εκείνων που δεν συμμετείχαν δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Κατατάχθηκαν οι συμμετέχοντες γιατροί στις τρεις ομάδες υψηλών βαθμολογιών (πρώτος τρίτος, $n = 81$), μέτριου σκόρ (μέσος τρίτος, $n = 84$) και χαμηλούς σκορ (κάτω τρίτος, $n = 77$). Μέσα, τυπικές αποκλίσεις και εύρη βαθμολογίας ενσυναίσθησης μεταξύ των τριών ομάδων παρουσιάζονται στον Πίνακα 7. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 7, οι διαφορές στις μέσες βαθμολογίες ενσυναίσθησης μεταξύ των τριών ομάδων ιατρών ήταν στατιστικά σημαντικές ($F_{(2, 239)} = 503.1, P < .001$).

Physician empathy level*	No. of physicians	Mean score (standard deviation)	Range of scores
High scores	81	119.4 (5.4)	112-137
Moderate scores	84	105.1 (4.3)	90-111
Low scores	77	85.7 (9.6)	49-96
Total	242	103.6 (15.4)	49-137

Πίνακας 7:

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Μέσα και τυπικές αποκλίσεις του Jefferson Scale of Empathy Scores of 242 Generalist Physicians in Parma, Italy, 2010

Επίπεδο ενσυναίσθησης για τους γιατρούς και επιπλοκές της νόσου μεταξύ των ασθενών

Από τους 284.298 ενήλικες ασθενείς των συμμετεχόντων ιατρών το 2009, 20.961 ασθενείς (7,4%) ταυτοποιήθηκαν ότι είχαν σακχαρώδη διαβήτη. Εξήντα ένα τοις εκατό ($n = 12.786$) των ασθενών με διαβήτη ήταν 65 ετών και άνω. Το 51% ($n = 10.690$) ήταν άνδρες. Υπήρξαν 123 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν το 2009 με οξείες μεταβολικές επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη (41 υπερομοιορική κατάσταση, 53 διαβητική κετοξέωση, 26 κόμα και 3 με συνδυασμό αυτών των επιπλοκών). Τα ποσοστά οξέων

μεταβολικών επιπλοκών ανά 1.000 ασθενείς σε ιατρούς με υψηλή, μέτρια και χαμηλή ενσυναίσθηση αναφέρονται στον Πίνακα 8 .

Patient characteristics	Physician empathy level ¹		
	High scores	Moderate scores	Low scores
No. with diabetes mellitus	7,224	7,303	6,434
Acute metabolic complications			
No. of patients ²	29	52	42
Rate (no. per 1,000 patients)	4.0	7.1	6.5

¹Comparing high- and moderate-scoring physicians on the rates of occurrence of acute metabolic complications in their patients with diabetes mellitus, $\chi^2 = 2.51$, $P < .01$. Comparing high- and low-scoring physicians on the rates of occurrence of acute metabolic complications in patients with diabetes mellitus, $\chi^2 = 2.04$, $P < .05$. One hundred twenty-three patients were hospitalized with acute metabolic complications in 2009: 41 with a hyperosmolar state, 53 with diabetic ketoacidosis, 28 with coma, and 3 with a combination of these complications.

Πίνακας 8:

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Συσχέτιση μεταξύ υψηλού, μέτριου και χαμηλού βαθμού κλίμακας ενσυναίσθησης Jefferson των συμμετεχόντων γιατρών (n = 242), 2010 και επιπλοκών ασθενειών στους διαβητικούς ασθενείς τους (n = 20.961), 2009, Πάρμα, Ιταλία

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8 , το ποσοστό οξέων μεταβολικών επιπλοκών (ανά 1.000) για ασθενείς ιατρών στις κατηγορίες υψηλού, μέτριου και χαμηλού ενσυναίσθησης ήταν 4,0, 7,1 και 6,5, αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα της δοκιμής z για αναλογίες έδειξαν ότι οι γιατροί στην ομάδα υψηλού βαθμού ενσυναίσθησης είχαν χαμηλότερο ποσοστό ασθενών με οξείες μεταβολικές επιπλοκές (4,0 / 1.000) από ό, τι εκείνοι της μέτριας (7.1 / 1.000) ($z = 2.51, P < .01$) και χαμηλής (6.5 / 1.000) ($z = 2.04, P < .05$) ομάδες βαθμολογίας ενσυναίσθησης. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά οξείας μεταβολικής επιπλοκής των ασθενών μεταξύ ιατρών στις ομάδες βαθμολογίας μέτριας και χαμηλής ενσυναίσθησης.

Λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης

Συνοπτικά αποτελέσματα της λογιστικής ανάλυσης παλινδρόμησης αναφέρονται στον Πίνακα 9. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι βαθμολογίες ενσυναίσθησης γιατρού συνέβαλαν σημαντικά στην πρόβλεψη των οξέων μεταβολικών επιπλοκών σε διαβητικούς ασθενείς, λαμβάνοντας υπόψη τις επιπτώσεις των συγχυμένων μεταβλητών στο στατιστικό μοντέλο. Ο λόγος πιθανοτήτων (OR) 0,59, ο οποίος αποκτήθηκε συγκρίνοντας τους χαμηλούς και υψηλούς σκορ JSPPPE, υποδηλώνει ότι η μετάβαση από μια κατηγορία χαμηλού σε υψηλού βαθμού ενσυναίσθησης γιατρού μείωσε τις πιθανότητες μεταβολικών επιπλοκών μεταξύ διαβητικών ασθενών κατά 41%. Επίσης, η ηλικία των ασθενών συνέβαλε σημαντικά στην πρόβλεψη των μεταβολικών επιπλοκών. Ένα OR 1,70 που συγκρίνει τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (ηλικίας years 69 ετών) και νεότερους (ηλικίας <69) δείχνει ότι οι πιθανότητες μεταβολικών

επιπλοκών αυξήθηκαν κατά 70% για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Καμία από τις άλλες μεταβλητές που φαίνεται στον Πίνακα 9 δε συνέβαλε σημαντικά στο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης.

Predictors	Odds ratios (95% confidence intervals)
Physician's JSE score*	
Low	(reference)
Moderate	1.1 (0.63-1.6)
High	0.59 (0.37-0.95) [†]
Physician's gender	
Female	(reference)
Male	1.1 (0.66-1.7)
Physician's age	
<56 (reference)	(reference)
≥56	0.94 (0.64-1.4)
Type of medical practice	
Association	(reference)
Solo	1.0 (0.50-2.0)
Geographical location of medical practice*	
Mountain	(reference)
Hills	1.1 (0.52-2.1)
Plain	1.6 (0.77-2.9)
Patient's gender	
Female	(reference)
Male	0.93 (0.65-1.3)
Patient's age	
<69	(reference)
≥69	1.7 (1.2-2.4) [†]
Time patient enrolled with the same primary care physician	
<5 years	(reference)
≥5 years	0.67 (0.44-1.0)

*Participating physicians were arbitrarily divided into three groups based on the distribution of their 2010 JSE scores: low = 49-56; moderate = 57-71; high = 72-87.
[†]P < 01. Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test: $\chi^2_{(3)} = 8.6$, P = .37, indicating that the logistic model is mathematically sound.
 The Italian National Institute for Statistics divides Italy into areas based on the aggregation of contiguous communes in three altitude zones. The mountain zone is a territory where there are significant areas with an altitude of 700 meters and above. The hill zone is a territory where there are prevalent elevated areas with an altitude less than 700 meters. The plain zone is flat territory without any landmasses over 300m.
 Source: ISTAT Istituto Nazionale di Statistica. 14. Censimento Generale della Popolazione e delle Abitazioni 2001. Giugliano, Zona altimetrica. [in Italian.] <http://it.wikipedia.org/wiki/Abitazione>. Accessed Mar 23, 2012.

Πίνακας 9:

Πηγή: ίδια επεξεργασία.

Συνοπτικά Αποτελέσματα Λογιστικής Ανάλυσης Παλινδρόμησης Προβλέποντας Οξείες Μεταβολικές Επιπλοκές σε 20.961 Διαβητικούς Ασθενείς 242 Ιατρών που Ολοκληρώνουν την Κλίμακα Ενσυναίσθησης Jefferson (JSE) από Προγνώστες που σχετίζονται με Γιατρό και Ασθενείς στη Πάρμα στην Ιταλία το 2009.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης επιβεβαίωσαν την υπόθεσή μας ότι μια επικυρωμένη μέτρηση της ενσυναίσθησης του γιατρού σχετίζεται σημαντικά με τη συχνότητα εμφάνισης οξέων μεταβολικών επιπλοκών σε διαβητικούς ασθενείς. Ορισμένες εξηγήσεις για τα ευρήματά είναι εύλογες. Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί εύλογα να υποθέσει ότι η ενσυναισθητική εμπλοκή ενός γιατρού στη φροντίδα των ασθενών ενισχύει την αμοιβαία κατανόηση, η οποία οδηγεί σε μια εμπιστοσύνη μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Μια σχέση εμπιστοσύνης στη φροντίδα των ασθενών είναι ένας «βασιλικός δρόμος» για βέλτιστα κλινικά αποτελέσματα μέσω μηχανισμών καλύτερης επικοινωνίας και μεγαλύτερης συμμόρφωσης με τα σχέδια θεραπείας.

Αν και η ενσυναισθητική εμπλοκή είναι σημαντική στη φροντίδα των ασθενών ανεξάρτητα από την ειδικότητα των ιατρών, είναι πιο κρίσιμη στο περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης, το οποίο απαιτεί μακροχρόνιες συναντήσεις ιατρού-ασθενούς και συνέχεια της φροντίδας. Μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συγκεκριμένα, αναμένουν από τους γιατρούς τους να επιδείξουν δεξιότητες στην ενσυναίσθηση επικοινωνίας. Σε μια μεγάλης κλίμακας μελέτη γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Δανία, οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να συστήσουν γιατρούς που παρουσίασαν καλύτερες ενσυναισθητικές ικανότητες, όπως η έκφραση ενδιαφέροντος για να διερευνήσουν περισσότερο σχετικά με τις ανησυχίες των ασθενών, διευκολύνοντας την επικοινωνία και βοηθώντας τους ασθενείς με τα συναισθηματικά τους προβλήματα. Μία μελέτη σε ένα περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης ανέφερε ότι οι ασθενείς με κοινό κρυολόγημα που αντιλήφθηκαν ότι ο γιατρός τους ήταν ενσυναίσθητος είχαν μικρότερη διάρκεια ασθένειας και λιγότερο σοβαρές καταστάσεις που σχετίζονται με τις αλλαγές του ανοσοποιητικού τους συστήματος. Τα ευρήματά μας παρέχουν πρόσθετη εμπειρική υποστήριξη για τα ευεργετικά αποτελέσματα της ενσυναίσθησης στη φροντίδα των ασθενών.

Αρκετοί παράγοντες προσθέτουν τη δύναμη της μελέτης που αναφέρθηκε. Λόγω της καθολικής υγειονομικής κάλυψης στην Ιταλία, δεν υπάρχει συγκεχυμένη επίδραση των διαφορών στην ασφαλιστική κάλυψη, την έλλειψη ασφάλισης υγείας ή οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση στη φροντίδα. Επίσης, το ιταλικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που συμβάλλουν σε χαμηλότερο ποσοστό αλλαγής ιατρών, διευκολύνοντας μακροχρόνιες σχέσεις ιατρού-ασθενούς, που έχει σημαντικά πλεονεκτήματα για αυτόν τον τύπο έρευνας. Στην Ιταλία, όλοι οι κάτοικοι επιλέγουν και εγγράφονται με ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι συχνά δύσκολο να εντοπιστούν οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης των ασθενών σε έναν πληθυσμό μη διαχειριζόμενης περίθαλψης.

Το ποσοστό απόκρισης του ιατρού 80,4% που επιτεύχθηκε σε αυτή τη μελέτη, μαζί με την έλλειψη σημαντικών διαφορών στην ηλικία και το φύλο ανάμειξης μεταξύ συμμετεχόντων και μη συμμετεχόντων ιατρών, αυξάνουν την εμπιστοσύνη ότι οι συμμετέχοντες γιατροί αντιπροσώπευαν ολόκληρο τον προβλεπόμενο πληθυσμό ιατρών.

Από μια ποικιλία επιπλοκών του διαβήτη, επιλέχθηκαν οξείες μεταβολικές επιπλοκές ως μέτρο των κλινικών αποτελεσμάτων επειδή οι ασθενείς με αυτές τις επιπλοκές

χρειάζονται νοσηλεία, γεγονός που επέτρεψε να έχουν οι ερευνητές πρόσβαση σε διοικητικά δεδομένα (κωδικοί ICD-9-CM) από δεδομένα απόκρυψης νοσοκομείου για κατοίκους την περιοχή Εμίλια-Ρομάνια. Επιλέχθηκαν να μην χρησιμοποιηθούν άλλες επιπλοκές (π.χ. αγγειακές, νευρολογικές, μολυσματικές) επειδή συχνά αντιμετωπίζονται στο περιβάλλον και μπορεί να απαιτούν εξειδικευμένη φροντίδα που μπορεί να αποκρύψει την άμεση σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης του γιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των αποτελεσμάτων των ασθενών.

Ο καθορισμός βαθμολογιών αποκοπής για υψηλές, μέτριες και χαμηλές βαθμολογίες ενσυναίσθησης για διαφορετικές ομάδες ιατρών σε διαφορετικές κουλτούρες και διαφορετικές ειδικότητες ανά φύλο θα μπορούσε να βοηθήσει να κατανοηθεί πόσο η ενσυναίσθηση είναι αρκετή για καλύτερα αποτελέσματα των ασθενών, αλλά κάτι τέτοιο θα ήταν τεράστιο έργο. Τα σκορ αποκοπής πιθανόν να ποικίλλουν ανάλογα με τον πληθυσμό των ασθενών και το αποτέλεσμα του ενδιαφέροντος. Ωστόσο, τα περιορισμένα δεδομένα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι τα κλινικά αποτελέσματα ήταν καλύτερα για τους ασθενείς του δείγματος των Ιταλών ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που ήταν στην ομάδα υψηλού σκορ. Οι βαθμολογίες JSPPPE για αυτούς τους γιατρούς ήταν μεγαλύτερες από 111 (Πίνακας 7), γεγονός που υποδηλώνει ότι μια βαθμολογία διακοπής 111 θα μπορούσε να θεωρηθεί κατώφλι σε αυτήν τη ρύθμιση για να διαφοροποιηθούν οι γιατροί που είναι πιο πιθανό από άλλους να έχουν καλύτερα αποτελέσματα ασθενών.

Περιορισμοί

Παρά τα θετικά της χαρακτηριστικά, αυτή η μελέτη έχει ορισμένους περιορισμούς που ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων. Ένας περιορισμός είναι ο συσχετιστικός σχεδιασμός της μελέτης, ο οποίος δεν επιτρέπει τη σχέση αιτίου-αποτελέσματος μεταξύ της ενσυναίσθησης του γιατρού και των αποτελεσμάτων του ασθενούς. Η αναπαραγωγή της μελέτης σε άλλους πολιτισμούς με διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, χρησιμοποιώντας διαφορετικές καταστάσεις ασθένειας (π.χ. υπέρταση, άσθμα, μολυσματικές ασθένειες, καρκίνος) θα προσθέσει στην εμπιστοσύνη μας για την ευρύτερη σημασία των ευρημάτων και την πιθανότητα αιτίας-αποτελέσματος σχέσεις.

Περιορίστηκαν, επίσης, τα διοικητικά δεδομένα στον εντοπισμό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και των επιπλοκών τους. Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ εκτιμούν ότι ο «διαγνωσμένος» επιπολασμός σακχαρώδους διαβήτη στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι περίπου 7,3%. Το 2007, η περιοχή Emilia-Romagna, χρησιμοποιώντας διοικητικά δεδομένα και παρόμοιες μεθόδους σε μικρότερο χρονικό διάστημα, υπολόγισε ότι ο επιπολασμός του διαβήτη σε ασθενείς άνω των 35 ήταν 7,2%. Ο διοικητικός περιορισμός των δεδομένων στη μελέτη μετριάζεται σε κάποιο βαθμό από το γεγονός ότι ο εκτιμώμενος επιπολασμός του σακχαρώδους διαβήτη που βρέθηκε (7,4%) είναι σύμφωνος με αυτά τα δεδομένα.

Βασιστήκαν οι ερευνητές, επίσης, σε αφηρημένα δεδομένα απόρριψης με κωδικοποίηση ICD-9-CM για τον εντοπισμό επιπλοκών σε νοσοκομειακούς ασθενείς. Η περιοχή Emilia-Romagna διαθέτει ένα σύστημα για την παρακολούθηση της ποιότητας της διάγνωσης και της διαδικασίας κωδικοποίησης στα αφηρημένα δεδομένα σχετικά με την απαλλαγή από το νοσοκομείο. Οι έλεγχοι τόσο στο νοσοκομειακό όσο και στο περιφερειακό επίπεδο αξιολογούν την εγκυρότητα της κωδικοποίησης και τη συνέπεια των κωδικών που έχουν εκχωρηθεί, όπως η συνάφεια μεταξύ φύλου, ηλικίας και διάγνωσης και μεταξύ διάγνωσης και διαδικασίας. Αν και είναι πιθανά σφάλματα κωδικοποίησης, είναι απίθανο να μην αναγνωριστεί και να κωδικοποιηθεί μια σοβαρή επιπλοκή του μεταβολισμού, όπως η διαβητική κετοξέωση ή κώμα.

Πρέπει επίσης να αναγνωριστούν τα αποτελέσματα άλλων μεταβλητών που θα μπορούσαν να συμβάλουν στα κλινικά αποτελέσματα αλλά δεν ελέγχθηκαν στη μελέτη. Το αποτέλεσμα του ασθενούς είναι μια περίπλοκη έννοια που περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες, όπως την ικανότητα του ιατρού, τη συμμόρφωση του ασθενούς, τη διαθεσιμότητα και την αποτελεσματικότητα της ιατρικής διαχείρισης, τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης, τους πολιτιστικούς παράγοντες, την εθνικότητα, τη σοβαρότητα της νόσου, τη συννοσηρότητα, τις πολυεπιστημονικές παρεμβάσεις, το περιβάλλον φροντίδας, τα ασφαλιστήρια συμβόλαια και κανονισμοί περί υγειονομικής περίθαλψης, μεταξύ άλλων. Παρόλο που ελέγχθηκαν οι διαθέσιμες παρεμβατικές μεταβλητές που θα μπορούσαν ενδεχομένως να συγγέουν τα ευρήματα (π.χ. φύλο και ηλικία ιατρών και ασθενών, τύπος πρακτικής, γεωγραφική θέση, διάρκεια της εγγραφής ενός ασθενούς στον ίδιο γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης), υπάρχουν πολλές άλλες μεταβλητές που δεν ήταν διαθέσιμες σε εμάς, και αυτά πρέπει να ελέγχονται όσο το δυνατόν περισσότερο στη

μελλοντική έρευνα για αυτό το θέμα. Το μοτίβο των ευρημάτων θα ήταν ίσως διαφορετικό εάν ληφθούν υπόψη πρόσθετες παρεμβατικές μεταβλητές. Αν και αυτό το επιχείρημα έχει αξία, απαιτείται εμπειρικός έλεγχος για να εξεταστεί εάν ο έλεγχος αυτών των παρεμβαλλόμενων μεταβλητών θα άλλαζε ουσιαστικά τα αποτελέσματα της μελέτης.

Παρά τους περιορισμούς της μελέτης, τα ευρήματα αυτής της μελέτης και μια προηγούμενη μελέτη σχετικά με τη σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης του ιατρού που μετρήθηκε από ένα επικυρωμένο όργανο και των αποτελεσμάτων του ασθενούς υποστηρίζουν την ιδέα ότι η ενσυναίσθηση πρέπει να θεωρηθεί σημαντικό στοιχείο στη φροντίδα των ασθενών και ένας σημαντικός παράγοντας της συνολικής ικανότητας του ιατρού. που πρέπει να ενισχυθεί κατά τη διάρκεια της ιατρικής εκπαίδευσης και να εφαρμοστεί στην ιατρική πρακτική (Canale, S., D. et al., 2012).

6.6 Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Οι περισσότερες ιατρικές σχολές επικεντρώνονται σε πτυχές της διαπροσωπικής λειτουργίας, όπως η ενσυναίσθηση στη σχέση γιατρού-ασθενούς με σκοπό την εκπαίδευση κλινικά ικανών γιατρών. Αυτή η μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και κλινικής ικανότητας μεταξύ φοιτητών ιατρικής.

6.6.1 Μέθοδος

Πενήντα επτά φοιτητές Ιατρικής συμμετείχαν στη μελέτη. Η κλινική ικανότητα αξιολογήθηκε σε μια αντικειμενική δομημένη κλινική εξέταση (ΟΑΣΕ). Το Empathy αξιολογήθηκε από έναν ανεξάρτητο παρατηρητή της κλινικής αλληλεπίδρασης σε σταθμούς του ΟΑΣΕ. Επιπλέον, η ενσυναίσθηση αξιολογήθηκε με τη χρήση της κλίμακας Jefferson of Physician Empathy – Student Version.

6.6.2 Αποτελέσματα και συζήτηση

Η παρατηρούμενη συμπεριφορά ενδεικτική της ενσυναίσθησης, όπως αξιολογήθηκε αντικειμενικά από έναν ανεξάρτητο παρατηρητή, συσχετίστηκε έντονα με την κλινική ικανότητα. Η ισχυρή σχέση μεταξύ της συμπεριφορικής εκδήλωσης ενσυναίσθησης και της κλινικής ικανότητας ήταν εμφανής σε ένα φάσμα ιατρικών καταστάσεων και τύπων συμβουλών. Επιπλέον, η παρατηρούμενη ενσυναίσθηση συσχετίστηκε έντονα με τις αξιολογήσεις των επιδόσεων των φοιτητών από τους ασθενείς. Ωστόσο, η αυτοαξιολόγηση της ενσυναίσθησης δεν συσχετίστηκε με την κλινική ικανότητα. Σημαντικές διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία ικανότητας παρατηρήθηκαν μεταξύ των φοιτητών που είχαν χαμηλή ενσυναίσθηση (μέση \pm τυπική απόκλιση [SD]: 165,86 \pm 12,92) και των φοιτητών με υψηλή παρατηρητική ενσυναίσθηση (μέσος όρος \pm SD: 190,35 \pm 14,00) (t [55] = 6,28, p = 0,000, α \leq 0,01).

Στην ιατρική εκπαίδευση, στρατηγικές που ενισχύουν τη συμπεριφορική έκφραση ενσυναίσθησης (ή τουλάχιστον καθυστερούν την παρακμή της) θα μπορούσαν να

βοηθήσουν τους φοιτητές ιατρικής να φαίνονται πιο κλινικά ικανοί τόσο για τους εξεταστές όσο και για τους ασθενείς.

Περιορισμοί

Ωστόσο, εάν τα εσωτερικά συναισθήματα των φοιτητών ιατρικής διαπιστωθούν ότι δεν ανταποκρίνονται στη συμπεριφορά τους, αυτά τα ευρήματα θα δημιουργήσουν δύσκολες ερωτήσεις σχετικά με τη θεμελιώδη φύση της γνήσιας ενσυναίσθησης και θα μας ειδοποιήσουν για την πιθανότητα να μάθουν οι φοιτητές ιατρικής ότι εάν ένα άτομο δεν αισθάνεται ενσυναίσθηση, μπορεί να παραποιήσει το συναίσθημά του (Ogle, J. et al., 2013).

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ύπαρξη ή όχι ενσυναίσθησης μπορεί να επηρεάσει τη θεραπευτική σχέση θεραπευτή-ασθενή γεγονός που προκύπτει από τις έρευνες που εξετάστηκαν και αναλύθηκαν. Αυτά τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω υποδηλώνουν ένα ξεχωριστό δίκτυο νευρώνων για ενσυναίσθηση και συναισθηματική ανταπόκριση που ενημερώνεται από τις πρόσφατες αυξήσεις στην κατανόηση των μηχανισμών «καθρέφτη» στους ανθρώπους που εμπλέκονται στην ικανότητα να παίρνει τη συναισθηματική προοπτική ενός άλλου. Αυτοί οι μηχανισμοί αντικατοπτρίζουν την ικανότητα των νευρώνων να αντιδρούν με παρόμοιο τρόπο όταν ένα άτομο παρατηρεί έναντι του να εκτελεί μια δράση.

Η ενσυναίσθηση στο πλαίσιο της περίθαλψης των ασθενών ορίζεται ως ένα κυρίως γνωστικό χαρακτηριστικό που περιλαμβάνει την κατανόηση των εμπειριών, των ανησυχιών και των προοπτικών των ασθενών, σε συνδυασμό με την ικανότητα επικοινωνίας αυτής της κατανόησης και την πρόθεση βοήθειας. Μια βασική έννοια σε αυτόν τον ορισμό είναι η επικοινωνία κατανόησης που συνεπάγεται ότι ο ασθενής πρέπει να *αντιληφθεί* την ενσυναίσθηση του γιατρού του για να ωφεληθεί καλύτερα από τα βέλτιστα αποτελέσματα. Παρά τη σημασία της ενσυναίσθησης στη φροντίδα των ασθενών η εμπειρική έρευνα σχετικά με τη σχέση της με τα αποτελέσματα των ασθενών είναι σπάνια. Ένας λόγος για την έλλειψη έρευνας σχετικά με το θέμα ήταν η έλλειψη έγκυρου και αξιόπιστου μέσου για τη μέτρηση των αντιλήψεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση του γιατρού. Πριν από λίγα χρόνια, αναπτύχθηκε στο Jefferson Medical College του Πανεπιστημίου Thomas Jefferson, στις ΗΠΑ μια σύντομη κλίμακα (5-item), η κλίμακα Jefferson of Perceptions of Patient of Physician Empathy (JSPPPE), ως απάντηση στην ανάγκη για ένα ψυχομετρικά υγιές όργανο για το σκοπό αυτό.

Αν και έχει αναφέρει ορισμένα προκαταρκτικά δεδομένα για την υποστήριξη της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της κλίμακας σε μικρά δείγματα, χρειάζονται πιο οριστικά στοιχεία για την υποστήριξη της ψυχομετρίας της κλίμακας σε ένα μεγαλύτερο δείγμα για την αύξηση της εμπιστοσύνης των χρηστών της. Επιπλέον, είναι σημαντικό να τεκμηριωθεί η σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών για την ενσυναίσθηση του

ιατρού και των αποτελεσμάτων, όπως η ικανοποίηση με τους γιατρούς, η διαπροσωπική εμπιστοσύνη ιατρού-ασθενούς και η συμμόρφωση, όχι μόνο για την περαιτέρω υποστήριξη της εγκυρότητας της κλίμακας, αλλά και ως απόδειξη για θετικά αποτελέσματα της ενσυναισθητικής εμπλοκής στη φροντίδα των ασθενών. Επομένως, σχεδιάστηκε αυτή η μελέτη για να εξυπηρετήσει τους προαναφερθέντες σκοπούς. Προέκυψε από τα παραπάνω ευρήματα ότι υποδηλώνουν ότι ο προσανατολισμός των ιατρών προς προληπτικά μέτρα μπορεί να συμβάλει σε μια πιο θετική αντίληψη της ενσυναίσθησης του γιατρού, πιθανώς λόγω των ασθενών που αισθάνονται ότι οι γιατροί τους κατανοούν και νοιάζονται για τη μελλοντική τους υγεία.

Όταν οι γιατροί ήταν ενσυναισθητικοί μέσα από έρευνα όπως προαναφέρθηκε οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν υψηλή ικανοποίηση με τον γιατρό. Αυτό σχετίζεται με την ωφέλεια που έχει η ενσυναίσθηση στη διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης και αποτελεί ένα από τα θετικά της αποτελέσματα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδηλώνουν ότι η ενσυναίσθηση του γιατρού σχετίζεται σημαντικά με την κλινική έκβαση για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και πρέπει να θεωρηθεί σημαντικό συστατικό της κλινικής ικανότητας.

Η ενσυναισθητική εμπλοκή στη φροντίδα των ασθενών είναι ένα δομικό στοιχείο μιας ουσιαστικής σχέσης ιατρού-ασθενούς. Παρά την έμφαση στην ενσυναίσθηση στην ιατρική και τις θετικές επιδράσεις της στα κλινικά αποτελέσματα, υπάρχει έλλειψη εμπειρικών στοιχείων που να υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ των μέτρων της ενσυναίσθησης του γιατρού και των απτών αποτελεσμάτων των ασθενών. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες έχουν εξετάσει την επίδραση της σχέσης ιατρού-ασθενούς σε υποκειμενικά μέτρα των αποτελεσμάτων του ασθενούς. Άλλοι αναφέρουν ότι οι ενδιάμεσοι δείκτες ενσυναίσθησης στη φροντίδα των ασθενών, όπως η λεκτική επικοινωνία και η κατανόηση των μη λεκτικών ενδείξεων, καθώς και ο χρόνος που αφιερώνεται με τον ασθενή, μπορούν να αυξήσουν την ικανοποίηση του ασθενούς και τη συμμόρφωση, και οδηγούν σε χαμηλότερο ποσοστό δικαστικών διαφορών. Επίσης, ορισμένα μέτρα ενσυναισθητικής σχέσης έχουν προβλέψει ψυχοθεραπευτική αποτελεσματικότητα, αισθήματα σημαντικών ασθενών, ακρίβεια διάγνωσης, και ακρίβεια πρόγνωσης.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η κατανόηση των ιατρών από την άποψη των ασθενών τους, ένα βασικό χαρακτηριστικό στον ορισμό της ενσυναίσθησης του γιατρού, ενισχύει τις αντιλήψεις των ασθενών για βοήθεια, βελτιώνει την ενδυνάμωση των ασθενών, και αυξάνει την αντίληψη των ασθενών για ένα δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης. Σε μια αναλυτική μελέτη παραγόντων, το 52% της διακύμανσης στις αξιολογήσεις της ικανοποίησης των ασθενών με ιατρική περίθαλψη εξηγείται από τα επίπεδα διαπροσωπικής ζεστασιάς και σεβασμού των ιατρών, που είναι μεταξύ των χαρακτηριστικών της ενσυναίσθησης του γιατρού. Μια μελέτη που περιελάμβανε διαβητικούς ασθενείς διαπίστωσε ότι η ενσυναίσθητική εμπλοκή των διαιτολόγων ήταν προγνωστική για την ικανοποίηση των ασθενών και τις επιτυχημένες διαβουλεύσεις. Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι η ενσυναίσθηση ήταν η πιο σημαντική ποιότητα για να θεωρηθεί «καλός γιατρός». Άλλοι ανέφεραν ότι τα προσωπικά περιστατικά ιατρικών σφαλμάτων των κατοίκων εσωτερικής ιατρικής συσχετίστηκαν με χαμηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης.

Σε μια πρόσφατη μελέτη, η ακριβής κατανόηση γιατρών σχετικά με τις πεποιθήσεις των διαβητικών ασθενών τους σχετικά με την ασθένειά τους (ως ένδειξη κατανόησης της ενσυναίσθησης) συσχετίστηκε με καλύτερη αυτο-φροντίδα μεταξύ των ασθενών (π.χ. βελτιωμένη διατροφή, αυξημένη αυτο-εξέταση γλυκόζης στο αίμα). Από όσα γνωρίζουμε, ωστόσο, μόνο μία πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη αναφέρει μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ ενός επικυρωμένου μέτρου ενσυναίσθησης γιατρού (η κλίμακα ενσυναίσθησης του Jefferson) και των αποτελεσμάτων των ασθενών σε διαβητικούς ασθενείς (αιμοσφαιρίνη A1c <7,0% και LDL-C < 100).

Για να επιβεβαιωθεί η γενικευσιμότητα αυτών των πρόσφατων ευρημάτων, θα ήταν επιθυμητό να εξεταστεί εάν οι συσχετίσεις μεταξύ της ενσυναίσθησης του γιατρού και των αποτελεσμάτων των ασθενών μπορούν να βρεθούν σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Η τρέχουσα συνεργατική ερευνητική συμφωνία μεταξύ του Πανεπιστημίου Thomas Jefferson, της Περιφέρειας Emilia-Romagna της Ιταλίας και της Τοπικής Αρχής Υγείας της Πάρμας έδωσε την ευκαιρία να εξετάσει το ρόλο της ενσυναίσθησης του γιατρού στην περίθαλψη ασθενών στην Ιταλία. Η Ιταλία διαθέτει μια Εθνική Υπηρεσία Υγείας που παρέχει καθολική κάλυψη σε όλους τους πολίτες δωρεάν, ή με ελάχιστη χρέωση, στο σημείο υπηρεσίας. Οι 21 περιφερειακές κυβερνήσεις έχουν την ευθύνη για την παροχή

υγειονομικής περίθαλψης μέσω ενός δικτύου γεωγραφικά καθορισμένων τοπικών αρχών υγείας.

Δεδομένης της σημασίας της ενσυναισθητικής εμπλοκής στη φροντίδα των ασθενών, της ανεπάρκειας της εμπειρικής έρευνας που συνδέει την ενσυναίσθηση του γιατρού με αντικειμενικά μέτρα των αποτελεσμάτων του ασθενούς και την έλλειψη διαπολιτισμικής έρευνας σχετικά με το θέμα, είναι σημαντικό να παρέχονται εμπειρικά στοιχεία για την υποστήριξη της σχέσης μεταξύ ενσυναίσθηση γιατρών και κλινικά αποτελέσματα σε χώρες όπως η Ιταλία με διαφορετικά προγράμματα σπουδών ιατρικής εκπαίδευσης και συστήματα υγειονομικής περίθαλψης από τις Ηνωμένες Πολιτείες. Επομένως, για την περαιτέρω επικύρωση προηγούμενων ερευνητικών ευρημάτων σχετικά με τη σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης του γιατρού και των αποτελεσμάτων σε διαβητικούς ασθενείς, σχεδιάστηκε αυτή η μελέτη για να εξεταστούν οι συσχετισμοί μεταξύ βαθμολογιών ενός επικυρωμένου μέτρου ενσυναίσθησης του γιατρού με οξείες μεταβολικές επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη στην Ιταλία. Η υπόθεση ήταν ότι οι υψηλότερες βαθμολογίες ενσυναίσθησης των ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα σχετίζονται σημαντικά με χαμηλότερο ποσοστό οξέων μεταβολικών επιπλοκών σε διαβητικούς ασθενείς. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να δοκιμαστεί αυτή η υπόθεση.

Η παρατηρούμενη συμπεριφορά ενδεικτική της ενσυναίσθησης, όπως αξιολογήθηκε αντικειμενικά από έναν ανεξάρτητο παρατηρητή στην τελευταία έρευνα που αναφέρθηκε παραπάνω, συσχετίστηκε έντονα με την κλινική ικανότητα. Η ισχυρή σχέση μεταξύ της συμπεριφορικής εκδήλωσης ενσυναίσθησης και της κλινικής ικανότητας ήταν εμφανής σε ένα φάσμα ιατρικών καταστάσεων και τύπων συμβουλών. Επιπλέον, η παρατηρούμενη ενσυναίσθηση συσχετίστηκε έντονα με τις αξιολογήσεις των επιδόσεων των μαθητών από τους ασθενείς. Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι φοιτητές που ήταν περισσότερο ενσυναισθητικοί είχαν μεγαλύτερη κλινική απόδοση γεγονός που μαρτυρεί για μία ακόμη φορά τη σημασία της ενσυναίσθησης.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Ερευνητές Χρονολογία και χώρα	Τίτλος	Σκοπός	Μεθοδο- λογία	Δείγμα	Αποτελέσματα
Marci, Carl D. MD, Ham, Jacob PhD, Moran, Erin BA, Orr, Scott P. PhD,(2007), Αμερική	Physiologic Correlates of Perceived Therapist Empathy and Social- Emotional Process During Psychotherap y	Σχέση μεταξύ φυσιολογικ ής αντιστοιχίας , ενσυναίσθη σης θεραπευτή που αντιλαμβάν εται ο ασθενής και κοινωνικής- συναισθημα τικής διαδικασίας κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπε ίας	Πειραμα τική με ερωτημα τολόγιο	20 ασθενεί ς με 20 θεραπε υτές	Ένα βιολογικά βασισμένο μοντέλο αντιληπτής ενσυναίσθησης και θετικής- κοινωνικής- συναισθηματική ς διαδικασίας ασθενούς- θεραπευτή κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας

<p>Mohammadreza Hojat , Daniel Z. Louis , Kaye Maxwell , Fred Markham , Richard Wender , and Joseph S. Gonnella (2010), ΗΠΑ</p>	<p>Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance</p>	<p>Η εξέταση των συσχετισμών μεταξύ των βαθμολογιών της κλίμακας JSPPE και των μέτρων συνολικής ικανοποίησ ης με τους γιατρούς, την προσωπική εμπιστοσύν η και τους δείκτες συμμόρφωσ ης του ασθενούς.</p>	<p>Ποσοτι- κή έρευνα</p>	<p>535 εξωτερι κοί ασθενεί ς (μεταξύ 18-75 ετών), 66% γυναίκε ς</p>	<p>Υποστηρίχθηκε η ψυχομετρία του JSPPE και επιβεβαιώθηκαν σημαντικοί δεσμοί με την ικανοποίηση των ασθενών με τους γιατρούς τους, τη διαπροσωπική εμπιστοσύνη και τη συμμόρφωση με τις συστάσεις των ιατρών</p>
<p>Kathryn I. Pollak, Stewart C. Alexander, James A. Tulsky, Pauline Lyna, Cynthia J. Coffman, Rowena J. Dolor, Pal Gulbrandsen and Tr uls Ostbye, (2011),</p>	<p>Physician Empathy and Listening: Associations with Patient Satisfaction and Autonom</p>	<p>Εάν η χρήση ειδικών τεχνικών Motivationa l Interviewin g του γιατρού αυξάνει την</p>	<p>Έρευνα με συνέντευ ξη</p>	<p>40 ιατροί πρωτοβ άθμιας περίθαλ ψης και 320 από υπέρβα ρους ή</p>	<p>Οι ασθενείς είχαν περισσότερες πιθανότητες να αντιληφθούν υψηλή αυτονομία, οι ασθενείς με ενσυναισθητικό γιατρό ήταν πιο</p>

Αμερική		ικανοποίηση του ασθενούς με τον ιατρό και την αντιληπτή αυτονομία		παχύσαρκους ασθενείς των γιατρών	πιθανό να αναφέρουν υψηλή ικανοποίηση με τον γιατρό
Canale, Stefano Del MD, PhD, Louis, Daniel Z. MS, Maio, Vittorio PharmD, MS, MSPH, Wang, Xiaohong MS, Rossi, Giuseppina MD, Hojat, Mohammadreza PhD, Gonnella, Joseph S. MD, (2012), Ιταλία	The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications	Αν οι βαθμολογίες ενός επικυρωμένου μέτρου ενσυναίσθησης του γιατρού σχετίζονται με κλινικά αποτελέσματα για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη	Αναδρομική μελέτη συσχέτισης	20.961 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 από πληθυσμό 284.298 ενήλικων ασθενών	Η ενσυναίσθηση του γιατρού σχετίζεται σημαντικά με την κλινική έκβαση για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη
Jessica Ogle , John A. Bushnell, Peter Caputi, (2013), Αυστραλία	Empathy is related to clinical competence in medical care	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ενσυναίσθησης και κλινικής ικανότητας μεταξύ	Παρατήρηση	57 φοιτητές της ιατρικής σχολής	Η παρατηρούμενη συμπεριφορά ενδεικτική της ενσυναίσθησης, από έναν ανεξάρτητο παρατηρητή,

		φοιτητών ιατρικής			συσχετίστηκε έντονα με την κλινική ικανότητα. Σημαντικές διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία ικανότητας παρατηρήθηκαν μεταξύ των φοιτητών ιατρικής που είχαν χαμηλή ενσυναίσθηση και των φοιτητών με υψηλή ενσυναίσθηση
--	--	----------------------	--	--	---

7. ΣΕΝΑΡΙΟ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Το σενάριο έρχεται να συμπληρώσει τη βιβλιογραφική και συστηματική ανασκόπηση που έγινε παραπάνω και να επιβεβαιώσει τα παραπάνω ευρήματα. Το σενάριο ενσυναίσθησης είναι έργο έμπνευσης της συγγραφέα, τα γεγονότα και οι χαρακτήρες είναι φανταστικά, το ίδιο και η αναφορά στο νοσοκομείο Μεταξά, η οποία χρησιμοποιήθηκε γιατί είναι αντικαρκινικό νοσοκομείο. Έγινε μελέτη της διαχείρισης των ασθενών με καρκίνο και οι εξετάσεις που αναφέρονται είναι κλινικές εξετάσεις που γίνονται σε ανάλογες θεραπείες.

Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΟ

1.

Κοίταξε η Κατερίνα έξω από το παράθυρο, που είχε χιονίσει για τα καλά, πίνοντας μία γουλιά από τον ζεστό καφέ της, με κοίταξε και χαμογέλασε λέγοντας μου: και τώρα κάνεις μία καινούρια αρχή στη ζωή σου, έτσι δεν είναι;

«Ναι» απάντησε η Μαρία. «Θέλω να μπουν όλα σε μία σειρά...»

«Τι είναι αυτό που σου έδωσε τη δύναμη να χτυπήσεις την δική μου πόρτα και να κάνεις αυτό το βήμα στη ζωή σου;» ρώτησε η ψυχολόγος.

«Η δύναμη της θέλησης ώστε κι αν ακόμα δεν αντέχεις να ακούσεις, γιατί έχεις μάθει να ακούς συγκεκριμένα πράγματα, ακούγεται σαν μία ηχώ που φτάνει τόσο ανεπαίσθητα στο αυτί σου, είναι ικανή, όμως, να σε ξυπνήσει για τις πιο σημαντικές αποφάσεις της ζωής σου. Αυτός ο ήχος με έφερε εδώ».

«Σε ακούω» είπε η ψυχολόγος πίνοντας άλλη μία γουλιά από τον καφέ της.

«Δεν ξέρω από πού να αρχίσω» είπε η Μαρία.

«Ξεκίνα με αυτό που θα σε κάνει να νιώσεις καλά αλλά αν κάτι που θα αναβιώσεις σου φέρει θλίψη, είμαι εδώ για 'σένα, δε θα το ζήσεις μόνη σου πάλι αλλά θα με έχεις δίπλα σου»

και να ξέρεις ότι το κλάμα είναι λυτρωτικό πολλές φορές».

«Είμαι 23 ετών και ανακάλυψα από μία εξέταση που μου έκανε ο γιατρός ότι έχω λευχαιμία. Είναι επιθετικός καρκίνος που μπορεί να έχει κάποιος και είμαι πολύ νέα» είπε η Μαρία.

«Και σε στεναχωρεί αυτό μέσα σου;» ρώτησε η γιατρός γιατί της φάνηκε η Μαρία ότι ήταν αρκετά ψύχραιμη για αυτό που της συνέβαινε και απόρησε και η ίδια!

«Με στεναχωρεί περισσότερο για τη μητέρα μου γιατί έχει περάσει πολλά στη ζωή της και ανησυχεί πολύ για τα παιδιά της, για εμένα και την αδερφή μου. Εννοώ πως θα αντέξει τέτοιο πλήγμα».

«Δεν της το έχεις πει;» ρώτησε η Κατερίνα.

«Όχι. Γιατί νιώθω ότι δεν είναι κατάλληλη στιγμή».

«Εσύ πως νιώθεις για αυτό;» ρώτησε η Κατερίνα.

«Νιώθω ότι κάποια πράγματα που ήρθαν στη ζωή μου αργά ίσως δεν θα έχω το χρόνο να τα χαρώ, όπως τα είχα ονειρευτεί. Αυτό είναι που με προβληματίζει αληθινά.»

«Θες να μου μιλήσεις για αυτά που ονειρεύτηκες;» είπε η Κατερίνα και προσπάθησε όπως πάντα να είναι διακριτική αφού είδε τη Μαρία να βουρκώνει».

Ακολουθεί μία σιωπή για λίγα λεπτά.

Αφού πήρε το χαρτομάντηλο που της έδωσε η γιατρός πήρε κουράγιο και προσπάθησε να συνεχίσει τον λόγο της».

«Έχω γνωρίσει κάποιον άνθρωπο πρόσφατα που κάνουμε παρέα και νιώθω ότι ταιριάζουμε και θα ήθελα να ζήσω για να γνωριστούμε παραπάνω. Απλά δεν το έχω μοιραστεί μαζί του ακόμα. Αλλά θα του το πω σήμερα γιατί δε θέλω να στεναχωρηθεί και ήθελα να του το πω με τρόπο» είπε η Μαρία.

«Πως θα ήθελες να αντιδράσει;» ρώτησε η Κατερίνα ξεφυσώντας ελαφρά γιατί κράτησε την αναπνοή της άθελά της για δευτερόλεπτα από τη σοβαρότητα της συζήτησης.

«Δεν ξέρω πραγματικά τι είναι καλύτερο! Αν νοιάζεται κάποιος και μένει δίπλα σου, ο πόνος είναι πιο μεγάλος και υποφέρει. Αν το περάσω μόνη μου τουλάχιστον δε θα πληγωθεί εκείνος».

«Φαίνεται ότι νοιάζεσαι πολύ για τον άνθρωπο αυτό» είπε η Κατερίνα.

«Νιώθω ότι το αξίζει» απάντησε η Μαρία.

«Θα ήθελες να μου πεις λίγα πράγματα για εσένα; Σπουδάζεις;»

«Έχω σπουδάσει marketing, γράφτηκα σε ένα μεταπτυχιακό πάνω στο marketing πρόσφατα, εκεί γνωρίστηκα και με τον Γιάννη».

«Είναι σπουδαστής;»

«Όχι. Δουλεύει στη τεχνική υπηρεσία του Πανεπιστημίου. Εκεί γνωριστήκαμε».

«Σου αρέσει αυτό που σπουδάζεις;» συνέχισε η Κατερίνα.

«Πολύ. Θέλω να γίνω καλύτερη και να δουλέψω σε διαφημιστική εταιρεία» απάντησε η Μαρία».

«Είναι πολύ σημαντικό που έχεις όνειρα και σχέδια. Και καλό είναι να τα συνεχίζουμε ότι και να μας επιφυλάσσει το μέλλον μας. Χαιρόμαστε με τη ζωή μας και αυτή η αισιοδοξία μας γεμίζει για να προχωράμε, ξέρεις».

Η Μαρία τη κοίταξε σιωπηλά και χαμογέλασε γιατί εκείνη τη στιγμή είχε ανάγκη να ακούσει κάτι τόσο ενθαρρυντικό!

2.

«Μαρία επιτέλους που είσαι; Που γυρνάς;» Ρώτησε η μητέρα της φωνάζοντας.

«Στη σχολή ήμουν. Είχα μάθημα».

«Όλο λείπεις. Και δεν με βοηθάς καθόλου με τις δουλειές».

«Θα κάνω μετά δουλειές».

«Θα έρθεις τώρα, όχι μετά!»

«Είμαι κουρασμένη από το μάθημα».

«Από τι είσαι κουρασμένη; που καθόσουν;» Είπε η μητέρα της γελώντας ειρωνικά.

Η Μαρία πήγε στο δωμάτιό της χτυπώντας δυνατά την πόρτα και οι φωνές συνεχίστηκαν για πολύ ώρα απ' έξω. Κάποιες φορές η Μαρία δεν άντεχε και έπαιρνε τους δρόμους να περπατήσει. Ένιωθε ότι δεν την καταλαβαίνει κανείς και ειδικά η οικογένειά της. Χρειαζόταν στήριξη την οποία θα αναζητούσε σύντομα. Την προηγούμενη μέρα της είχε δώσει η ξαδέρφη της που ήταν γιατρός, μία κάρτα μίας ψυχολόγου και της είπε ότι ίσως τη βοηθούσε. Την ευχαρίστησε και της είπε ότι θα πάει.

Ήταν μία κίνηση, ένας ήχος στη ψυχή της που την έσπρωχνε να πάει για να νιώσει επιτέλους μία ανακούφιση από όσα την βάρυναν.

3.

Μετά τη συνάντηση με την Κατερίνα η Μαρία βγήκε για καφέ με τον Γιάννη και ήταν αποφασισμένη να του πει τα πάντα γιατί δεν γινόταν να του κρύβει την αλήθεια.

«Είσαι σκεπτική σήμερα. Συμβαίνει κάτι;» ρώτησε ο Γιάννης.

«Όχι...απλά πρέπει να σου μιλήσω» είπε σιγανά η Μαρία.

«Άρα κάτι συμβαίνει» συμπλήρωσε ο Γιάννης.

«Σε ακούω».

«Δεν είμαι καλά» είπε η Μαρία.

«Θες να φύγουμε;» είπε ο Γιάννης ανήσυχα.

«Όχι, εννοώ έχω...έχω...»

«Τι έχεις;» απόρησε ο Γιάννης.

«Έχω καρκίνο» είπε η Μαρία γρήγορα γιατί φαινόταν να μετανιώνει να του το πει την τελευταία στιγμή.

Ο Γιάννης έχασε το χρώμα του, ήταν έτοιμος να κλάψει γιατί ένιωθε ερωτευμένος για πρώτη φορά στη ζωή του και μπόρεσε μετά από ώρα να πει «Πως γίνεται; Φαίνεσαι τόσο υγιής».

«Η μητέρα μου δουλεύει στο Μεταξά. Αύριο θα πάμε να σε δει. Θα πάρουμε κι άλλες γνώμες. Θα βρεθεί κάποια λύση» είπε ο Γιάννης και την αγκάλιασε σφιχτά.

Η Μαρία ένιωσε μία ελάφρυνση στη ψυχή της και σκέφτηκε ότι καλό θα ήταν να συνεχίσει τις συναντήσεις με τη ψυχολόγο που την ενθάρρυνε να συνεχίσει τη ζωή της και να μην επηρεάζεται αρνητικά. Χάρηκε που ο Γιάννης θα ήταν δίπλα της αλλά στεναχωριόταν για το κόστος που θα είχε αυτή η περιπέτεια πάνω του!

Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΤΑΞΑ

1.

Την άλλη μέρα ο Γιάννης περίμενε έξω από το σπίτι της Μαρίας για να πάνε στο Νοσοκομείο για επαναληπτικές εξετάσεις. Ήταν απόγευμα και ο Γιάννης ήταν προβληματισμένος γιατί είχε μιλήσει στη μητέρα του, η οποία τους περίμενε!

«Καλησπέρα» του είπε η Μαρία μπαίνοντας στο αμάξι.

«Καλησπέρα. Πως είσαι;» ρώτησε ο Γιάννης.

«Πανέτοιμη για εξετάσεις» απάντησε χαμογελώντας.

«Θα γνωρίσω και τη πεθερά μου» συνέχισε και έβαλαν και οι δύο τα γέλια.

«Στη μαμά σου έχεις μιλήσει για την υγεία σου;»

«Όχι ακόμη» απάντησε σιγανά η Μαρία.

Ακολούθησε μία σιωπή σε όλη τη διάρκεια της διαδρομής. Ήταν και οι δύο πολύ σκεφτικοί ώσπου έφτασαν στο νοσοκομείο. Η μητέρα του Γιάννη, η Ζωή τους περίμενε στο γραφείο της.

2.

«Καλησπέρα μαμά» είπε ο Γιάννης.

«Από εδώ είναι η Μαρία» συνέχισε.

«Καλημέρα κορίτσι μου. Τι κάνεις;» είπε η Ζωή.

«Καλησπέρα σας. Χαίρομαι που σας γνωρίζω» είπε η Μαρία.

«Είσαι πιο όμορφη από ότι σε περιέγραψε ο Γιάννης» της είπε η Ζωή.

Η Μαρία ντράπηκε, κοίταξε το Γιάννη και έβαλαν και οι δύο τα γέλια.

«Ευχαριστώ» συμπλήρωσε η Μαρία.

«Τώρα καταλαβαίνω γιατί είναι τόσο χαρούμενος τελευταία. Εσύ κρύβεσαι πίσω από αυτό, λοιπόν! Και κοίταξε το Γιάννη πειραχτικά!»

«Ποιος γιος μπορεί να κρυφτεί από τη μαμά του!» είπε ο Γιάννης κοιτάζοντας τότε τη Μαρία τότε τη μαμά του.

Αφού πέρασε η ώρα κάνοντας πλάκα για να ησυχάσει η Μαρία που έμπαινε σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον, την άφησαν με μία νοσηλεύτρια να της κάνει εξετάσεις.

Ο Γιάννης και η Ζωή έμειναν στο γραφείο και συζητούσαν οι δυο τους.

«Κάποιες είναι δύσκολες περιπτώσεις και χρειάζεται πολύ υπομονή Γιάννη μου!» είπε η Ζωή.

«Να έχεις πίστη ότι όλα θα πάνε καλά και να δίνεις θάρρος στη Μαρία γιατί μία θετική στάση ενός ασθενούς με καρκίνο έχει θετική επίδραση στην υγεία του. Αυτό είναι το πιο σημαντικό. Και εδώ το περιβάλλον είναι φιλικό. Δε θα έχει πρόβλημα η Μαρία μας».

«Ευχαριστώ μαμά για όλα» είπε ο Γιάννης και δάκρυσε!

3.

Η Μαρία στο άλλο δωμάτιο του νοσοκομείου έκανε αιματολογικές εξετάσεις αρχικά. Μπήκε μέσα ο Νίκος, ο γιατρός και είπε στην νοσηλεύτρια ότι θα έπαιρνε εκείνος το αίμα. Η Μαρία είπε καλημέρα και άρχισε να της μιλά ο γιατρός.

«Πως σε λένε;» ρώτησε ο Νίκος και έβαλε τη βελόνα που μόλις άνοιξε για να της πάρει το αίμα.

«Εγώ είμαι η Μαρία».

«Τι αισθάνεσαι και ήρθες εδώ για εξετάσεις;» ρώτησε ο Νίκος από ενδιαφέρον και έβγαλε τη βελόνα με το αίμα. Ήρθα να κάνω κάποιες επαναληπτικές εξετάσεις γιατί έχω διαγνωστεί με λευχαιμία κάνοντας την πρώτη φορά εξετάσεις»

«Χμμ» αναφώνησε ο γιατρός και συμπλήρωσε «Μπορείς να περιμένεις στο διάδρομο, μέχρι να βγουν τα αποτελέσματα σου; Θέλουν ώρα για να βγουν» «Δεν έχουμε καναπεδάκια αναπαυτικά» είπε ο γιατρός γελώντας αλλά «το κυλικείο μας κάνει ωραίο Fredo».

Η Μαρία χαμογέλασε και είχε αρχίσει να εξοικειώνεται με το περιβάλλον του νοσοκομείου. Ήταν ο Γιάννης εκεί, η μαμά του και ο γιατρός την είχε κάνει να αισθανθεί άνετα πολύ!

4.

Ο Γιάννης βγήκε από το γραφείο της μητέρας του και κινήθηκε προς το μέρος της Μαρίας.

«Τελείωσες τις εξετάσεις;» ρώτησε ο Γιάννης κοιτάζοντας τη Μαρία.

«Ναι απλά θέλουν χρόνο μου είπε ο γιατρός» είπε η Μαρία.

«Νιώθω μία κόπωση να σου πω».

«Μήπως πεινάς να φάμε κάτι;» ρώτησε ο Γιάννης.

«Όχι, δεν έχω όρεξη. Σε ευχαριστώ».

Ο Νίκος βγήκε στο διάδρομο όπου κάθονταν οι δύο νέοι και κοιτάζοντας τον Γιάννη χαμογέλασε. «Γιάννη τι κάνεις; Καιρό έχω να σε δω. Γνώρισα και τη κοπέλα σου».

«Καλά είμαι γιατρέ» είπε ο Γιάννης.

«Μαρία παιδί μου» είπε ο γιατρός κοιτάζοντας και τους δύο «μπορείτε να έρθετε αύριο για τα αποτελέσματα των εξετάσεων; Μπορεί να χρειαστεί να κάνουμε και άλλες εξετάσεις»

«Εντάξει γιατρέ» είπε η Μαρία, κοιτάζοντας τον Γιάννη αν συμφωνεί και της έγνεψε καταφατικά.

«Μαρία το βάρος σου είναι σταθερό;» «Έχεις παρατηρήσει κάποια αλλαγή τελευταία;» ρώτησε ο Νίκος.

«Ναι» είπε η Μαρία διστακτικά «έχω χάσει βάρος τελευταία και δεν κάνω δίαιτα».

«Χμμ» έκανε ο Νίκος και συμπλήρωσε «θα τα πούμε αύριο λοιπόν μη σας κρατώ» γιατί δεν ήθελε να πει περισσότερα και τους ανησυχήσει αδικώς. Χαιρέτησαν τον γιατρό και βγήκαν από το νοσοκομείο.

«Θες να σε πάω σπίτι;» ρώτησε ο Γιάννης τη Μαρία.

«Θες να με πας στη ψυχολόγο; γιατί έχω ραντεβού σε λίγο. Μπορείς;»

«Ναι. Θες να σε περιμένω;» ρώτησε ο Γιάννης.

«Όχι» είπε η Μαρία «θα γυρίσω μόνη μου» .

«Εντάξει Μαρία μου» είπε ο Γιάννης με πολύ τρυφερότητα.

Μπήκαν στο αμάξι και οδήγησε ο Γιάννης μέχρι τη ψυχολόγο. Μιλούσαν και γέλαγαν αλλά η ατμόσφαιρα ήταν ηλεκτρισμένη μέχρι να σιγουρευτούν τι έχει η Μαρία.

ΜΙΑ ΕΚ ΒΑΘΕΩΝ ΕΞΟΜΟΛΟΓΗΣΗ

1.

Ο Γιάννης άφησε στη πόρτα του γραφείου της Κατερίνας τη Μαρία, τη χαιρέτησε και έφυγε λέγοντάς της.

«Αν χρειαστείς να σε γυρίσω πάρε με τηλέφωνο. Εξάλλου μένω κοντά εδώ».

«Εντάξει Γιάννη μου, θα το δούμε» είπε η Μαρία και χτύπησε το κουδούνι.

Η Κατερίνα άνοιξε τη πόρτα και την υποδέχτηκε χαμογελώντας και της είπε:

«Τι κάνεις Μαρία; Πως είσαι;»

«Καλά. Εσείς;»

«Έλα. Κάθισε» είπε η Κατερίνα.

«Πως πήγαν οι εξετάσεις;»

«Δεν βγήκαν ακόμα. Είναι εξειδικευμένες και θα πάω αύριο μήπως χρειαστούν και άλλες!» απάντησε η Κατερίνα.

«Ναι. Καταλαβαίνω» είπε η Κατερίνα μη μπορώντας να κρύψει την ανησυχία της.

«Θα ήθελες να πούμε περισσότερα για αυτό;»

«Ναι θέλω γιατί δεν έχω με ποιόν να τα συζητήσω. Δεν θέλω να φορτώνω τους άλλους με τα προβλήματά μου. Δεν είναι ο χαρακτήρας μου τέτοιος! Είμαι πολύ κλειστή» είπε η Μαρία και την κοίταζε.

«Με τον Γιάννη δε το συζητάς;»

«Δεν θέλω να είμαι απαισιόδοξη και για εκείνον. Ήδη του έχει έρθει απότομο όλο αυτό και προσπαθεί να είναι δυνατός για να μου δίνει δύναμη. Νομίζω αν και οι δύο απογοητευτούμε δε θα αντιμετωπιστεί ο καρκίνος όπως πρέπει».

«Πως οδηγήθηκες σε αυτό το συμπέρασμα;»

«Η ζωή μου έχει δείξει ότι όταν είσαι θετικός και δεν παραιτείσαι τότε σου έρχονται ευκαιρίες, όχι γιατί είσαι καλύτερος από τους άλλους αλλά γιατί μαθαίνεις να εκτιμάς και

είσαι ευγνώμων για κάθε μικρό καλό σου συμβαίνει. Και άλλες φορές όταν σου συμβεί κάτι κακό μαθαίνεις και γίνεσαι πιο δυνατός!»

Η Κατερίνα την άκουγε προσεκτικά σαν να ήταν εκείνη που χρειαζόταν να ακούσει αυτά τα λόγια στη ζωή της για να εκτιμήσει τις δικές της ευκαιρίες στη ζωή της. Αφού αφαιρέθηκε λίγο, συνήλθε και συνέχισε και είπε στη Μαρία:

«Είναι σημαντικό να μοιραστείς τους φόβους σου με τον Γιάννη, όχι να μιλάς για αυτό συνέχεια, δεν εννοώ αυτό. Απλά θα νιώσει κι αυτός ποιο άνετα να το συζητήσεις μαζί του αφού είστε μαζί. Είναι καλό να ξέρει πως νιώθεις για αυτόν και για όλο αυτό που σου συμβαίνει!»

«Θυμάστε αυτά που σας είπα την προηγούμενη φορά!;!» ρώτησε η Μαρία γεγονός που της έκανε εντύπωση γιατί είχε πάει σε ψυχολόγο στον παρελθόν και τη δεύτερη φορά που πήγε δεν θυμόταν τίποτα από ότι της είχε πει! Και δεν ξαναπήγε.

«Θυμάμαι και θυμάμαι που είπες ότι νοιάζεσαι για αυτόν πολύ και νομίζω ότι χρειάζεται να του μιλήσεις για αυτά που είπες σε εμένα την περασμένη φορά και τώρα. Θα το εκτιμούσε, πιστεύω» είπε η Κατερίνα.

«Ναι, σας ευχαριστώ» είπε η Μαρία.

«Στη μαμά σου μίλησες;» ρώτησε η Κατερίνα.

«Δεν έχουμε καλή σχέση και δεν ξέρω πώς να της το πω».

«Θα βρεις τον τρόπο να της το πεις, όταν θα είσαι έτοιμη να το κάνεις. Τι θα έλεγες να το συζητούσες με τον Γιάννη; Μπορεί να σε βοηθήσει».

«Ναι θα του μιλήσω αύριο που θα τον δω» είπε η Μαρία.

Η ώρα πέρασε και η Μαρία έφυγε από το γραφείο της Κατερίνας. Είχε βραδιάσει. Γύρισε σπίτι και έστειλε μήνυμα στον Γιάννη ότι γύρισε, είναι καλά και εκείνος της είπε ότι θα τα έλεγαν στο Πανεπιστήμιο αύριο, μετά το μάθημα της, για να πήγαιναν πάλι στο νοσοκομείο.

2.

Το επόμενο πρωί η Μαρία πήγε στη βιβλιοθήκη να μελετήσει και τελειώνοντας το μάθημα της ο Γιάννης, αφού τελείωσε κι αυτός τη δουλειά του, τη περίμενε να πάνε για ένα καφέ δίπλα στο Πανεπιστήμιο, προτού πάνε στο νοσοκομείο.

«Πώς είσαι, σήμερα;» ρώτησε ο Γιάννης.

«Δε ξέρω είμαι λίγο αγχωμένη. Αν θυμάσαι με ρώτησε ο γιατρός αν έχασα βάρος και το σκεφτόμουν χτες» απάντησε η Μαρία.

«Την δουλειά του κάνει. Χρειάζεται να ρωτά αλλά τον τελικό λόγο θα τον πει όταν δει όλες τις εξετάσεις» είπε ο Γιάννης «Μην στεναχωριέσαι για τίποτα, αν υπάρξει πρόβλημα τότε θα σκεφτούμε πως θα το αντιμετωπίσουμε. Έτσι πρέπει γιατί αλλιώς θα τρελαθούμε. Μη βλέπεις πρόβλημα μέχρι όντως να μας το πει ο γιατρός. Θα τις δει και η μητέρα μου μετά τις εξετάσεις».

«Σε ευχαριστώ. Είσαι υποστηρικτικός».

Ο Γιάννης ντράπηκε γιατί δεν είναι εκφραστικός και σαν παιδί ήταν πολύ κλειστός. Κατέβασε το βλέμμα του και δε μίλησε. Η Μαρία συνέχισε να του μιλά.

«Σημαίνει πολλά για 'μένα που μου συμπαραστέκεσαι τόσο. Είσαι σημαντικός για εμένα».

«Κι εσύ το ίδιο» είπε ο Γιάννης και ίσα ίσα που ακουγόταν η φωνή του. Περνούσε πολύ δύσκολα και δεν ήθελε να το δείχνει τόσο έντονα αλλά η Μαρία συνέχισε να του μιλά.

«Θέλω να ζήσω για να μπορέσουμε να είμαστε μαζί!» του είπε η Μαρία και σταμάτησαν να μιλούν. Ακολούθησε σιωπή.

«Στη μαμά σου το είπες» ρώτησε ο Γιάννης πριν προλάβει να του το πει η ίδια και βγάζοντας την από τη δύσκολη θέση να μιλήσει εκείνη πρώτη για αυτό».

«Πρέπει» απάντησε η Μαρία.

«Τι σε φρενάρει;»

«Δεν ξέρω πάντα μου φωνάζει, δεν της λέω τίποτα δικό μου. Δε νιώθω ότι ήταν κοντά μου συναισθηματικά όπως θα ήθελα. Και όταν κοιμήθηκε ο πατέρας μου ένιωθα μόνη μου».

«Κατάλαβα» είπε ο Γιάννης και συνέχισε:

«Αλλά ακόμη κι έτσι να της το πεις. Ίσως είναι μία ευκαιρία που της δίνει η ζωή να επανορθώσει και να “σώσει” ό,τι μπορεί. Μην της στερήσεις αυτήν την ευκαιρία».

Η Μαρία δεν είπε τίποτα μόνο έμεινε σκεπτική σε αυτά τα λόγια που έδειχναν μεγάλη ωριμότητα εκ μέρους του Γιάννη.

ΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1.

Ο Γιάννης, αφού έφυγαν από τη καφετέρια άφησε τη Μαρία στη πόρτα του νοσοκομείου και της είπε: «Μαρία μου πήγαινε και έρχομαι. Θέλω να πάρω ένα γλαστράκι για τη μητέρα μου από ένα μαγαζί εδώ έξω. Θες να με περιμένεις μέσα;»

«Εντάξει, Γιάννη μου, θα είμαι στο κυλικείο. Πάω να δοκιμάσω το ωραίο Fredo που είχε πει ο γιατρός» είπε χαμογελώντας η Μαρία.

Ο Γιάννης πήγε να παρκάρει και μετά πήγε να ανάψει ένα κερί στο εκκλησάκι για τη Μαρία χωρίς να θέλει να της πει κάτι. Η προσευχή για αυτόν ήταν κάτι ξεχασμένο στη παιδική του ηλικία και δεν ήθελε να το συζητά εδώ κι εκεί! Πήγε στη συνέχεια και πήρε ένα γλαστράκι για τη Ζωή και προχώρησε προς τον διάδρομο που τον περίμενε η Μαρία.

«Μαρία πάμε;» ρώτησε ο Γιάννης και προχώρησαν προς το γραφείο του γιατρού. Πριν προλάβουν να χτυπήσουν την πόρτα βγαίνει μία νοσηλεύτρια και τους λέει:

«Ο γιατρός εξετάζει τώρα. Μπορείτε, παρακαλώ να περιμένετε;»

«Ναι» είπαν και οι δύο και έκατσαν έξω στις καρέκλες.

«Ωραίο το τριανταφυλλάκι» είπε η Μαρία «Θα αρέσει πολύ στη μαμά σου».

«Ναι, μας έχει βοηθήσει εδώ πέρα. Ήθελα κάτι να της πάω».

Η νοσηλεύτρια ειδοποιεί τον Νίκο ότι δύο νέα παιδιά τον περιμένουν και σπεύδει να δει αν ήρθε ο γιος της Ζωής με τη κοπέλα του.

«Καλημέρα παιδιά. Πως είστε;»

«Καλημέρα γιατρέ» είπαν και η Μαρία και ο Γιάννης.

«Μαρία όλα καλά;»

«Ναι γιατρέ έτοιμη για παραπάνω εξετάσεις» είπε η Μαρία και έβαλε το χέρι της κάτω από τα πλευρά αριστερά.

Ο Νίκος το πρόσεξε και της λέει διακριτικά: «Μαρία έλα να σε εξετάσω μία στιγμή και ύστερα πάμε όλοι μαζί να μιλήσουμε και για το τι έδειξαν οι αιματολογικές εξετάσεις σου».

Η Μαρία ξάπλωσε και ο γιατρός την εξέταζε αλλά όταν έφτασε στη σπλήνα την πίεσε και εκείνη είπε ότι πονά σταμάτησε την εξέταση γιατί κατάλαβε όλα όσα χρειαζόταν να καταλάβει. Στη συνέχεια πήγε σε μία άλλη αίθουσα ειδική και της έκαναν μυελόγραμμα και οστεομυελική βιοψία. Αφού τελείωσαν οι εξετάσεις η Μαρία βγήκε έξω και περίμενε τον Νίκο, το ίδιο και ο Γιάννης. Περίμεναν αρκετή ώρα. Ο Νίκος βγήκε και είπε στον Γιάννη:

«Η μαμά σου μας περιμένει στο γραφείο της. Πάμε να πιούμε κι ένα καφέ. Έχει και βουτήματα που έφτιαξε η μαμά σου. Τι λέτε, πάμε και συζητάμε εκεί;» είπε ο Νίκος ο οποίος προσπαθούσε να φέρει τη συζήτηση στο κατάλληλο τόνο για να μην τρομάξουν η Μαρία και ο Γιάννης.

Οι δύο νέοι χαμογέλασαν και προχώρησαν όλοι στο διάδρομο, μπήκαν μέσα έκατσαν και η Ζωή, η οποία ήταν ήδη ενήμερη για τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, τους υποδέχθηκε.

«Καλημέρα Γιάννη μου. Πως είσαι;» ρώτησε η Ζωή και απευθύνθηκε στη Μαρία «Καλημέρα, Μαρία μου».

«Καλημέρα» είπε η Μαρία ταυτόχρονα με τον Γιάννη που είπε καλημέρα στη μητέρα του!

«Πάρτε κουλούρι παιδιά» είπε η Ζωή.

«Έχουμε αγωνία, μετά θα πάρουμε» είπε ο Γιάννης «Λοιπόν, γιατρέ;».

Ο γιατρός άρχισε να μιλά με δυσκολία αλλά και σταθερότητα για να μη φανεί ότι είναι κάτι τόσο σοβαρό αλλά αντιμετώπισιμο για να μην χάσουν την ελπίδα τους.

«Μαρία, παιδί μου, έχεις ακουστά τον μυελό των οστών που μόλις πήραμε ένα δείγμα, έτσι;» ρώτησε ο Νίκος.

«Ναι» είπε η Μαρία.

«Στον μυελό των οστών παράγονται διάφορα στοιχεία του αίματος όπως λευκά, ερυθρά αιμοσφαίρια. Όμως, λόγω ενός λάθους, ας πούμε του οργανισμού, παράγονται στο μυελό

των οστών κύτταρα ανώμαλα τα οποία πολλαπλασιάζονται και μπορούν να βλάψουν και τον μυελό των οστών και όλον τον οργανισμό αν δεν ακολουθήσει ο άνθρωπος μία θεραπεία συγκεκριμένη».

«Δηλαδή, είμαι άρρωστη;» κοίταξε τον Γιάννη και πήρε τον λόγο η Ζωή.

«Είναι αναστρέψιμο, Μαρία μου, αρκεί να θέλεις να το αντιμετωπίσεις και εμείς θα είμαστε δίπλα σου!»

Ο Νίκος συνέχισε «Αυτό που σου συμβαίνει ιατρικά λέγεται οξεία μυελογενή λευχαιμία και αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπείες αρκεί να γίνει άμεσα».

«Δηλαδή αν το παλέψω μπορεί και να ζήσω;»

«Ναι» απάντησε η Ζωή. Ο Γιάννης έμεινε μετέωρος και προσπαθούσε να κρατηθεί όρθιος. Η Μαρία ήταν στα χέρια των καλύτερων γιατρών και αυτό εν μέρει τον καθησύχαζε.

«Νομίζω πως τώρα θα πάρω ένα κουλούρι. Το χρειάζομαι» είπε η Μαρία ξαναβρίσκοντας το χαμόγελό της.

«Οπότε Μαρία θες να ξεκινήσουμε τις χημειοθεραπείες;» ρώτησε ο Νίκος, ο οποίος είναι παθολόγος-ογκολόγος και θα είναι υπεύθυνος για το ενέσιμο φάρμακο που θα της έδινε.

«Θέλετε να έρθω αύριο;. Θέλω να μιλήσω με τη μητέρα μου σήμερα.»

«Ναι, Μαρία μου» είπε η Ζωή σκεπτόμενη ότι και αυτή που είναι μάνα δε θα άντεχε τον μοναχογιό της να περάσει όλο αυτό!

«Απλά Μαρία μπορείς να έρθεις και αύριο πρωί. Χρειάζεται κάποια αξονική και ηλεκτροκαρδιογράφημα για να αποκλείσουμε κάποια πνευμονία και για μην σου δώσουμε φάρμακα που μπορεί να βλάψουν την καρδιά σου. Θα σου κάνουμε κι ένα υπέρηχο στα όργανα γιατί είδα τη σπλήνα λίγο διογκωμένη σήμερα. Μπορείς;»

«Θα τη φέρω εγώ» είπε ο Γιάννης.

«Δεν δουλεύεις αύριο, Γιάννη μου;» ρώτησε η Μαρία.

«Θα πάρω άδεια και θα πάμε. Αν θες να περάσουμε και τη μέρα μαζί και να έρθουμε το απόγευμα για θεραπεία»

«Ναι. Φυσικά και το θέλω» είπε η Μαρία.

«Εσύ Γιάννη πως πας με τη δουλειά; Όλα καλά;» ρώτησε ο Νίκος.

«Ναι μία χαρά. Είναι και η Μαρία εκεί οπότε βλεπόμαστε και περνά ευχάριστα η μέρα! Γενικά μου αρέσει η δουλειά μου».

«Ωραία. Οπότε μη σας κρατάμε από τη βραδινή σας βόλτα! Είστε και νέα παιδιά!» είπε η Ζωή και ο Νίκος συμφώνησε.

«Ευχαριστούμε» είπε η Μαρία κοιτάζοντας πότε τον Νίκο πότε τη Ζωή. Ο Γιάννης χαιρέτησε και πήγαν βόλτα για λίγο γιατί η Μαρία ήθελε να προλάβει τη μαμά της ξύπνια και να της μιλήσει.

2.

Η Μαρία γύρισε σπίτι μετά τη βόλτα με τον Γιάννη. Η μαμά της έκανε δουλειά στη κουζίνα.

«Γύρισες;» ρώτησε η μητέρα της και συνέχισε με ύφος «Όλο βόλτες πας, το ξέρεις;»

«Χρειάζεται και αυτό!» είπε η Μαρία. «Μαμά θες να κάτσουμε λίγο στο σαλόνι να μιλήσουμε;»

«Με κουράζεις όταν μου μιλάς συνέχεια για τη σχολή. Αν θες να πούμε κάτι άλλο» απάντησε η μαμά της εκνευρισμένη.

«Ναι είναι κάτι άλλο. Κάτσε λίγο».

«Καλά, απλά μη με καθυστερήσεις γιατί έχω δουλειά!» είπε η μητέρα της.

Αφού έκατσαν στον καναπέ της είπε ότι έχει καρκίνο και της εξήγησε ότι πρέπει να πηγαίνει στο νοσοκομείο για χημειοθεραπείες. Η μαμά της στεναχωρήθηκε πολύ και έβαλε τα κλάματα. Η Μαρία της είπε «Έχω μιλήσει με τους γιατρούς στο Μεταξά, θα αρχίσω θεραπείες και είναι αναστρέψιμο. Όλα καλά, μην ανησυχείς!»

«Πως θα πηγαίνεις;» ρώτησε η μαμά της.

«Θα πηγαίνω με ένα φίλο μου. Η μαμά του είναι γιατρός εκεί!» είπε η Μαρία. Χαιρέτησε και πήγε για ύπνο γιατί αύριο είχε πολλά να κάνει.

ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΟ ΜΕΤΑΞΑ

1.

Η Μαρία και ο Γιάννης συναντήθηκαν την επόμενη μέρα και την πέρασαν έξω μαζί, απλά όχι σε πολυσύχναστο μέρος γιατί τώρα που θα άρχιζε η Μαρία τις θεραπείες θα υπήρχε κίνδυνος λοιμώξεων και έπρεπε να προσέχει πολύ και ο Γιάννης τα ήξερε αυτά λόγω της μητέρας του! Είχε φτάσει απόγευμα και πήγαν στο ραντεβού τους στο νοσοκομείο. Ο Νίκος τους χαιρέτησε και είπε στη Μαρία:

«Μαρία θα πας στο δεύτερο διάδρομο δεξιά στους υπέρηχους και θα περιμένεις τη σειρά σου. Θα πας με αυτό το χαρτί θα το δουν και θα σου κάνουν την εξέταση, εντάξει;» είπε ο Νίκος.

«Εντάξει» είπε η Μαρία φεύγοντας και ο Γιάννης την ακολούθησε μέχρι να την καλέσει η γιατρός για τον υπέρηχο. Υπήρχε μικρή αναμονή και μπήκε μέσα. Η γιατρός της μίλησε:

«Καλησπέρα σου».

«Καλησπέρα σας» είπε η Μαρία.

«Πως σε λένε, κορίτσι μου;»

«Μαρία» είπε η Μαρία.

Η γιατρός κοίταξε την εξέταση και ρώτησε: «Για ποιο λόγο ο γιατρός ζήτησε αυτή την εξέταση;»

«Χρειάζεται να δούμε αν έχουν διογκωθεί κάποια όργανα λόγω λευχαιμίας και για να ακολουθήσω μία θεραπεία»

«Κατάλαβα» είπε η γιατρός και συνέχισε :

«Μπορείς να ανεβάσεις τη μπλούζα σου για να κάνουμε τον υπέρηχο;»

Η Μαρία ανέβασε τη μπλούζα και η γιατρός συνέχισε να της μιλά: «είσαι πολύ νέα, όλα θα φτιάξουν εδώ πέρα, ούτε που θα το καταλάβεις ότι ήρθες εδώ και δε θα καταλάβεις

και πότε θα φύγεις». Η γιατρός χαμογέλασε και η Μαρία ανταπέδωσε το χαμόγελό λέγοντας της: «Ευχαριστώ». Αφού τελείωσε τον υπέρηχο της έδωσε χαρτί να σκουπιστεί της είπε:

«Μπορείς να περιμένεις, Μαρία, λίγο έξω; Δεν αργεί πολύ να βγει η εξετάσή σου»

«Έχω να κάνω και άλλες εξετάσεις σήμερα» είπε η Μαρία.

«Καταλαβαίνω. Είναι εξαντλητικό να τρέχεις συνέχεια αλλά δε θα σε τρέξουμε πολύ. Στο υπόσχομαι!» είπε η γιατρός.

«Σε περιμένει κάποιος δικός σου έξω;» ρώτησε από ενδιαφέρον η γιατρός.

«Ναι, ο φίλος μου» απάντησε η Μαρία.

«Εντάξει, τότε, θα έρθει ο γιατρός σου να τις πάρει για να συζητήσετε μετά» είπε η γιατρός και συμπλήρωσε «Καλή συνέχεια, Μαρία»

«Γεια σας» είπε η Μαρία και έφυγε.

Ο Νίκος βγήκε πήρε τις εξετάσεις και στη συνέχεια έστειλε τη Μαρία σε άλλο όροφο για να κάνει ακτινογραφία.

2.

Ο Γιάννης ακολούθησε τη Μαρία και της κράταγε τα πράγματά της. Έφτασαν έξω από την αίθουσα με τις ακτινογραφίες και περίμεναν υπομονετικά. Η ακτινολόγος βγήκε πήρε το χαρτί της Μαρίας και της είπε: «Εσύ, κοπέλα μου, έχεις σειρά;»

«Ναι» απάντησε η Μαρία σιγανά.

«Πέρασε αν είσαι έτοιμη» της είπε με ευγένεια η ακτινολόγος.

«Ναι, εντάξει» είπε η Μαρία.

«Μπορείς μόνο να βγάλεις ό,τι φοράς στο πάνω μέρος γιατί τα μεταλλικά αντικείμενα της μπλούζας και του εσώρουχου μπορεί να εμποδίσουν μία καθαρή εικόνα του πνεύμονα» είπε η ακτινολόγος.

«Κατάλαβα» είπε η Μαρία.

«Μπορείς να αλλάξεις στο δωμάτιο δίπλα αν θες»

«Εντάξει» είπε.

Η ακτινολόγος την έβαλε μπροστά στον ειδικό πίνακα για να βγάλει την ακτινογραφία. Η γιατρός πήγε προς τα μέσα να πατήσει το κουμπί για να βγει η ακτινογραφία και βλέπει τη Μαρία να γυρνά λίγο χάνοντας τη θέση που της έδωσε λίγο πριν. Ξαναπάει τότε κοντά της και την ακουμπά σπρώχνοντάς την στην αρχική θέση που της έδωσε, λέγοντάς της:

«Έτσι, είσαι μία χαρά. Μην κουνηθείς, κορίτσι μου. Μη φοβάσαι. Πρέπει να βγει καλή γιατί μετά μπορεί να ξαναχρειαστεί να τραβήξουμε πάλι, εντάξει. Μία στιγμούλα κρατά και τέλος μετά» είπε η ακτινολόγος.

«Ναι, κατάλαβα» απάντησε η Μαρία και προσπάθησε να σταθεί ακίνητη στη κατάλληλη θέση. Η ακτινολόγος πάτησε το κουμπί, ακούστηκε ένας θόρυβος και μετά ξαναμπήκε χαμογελώντας:

«Είδες, κορίτσι μου; Όλα καλά».

«Είμαι λίγο ανήσυχη με τις ακτινογραφίες, συγνώμη».

«Δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας για τίποτα. Θέλεις να περιμένεις έξω να την ετοιμάσω;».

«Ναι, φυσικά».

Η Μαρία βγήκε έξω και περίμενε με τον Γιάννη την ακτινογραφία. Σε λίγο βγήκε και η ακτινολόγος και τους μίλησε:

«Δεν υπάρχει κάτι ανησυχητικό στην εξέτάσή σου, κορίτσι μου της είπε, ο γιατρός θα δει τις εξετάσεις όλες και θα σου πει αν είναι και τότε να ξεκινήσεις θεραπείες».

«Ευχαριστώ» είπε η Μαρία. Η ακτινολόγος συνέχισε να της μιλά δείχνοντας της ενδιαφέρον.

«Ποιος γιατρός σε έχει αναλάβει;» ρώτησε.

«Ο Νίκος και η Ζωή» πετάχτηκε ο Γιάννης που άκουγε τη συζήτηση.

«Α ωραία και οι δύο τους είναι πολύ καλοί στη δουλειά τους. Είσαι σε καλά χέρια. Καλή τύχη σου εύχομαι».

«Σας ευχαριστώ πολύ» είπε η Μαρία και παίρνοντας τις εξετάσεις πήγαν να κάνει η Μαρία το καρδιογράφημα.

3.

Ο Γιάννης συνέχισε να κρατά τα πράγματα της Μαρίας. Είχε περάσει μία ώρα με την αναμονή και την κουβέντα και η Μαρία φαινόταν κουρασμένη, έλειπαν και όλη ημέρα οπότε και με τα συμπτώματα που ένιωθε με την ασθένεια άρχιζε να εξαντλείται περισσότερο. Κατέβηκαν άλλον ένα όροφο και πήγαν στον καρδιολόγο για το καρδιογράφημα.

Ο γιατρός τους περίμενε, τον είχε πάρει τηλέφωνο ο Νίκος και του μίλησε για αυτά τα παιδιά. Περίμεναν απ' έξω ώσπου βγήκε στη πόρτα και είπε:

«Καλώς τα παιδιά!»

«Γεια σας» είπε η Μαρία και πριν προλάβει να μιλήσει της λέει ο καρδιολόγος χαμογελώντας:

«Ξέρω ποιοι είστε και ξέρω και τι θέλετε!»

Ο Γιάννης και η Μαρία κοιτάχτηκαν και έβαλαν τα γέλια οπότε το αστείο του γιατρού έπιασε.

«Με ειδοποίησε ο Νίκος ότι θα έρθετε. Εγώ είμαι ο Κώστας» συμπλήρωσε ο γιατρός και συνέχισε «Εσύ είσαι ο γιος της Ζωής και εσύ η κοπέλα του». «Για περάστε, δεν δαγκώνω, είπε στα παιδιά που δίστασαν λίγο. Εσύ είσαι η Μαρία, η οποία θα μας τιμήσει με την παρουσία της για τις επόμενες εβδομάδες, σωστά;»

«Σωστά» είπε η Μαρία.

«Κάθισε» είπε ο γιατρός και «ξάπλωσε». Ο Γιάννης βγήκε έξω να περιμένει. «Απλά θα βγάλεις τη μπλούζα και ό,τι φοράς για να σου κάνω το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Εντάξει, Μαρία;»

«Εντάξει» είπε η Μαρία.

«Σε δύο λεπτά θα έχει τελειώσει, μη ντρέπεσαι, μία εξέταση είναι» και αφού έκανε ο γιατρός την εξέταση λέει «Ντύσου τώρα, Μαρία και αν θες περιμένε έξω να σου φέρω τα αποτελέσματα».

Ο Γιάννης και η Μαρία συζητούσαν έξω:

«Είναι ο πλακατζής γιατρός αυτός» είπε ο Γιάννης.

«Ναι φαίνεται και λέει και επιτυχημένες ατάκες!» είπε η Μαρία.

Ο Κώστας βγήκε στο διάδρομο έδωσε το υπερηχογράφημα για τον Νίκο και είπε: «Όλα εντάξει, η καρδιά σου χτυπά δυνατά για τον Γιάννη!»

Οι δύο νέοι έβαλαν τα γέλια, χαιρέτησαν και έφυγαν με ένα χαμόγελο. Πήγαν με τις εξετάσεις στο γραφείο του Νίκου. Η Ζωή είχε άλλον ασθενή να δει και δεν ήταν εκεί εκείνη τη στιγμή! Ο Νίκος κοίταξε όλες τις εξετάσεις και είπε: «Όλα καλά δείχνουν, μόνο κάποια όργανα έχουν διογκωθεί λόγω του προβλήματος που σου είπα την άλλη φορά. Καλό είναι να ξεκινήσεις αύριο τη πρώτη χημειοθεραπεία. Δεν σου λέω σήμερα γιατί, Μαρία παιδί μου, φαίνεσαι κουρασμένη και καλύτερα να έρθεις αύριο!»

«Ναι έχετε δίκιο. Θέλω απλά να ξεκουραστώ». Ο Γιάννης είπε τότε : «Καλύτερα να φεύγουμε γιατρέ. Αύριο την ίδια ώρα».

«Ναι» είπε ο Νίκος και συμπλήρωσε «στο καλό».

Ο Γιάννης γύρισε τη Μαρία στο σπίτι και συζητούσαν στο δρόμο. Η μέρα ήταν γεμάτη αλλά και κουραστική. Αποχαιρέτησαν ο ένας τον άλλον μέχρι την αυριανή τους συνάντηση.

ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΥΣΙΑ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

1.

Την επόμενη μέρα ο Γιάννης και η Μαρία φτάνουν στο νοσοκομείο.

«Μαρία μου με πήρε ο Νίκος χτες τηλέφωνο. Θες να πάμε στο γραφείο του πρώτα;» ρώτησε ο Γιάννης.

«Ναι, να κάτσουμε με τον γιατρό».

Τα δύο παιδιά στέκονταν απ' έξω από το γραφείο του Νίκου και πριν χτυπήσουν η Μαρία λέει: «Έχεις προσέξει Γιάννη ότι έχει πάντα χρόνο για να μας μιλήσει»

«Ναι, όντως είναι πολύ καλός» είπε ο Γιάννης.

Ο Νίκος άνοιξε τη πόρτα και είπε: «Καλησπέρα Μαρία, καλησπέρα Γιάννη»

«Καλησπέρα γιατρέ» είπαν οι δύο νέοι «Τι κάνετε;» ρώτησε η Μαρία.

«Καλά είμαι» είπε ο Νίκος.

«Γιατρέ» είπε ο Γιάννης «Πόσο θα κρατήσουν οι θεραπείες;»

«Σίγουρα θα χρειαστούν έξι κύκλοι και ανάλογα κατά πόσο θα υποχωρήσει ο καρκίνος θα συνεχίσουμε!»

«Χμμμ» ακούστηκε να λέει ο Γιάννης και συνέχισε «Κατάλαβα».

«Καθίστε μη κάθεστε όρθιοι, το ραντεβού είναι σε δέκα λεπτά γιατί κάποιος άλλος κύριος εξυπηρετείτε. Τον έχει αναλάβει η Ζωή» είπε ο Νίκος.

Η Μαρία και ο Γιάννης έκατσαν και ο Νίκος απευθύνθηκε στη Μαρία:

«Μαρία σπουδάζεις;»

«Ναι γιατρέ, κάνω ένα μεταπτυχιακό πάνω στο Marketing».

«Άρα είσαι δημιουργικό μυαλό» είπε αυθόρμητα ο Νίκος όπως πάντα.

Η Μαρία τον κοίταξε γιατί δεν περίμενε κάτι τέτοιο.

«Θα σου άρεσε να εργαστείς, δηλαδή, πάνω σε αυτό;»

«Είναι κάτι που αγαπώ και με εμπνέει» είπε η Μαρία.

«Και εγώ πιστεύω θα τα καταφέρει, είναι πολύ ικανή και το σχέδιο που ξέρει μπορεί να βοηθήσει. Είναι νέα και έχει φρέσκες ιδέες».

«Σχεδιάζεις, Μαρία» ρώτησε ο Νίκος εντυπωσιασμένος και συνέχισε «Να φέρεις κάτι να μας δείξεις;».

«Ναι, κάποια στιγμή» είπε η Μαρία.

«Σχεδιάζει τέλεια, έχω δει και στη διαφημιστική που θέλει να εργαστεί θα είναι χρήσιμο όλο αυτό το ταλέντο».

Η νοσηλεύτρια μπήκε στο γραφείο απευθυνόμενη στο Νίκο: «Γιατρέ, θέλετε να έρθετε για να μη καθυστερήσουν οι επόμενοι;»

«Μαρία, κορίτσι μου πάμε για το ενέσιμο φάρμακο»

«Ναι, γιατρέ. Πάμε...» είπε η Μαρία.

«Γιατρέ, μπορώ να έρθω;» ρώτησε ο Γιάννης.

«Ναι, έλα αν θες» είπε ο Νίκος.

Πήγαν στο θάλαμο, η Μαρία έδωσε το χέρι της και κράτησε μιάμιση ώρα η διαδικασία. Πόνεσε πολύ και δε μίλησε καθόλου στο γιατρό ή στο Γιάννη. Όταν τελείωσε η χορήγηση φαρμάκου η Μαρία έβαλε τα κλάματα. Ο Νίκος και ο Γιάννης δεν είπαν τίποτα. Ακολούθησε σιωπή για λίγη ώρα. Ο Νίκος έβγαλε τη βελόνα προσεκτικά, της άφησε το χέρι και είπε στο Γιάννη: «Θα σας αφήσω και θα περιμένω έξω. Πάρτε το χρόνο σας».

Ο Γιάννης στεναχωρήθηκε πού γιατί όπως πήγε η Μαρία να σηκωθεί, ζαλίστηκε και παραπάτησε. Ο Γιάννης τη κράτησε και της είπε: «Κάτσε λίγο. Έχουμε χρόνο».

Η Μαρία έκατσε λίγο να συνέλθει από τη πρώτη θεραπεία. Ο Γιάννης έκατσε δίπλα της και την αγκάλιασε. Πέρασαν δεκαπέντε λεπτά και μπήκε η νοσηλεύτρια που είδαν πριν

δύο ώρες και τους είπε: «Αν τελείωσε η κοπέλα βγείτε έξω γιατί περιμένει κάποιος άλλος».

Ο Γιάννης τσαντίστηκε με τον τρόπο της αλλά λόγω της Μαρίας δεν είχε διάθεση να κάνει παράπονα για τίποτα. Ο Γιάννης πήρε τη Μαρία και βγήκαν έξω. Ο γιατρός τους είδε και πήγε κοντά.

«Μαρία, παιδί μου, την επόμενη φορά θα είσαι καλύτερα, Συνηθίζει ο οργανισμός. Ξεκουράσου και θα τα πούμε σε δύο εβδομάδες τώρα, εντάξει» είπε ο Νίκος γιατί φοβήθηκε μη τυχόν δεν ξαναέρθει. Είχε δει πολλά μέσα στο νοσοκομείο και κάποιοι άνθρωποι δεν άντεχαν τον πόνο ούτε και με το ιατρείο διαχείρισης πόνου που υπήρχε εκεί άλλαζε κάτι! Η Μαρία μετά βίας ψέλλισε κάτι σαν χαιρετισμό και έφυγαν. Ο Γιάννης την πήγε σπίτι και μαζί με τη μαμά της την έβαλαν να ξαπλώσει. Ο Γιάννης τη χαιρέτησε και της είπε ότι θα την έπαιρνε τηλέφωνο αύριο.

2.

Ο Γιάννης την επομένη πήρε τηλέφωνο τη Μαρία:

«Καλημέρα Μαρία μου» είπε ο Γιάννης.

«Καλημέρα» είπε η Μαρία.

«Είσαι καλύτερα σήμερα;» ρώτησε ο Γιάννης.

«Είμαι ψυχολογικά καλύτερα. Δεν το περίμενα έτσι. Για μία στιγμή σκέφτηκα να παραιτηθώ» είπε η Μαρία.

«Όχι, όχι μη το βλέπεις έτσι! Έχεις εμένα. Σε κάθε αγώνα που δίνουμε στη ζωή μας υπάρχουν συνέπειες αλλά η ζωή σου εξαρτάται από την υπομονή που θα δείξεις».

«Έχεις δίκιο. Δε πρέπει να είμαι αχάριστη. Η μαμά μου μου μαγειρεύει ελαφριά, όπως πρέπει για την υγεία μου. Σήμερα έκανα εμετό το πρωί»

Ο Γιάννης δε μίλαγε μέχρι που είπε: «Πότε έχεις ραντεβού με την ψυχολόγο;»

«Έχω σήμερα!» είπε η Μαρία.

«Θέλεις να σε πάω;» ρώτησε ο Γιάννης.

«Αν δεν έχεις τίποτα άλλο να κάνεις» αποκρίθηκε η Μαρία.

«Τίποτα πιο σημαντικό από εσένα» απάντησε ο Γιάννης.

«Θα σε περιμένω αυτή τη φορά. Δε γυρνάς μόνη σου, στο λέω» είπε ο Γιάννης ανήσυχος.

«Εντάξει» είπε η Μαρία.

ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Πέρασε η ημέρα ο Γιάννης πήγε να πάρει τη Μαρία και στη συνέχεια πήγαν στη ψυχολόγο. Η Κατερίνα τους υποδέχθηκε και η Μαρία πήγε μέσα ενώ ο Γιάννης περίμενε στο σαλόνι. Η Κατερίνα είδε τη Μαρία λίγο εξουθενωμένη και της είπε:

«Πώς είσαι Μαρία, όλα καλά;»

«Είμαι λίγο καλύτερα. Χτες άρχισα τη πρώτη χημειοθεραπεία και άργησε λίγο να συνέλθω.

«Σε καταλαβαίνω» είπε η Κατερίνα και συνέχισε «Περνάς μία δυσκολία αλλά είναι για το καλό σου αυτό».

«Δυσκολεύομαι αρκετά. Δεν το έχω συνειδητοποιήσει ότι είμαι άρρωστη και το περνώ όλο αυτό!» είπε η Μαρία.

«Θα ήθελες να μου πεις περισσότερα για αυτό που μου συμβαίνει;».

«Νιώθω ότι, ίσως και λόγω της σχέσης μου με τον Γιάννη ότι δεν το έχω πάρει βαριά και οι περισσότεροι γιατροί στο νοσοκομείο με βοηθούν με τη στάση τους».

«Οι περισσότεροι γιατροί, λοιπόν, σε βοηθούν με τη στάση τους; Σου λένε, δηλαδή, ενθαρρυντικά λόγια»

«Δεν είναι μόνο αυτό. Είτε σου πουν κάτι άσχετο είτε δε σου πουν, σου λένε με τη σιωπή τους».

«Οπότε το βιώνεις αισιόδοξα όλο αυτό;!» ρώτησε η Κατερίνα.

«Νομίζω έτσι πρέπει. Δεν λένε ότι ό,τι δε σε σκοτώνει σε κάνει πιο δυνατό! Αυτός που το έγραψε είναι πολύ σοφός».

«Η δύναμή μας είναι όλη μας η σοφία που θα μας ανοίξει νέους δρόμους στη ζωή» είπε η Κατερίνα.

«Έχετε δίκιο» είπε η Μαρία και το σκεφτόταν.

«Λέω απλά ότι, όταν βγεις από αυτή τη διαδικασία, που θα είναι σύντομη, θα έχει περισσότερη σοφία κερδίσει για το τι πραγματικά αξίζει να χαίρεσαι στη ζωή σου και τη να περιφρονείς».

«Τι ωραίο αυτό που λέτε!» είπε η Μαρία ευχάριστα προβληματισμένη.

«Είναι μία εμπειρία που θα αποκομίσεις, αφού βιώσεις όλον αυτό τον πόνο στο σώμα σου» είπε η Κατερίνα.

«Ναι πονά πολύ αλλά εντάξει θα περάσει» είπε η Μαρία.

«Τώρα πότε θα ξαναπάς;» ρώτησε η Κατερίνα.

«Θα πάω σε δύο εβδομάδες» είπε η Μαρία.

Η Μαρία άρχισε να πεινά και είπε στη Κατερίνα ότι θέλει να σταματήσουν τη συνεδρία. Η Κατερίνα δεν είχε πρόβλημα. Η Μαρία της είπε: Μπορώ να έρθω σε δύο εβδομάδες πάλι. Δε θέλω να βγαίνω πολύ και λόγω ότι πρέπει να προσέχω την υγεία μου».

«Εντάξει, Μαρία μου» είπε η Κατερίνα και χαιρέτησε τους δύο νέους. Μετά έφυγαν.

Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ: ΜΙΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

1.

ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

Αφού πέρασαν δύο εβδομάδες ο Γιάννης και η Μαρία έφτασαν στο νοσοκομείο Μεταξά. Αυτή τη φορά και οι δύο πήγαν να ανάψουν κεριά ύστερα από παρότρυνση της Μαρίας που βρήκε σύμφωνο τον Γιάννη. Τα δύο παιδιά έφτασαν στη πόρτα του νοσοκομείου και πέτυχαν τη Ζωή που είχε βγει και πάρει ένα καφέ.

«Καλώς τα παιδιά. Τι κάνεις Μαρία μου;»

«Καλά είμαι, Εσείς;» είπε η Μαρία.

«Καλά, κοπέλα μου, εδώ πέρα. Ήρθατε για τη θεραπεία σου, έτσι;»

«Ναι» είπε η Μαρία.

«Πως είσαι;»

«Το συνηθίζω σιγά σιγά. Είναι για το καλό μου».

«Χαίρομαι που το βλέπεις έτσι» είπε η Ζωή.

Ο Γιάννης διέκοψε τη συζήτηση και είπε: «Μαμά αργήσαμε σήμερα οπότε να τα πούμε μετά»

«Μαρία μου, αν χρειαστείς κάτι όποτε θες να περάσεις να τα πούμε!» είπε η Ζωή.

«Δεν είστε πολύ απασχολημένη;»

«Οτιδήποτε αν χρειαστείς θα έχω χρόνο για εσένα»

«Σας ευχαριστώ»

Ο Γιάννης πήρε τη Μαρία από το χέρι βιαστικά και πήγαν στο γραφείο του Νίκου. Μόλις γύρισε από ασθενή πάντα προβληματισμένος καθόταν σκεπτικός ώσπου είδε το πρόσωπο της Μαρίας στη πόρτα να του χαμογελά.

«Καλησπέρα, γιατρέ» είπε η Μαρία και στη συνέχεια ο Γιάννης.

«Καλησπέρα, Μαρία. Καλησπέρα, Γιάννη» είπε ο Νίκος και συνέχισε:

«Καθίστε παιδιά. Χαίρομαι πολύ που σας βλέπω. Μου φτιάξατε την ημέρα με το χαμόγελό σας». Τα παιδιά έκατσαν για λίγο μαζί του.

«Γιάννη, πώς πάει η δουλειά;»

«Καλά, γιατρέ, είμαι στη δουλειά και ο νους μου είναι στην υγεία της Μαρίας» είπε ο Γιάννης.

«Κατάλαβα» είπε ο Νίκος.

«Του λέω να είναι συγκεντρωμένος στη δουλειά του, μην κάνει καμία πατάτα από αφηρημάδα και έχει θέμα μετά» είπε η Μαρία.

«Δεν έχω κάνει κάτι σοβαρό, μόνο έχυσα τον καφέ δύο φορές πάνω στο PC του γραφείου μου τις προάλλες».

«Είναι μόνο που σκέφτεσαι την υγεία της Μαρίας ή σκέφτεσαι τη Μαρία και σου πέφτουν τα πράγματα;» είπε πειραχτικά ο Νίκος.

Η Μαρία έβαλε τα γέλια και ο Γιάννης και ο Νίκος το ίδιο. Ο Νίκος σηκώθηκε και είπε στα παιδιά ότι ήταν η ώρα για το ενέσιμο φάρμακο. Η Μαρία και Ο Γιάννης ακολούθησαν τον Νίκο.

«Μαρία, κάτσε και δώσε μου το χέρι σου» είπε ο Νίκος. Πήρε το χέρι της απαλά και έβαλε στη φλέβα της το φάρμακο. Κράτησε μιάμιση ώρα η διαδικασία και ο Γιάννης ήταν δίπλα της καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας ρωτώντας τη πότε πότε αν είναι όλα καλά. Η Μαρία πάλι έβαλε τα κλάματα, απλά ήταν λίγο καλύτερα από τη προηγούμενη φορά. Αυτό έγινε αντιληπτό και από τον Γιάννη και τον Νίκο. Ο Νίκος που έφυγε διακριτικά, στέλνοντας μία νοσηλεύτρια που πήγαινε όταν εκείνος φρόντιζε για κάποιον άλλο ασθενή αλλά πήγαινε και ο ίδιος. Στη συνέχεια έβγαλε τη βελόνα και άφησε τη Μαρία ξαπλωμένη λίγο. Ο Νίκος έκανε νόημα στον Γιάννη να τα πούνε έξω. Ο Νίκος βγήκε έξω και είπε:

«Γιάννη πώς είναι ψυχολογικά η Μαρία;»

«Καλά, προσπαθεί» είπε ο Γιάννης.

«Αν χρειαστεί ψυχολόγο εδώ πέρα ο συνάδελφος είναι πολύ αξιόλογος. Θα τη βοηθούσε» συνέχισε ο Νίκος.

«Πηγαίνει σε ψυχολόγο ιδιώτη, είναι ευχαριστημένη πολύ» αποκρίθηκε ο Γιάννης.

«Εντάξει ό, τι θέλει η Μαρία. Δεν ήξερα ότι πηγαίνει κάπου» είπε ο Νίκος.

«Σε ευχαριστώ, γιατρέ» είπε αυθόρμητα μιλώντας του στον ενικό.

«Τίποτα, Γιάννη».

Ο Γιάννης πήρε τη Μαρία γιατί ζαλιζόταν πάλι και έφυγαν. Την πήγε σπίτι και της είπε ότι θα την πήγαινε αύριο στο ραντεβού με τη ψυχολόγο.

2.

Την επόμενη μέρα το απόγευμα ο Γιάννης πήγε με τη Μαρία στη ψυχολόγο. Η Κατερίνα αέρισε καλά το χώρο και είχε βάλει και τη Μαρία πρώτο ραντεβού επίτηδες λόγω πιθανών λοιμώξεων. Η Μαρία μπήκε μέσα και χαιρετήθηκαν. Ο Γιάννης έκατσε, όπως πάντα, στο σαλόνι και ξεκίνησαν οι δύο γυναίκες τη συζήτηση.

«Μαρία μου πες μου τα νέα σου. Πώς είσαι;».

«Καλά, νομίζω» είπε η Μαρία και συνέχισε «Χτες ήταν η δεύτερη χημειοθεραπεία. Είμαι εντάξει».

«Το διαχειρίζεσαι καλύτερα!» είπε η Κατερίνα.

«Νομίζω πως τα καταφέρνω, δόξα τω Θεώ» είπε η Μαρία.

«Θα ήθελες να το συζητήσουμε παραπάνω;» ρώτησε η Κατερίνα.

«Ναι θα ήθελα να συζητήσω κάποια πράγματα όπως το ότι νιώθω ευγνώμων που έχω τόσους ανθρώπους που με νοιάζονται» είπε η Μαρία» και συνέχισε «Νομίζω ότι αν δεν είχε συμβεί αυτό που συνέβη δε θα είχε γίνει αυτό που είπατε τη προηγούμενη φορά. Το σκέφτηκα ότι εκτιμάς τη ζωή και δίνεις σημασία σε αυτά που έχουν αξία».

«Οπότε δίνεις σημασία σε αυτά που έχουν αξία για εσένα, σωστά;» επανέλαβε η Κατερίνα.

«Ναι, πλέον» είπε η Μαρία και συμπλήρωσε «Έχω αρχίσει και μελετώ για τη σχολή, έμεινα πίσω τρεις εβδομάδες αλλά θέλω να συνεχίσω».

«Χαίρομαι για εσένα, Μαρία» είπε η Κατερίνα.

«Έχω δύο δυνατά κίνητρα, τη σχολή μου και συνεπώς τη καριέρα μου και τη σχέση μου με τον Γιάννη» είπε η Μαρία.

«Είναι σημαντικά τα κίνητρα στη ζωή μας, αν δεν έχουμε δεν μπορούμε να προχωρήσουμε μπροστά».

«Είπες ότι είσαι ευγνώμων για τους ανθρώπους που σε νοιάζονται» επανέλαβε η Κατερίνα.

«Ναι. Ο γιατρός μου μου ζήτησε να του δείξω σχέδια που φτιάχνω. Δείχνει ενδιαφέρον για τους ανθρώπους» είπε η Μαρία.

«Σχεδιάζεις; Είναι τέλειο αυτό!» είπε η Κατερίνα.

«Θα μου χρειαστεί στη δουλειά μου και με χαλαρώνει» είπε η Μαρία.

«Όμορφα αυτά που σκέφτεσαι» είπε η Κατερίνα.

«Σου είχα πει και στη πρώτη μας συνάντηση. Πρέπει να έχουμε όνειρα και να τα κυνηγάμε» είπε η Κατερίνα.

«Ναι το θυμάμαι» αποκρίθηκε η Μαρία.

Κοιτάχτηκαν και χαμογέλασε η μία στην άλλη. Η ώρα πέρασε. Η Μαρία έπρεπε να φύγει. Οι δύο νέοι χαιρέτησαν τη ψυχολόγο και ο Γιάννης γύρισε σπίτι τη Μαρία. Η μαμά της είχε αλλάξει συμπεριφορά απέναντί της, τη φρόντιζε και δεν της ξαναμίλησε άσχημα.

3.

ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

Δύο ώρες πριν τη τρίτη χημειοθεραπεία ο Γιάννης και η Μαρίαμίλαγαν στο τηλέφωνο: «Γιάννη μου θες να πάμε 15 λεπτά νωρίτερα σήμερα; Θέλω να μιλήσω με τη μητέρα σου. Μου είπε όποτε θέλω να περάσω».

«Θες να της πω να σε περιμένει;» ρώτησε ο Γιάννης.

«Ναι, αν θες» είπε η Μαρία.

«Εντάξει, θα της τηλεφωνήσω» είπε ο Γιάννης.

Όταν πέρασε η ώρα και έφτασαν στο νοσοκομείο ο Γιάννης πήγε μία βόλτα στο τετράγωνο και η Μαρία έκατσε έξω να περιμένει τη Ζωή. Η Ζωή βγήκε έξω και πήγαν σε μία καφετέρια εκεί κοντά.

«Μαρία, κορίτσι μου, κάτσε» είπε η Ζωή.

«Τι κάνετε;» είπε η Μαρία

«Καλά, εδώ η διακονία δεν τελειώνει ποτέ» συμπλήρωσε η Ζωή.

«Βλέπετε και πολλούς ανθρώπους με καρκίνο. Στεναχωριέστε πολύ για αυτό;» ρώτησε αυθόρμητα η Μαρία.

«Κάποιες φορές υπερφορτωνόμαστε συναισθηματικά αλλά έχουμε υπομονή και πίστη αλλιώς δε θα τα καταφέραμε» αποκρίθηκε η Ζωή.

«Κάποιες φορές οι θεραπείες μου φαίνεται ότι διαρκούν αιώνια» είπε η Μαρία προβληματισμένη».

«Όμως δεν είναι. Είχες καλή πρόγνωση απ' την αρχή και η διάγνωση σε αρχικό στάδιο σου έδωσε προβάδισμα μεγάλο» είπε η Ζωή.

«Ναι, έχω και πολύ συμπαράσταση και από τον Γιάννη και από εσάς» είπε η Μαρία και ένα δάκρυ κύλισε από τα μάτια της.

«Μαρία μου, η ζωή σου δεν τελείωσε, σε λίγο καιρό είναι όπως ήταν χωρίς τις θεραπείες, και θα ζυγίζεις τα πράγματα πιο πολύ από εδώ και πέρα» είπε η Ζωή.

«Ναι, έχετε δίκιο».

«Πέφτουν κάποιες τούφες τελευταία» είπε η Μαρία.

«Ναι είναι η λογική συνέπεια των φαρμάκων . Αλλά τα μαλλιά σου θα ξαναβγούν όλα. Σκέψου ότι θα γλυτώσεις τη ψαλίδα για λίγο καιρό» είπε η Ζωή και χαμογέλασε. Η Μαρία χαμογέλασε και αυτή και κοιτάχτηκαν. Ο Γιάννης τις είδε να κάθονται , πήγε κοντά και διέκοψε».

«Τι κάνετε; Τα είπατε;» είπε γελώντας ο Γιάννης.

«Τελειώσαμε» είπε η Μαρία.

«Είσαι έτοιμη;» ρώτησε ο Γιάννης.

«Ναι πάμε να βρούμε τον γιατρό» είπε η Μαρία.

4.

Ο Νίκος είδε τα δύο παιδιά να έρχονται, τους χαιρέτησε, τον χαιρέτησαν και έκατσαν πέντε λεπτά μαζί του μέχρι να αρχίσει τη χημειοθεραπεία η Μαρία.

«Γιατρέ σας έφερα ένα σχέδιο να δείτε που έκανα» είπε η Μαρία.

Ο Νίκος πήρε το σχέδιο και είπε: «Μαρία είναι πολύ ωραίο. Έχεις ταλέντο πολύ!»

«Ευχαριστώ, γιατρέ».

«Κι εγώ σχεδιάζω. Με χαλαρώνει» είπε ο Νίκος.

«Ό,τι μας εμπνέει πρέπει να το συνεχίζουμε και να το τελειοποιούμε γιατί από μόνο του το ταλέντο δε φτάνει» είπε η Μαρία.

«Έχεις δίκιο Μαρία. Εμένα με βοηθούσε στα μαθήματα ανατομίας περισσότερο. Το χρησιμοποιούσα στη δουλειά μου. Κι εσύ να κάνεις το ίδιο» είπε ο Νίκος.

«Ναι γιατρέ, σίγουρα».

Ο Νίκος σηκώθηκε και ο Γιάννης και η Μαρία τον ακολούθησαν γιατί ήταν η ώρα της χημειοθεραπείας. Η Μαρία είχε πια συνηθίσει τον πόνο αλλά συνέχισε να κλαίει βουβά. Ο Γιάννης ήταν δίπλα της και ο Νίκος ερχόταν που και που να κοιτά τη σακούλα αν το φάρμακο έρεε κανονικά. Πέρασε σιωπηλά άλλο ένα δίωρο ώσπου μπήκε ο Νίκος και της έβγαλε τη βελόνα για μία ακόμη φορά, τη κοίταξε με συμπόνοια και της είπε: «Όλα καλά».

Η Μαρία κουρασμένη από τη διαδικασία τον κοίταξε φοβισμένη και ξάπλωσε λίγο να ξεκουραστεί. Ο Γιάννης κάθισε δίπλα της σιωπηλός και αμίλητος. Αυτή τη φορά η Μαρία δυσκολεύτηκε να περπατήσει. Ο Γιάννης τη κράταγε και τη πήγε σπίτι όπου ξάπλωσε. Η Μαρία πήρε τηλέφωνο την ψυχολόγο και της είπε πως ήταν γενικά καλά αλλά ότι δε μπορούσε να πάει λόγω έλλειψης δυνάμεων. Οι εμετοί ήταν πιο συχνοί και δυσκολευόταν.

5.

Το επόμενο πρωί ο Γιάννης πήρε τηλέφωνο τη Μαρία: «Μαρία μου, καλημέρα».

«Καλημέρα, Γιάννη μου»

«Είσαι καλύτερα, Μαρία μου, σήμερα;»

«Ναι λίγο» αποκρίθηκε η Μαρία.

«Λίγο έμεινε ακόμα. Θα τα καταφέρουμε» είπε ο Γιάννης.

«Ναι» είπε η Μαρία φανερά εξαντλημένη.

«Το καλό είναι ότι δε χρειάστηκαν ακτινοβολίες» είπε ο Γιάννης.

«Ναι, δόξα τω Θεώ. Δεν ξέρω αν θα άντεχα κάτι παραπάνω» είπε η Μαρία ανακουφισμένη.

«Καταλαβαίνω» είπε ο Γιάννης και συνέχισε «Θα σε αφήσω να ξεκουραστείς και τα λέμε άλλη στιγμή».

ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΙ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

Η Μαρία κοίταζε για ώρα μία εικόνα της Παναγίας στον τοίχο ώσπου ο Γιάννης της έκανε κλήση να κατέβει να πάνε στο νοσοκομείο. Η Μαρία είχε πολύ καλή ψυχολογία και σκεφτόταν ότι είχε φτάσει στη μέση η διάρκεια ζωής του καρκίνου. Ξεκουράστηκε αυτές τις ημέρες. Ο Γιάννης και η Μαρία μπήκαν στο νοσοκομείο πειράζοντας ο ένας τον άλλον.

«Καλησπέρα, γιατρέ» είπαν τα παιδιά.

«Να σας κεράσουμε ένα καφέ;» είπε ο Γιάννης που το είχαν συνεννοηθεί με τη Μαρία από πριν.

«Ε όχι» λέει ο Νίκος «εγώ θα σας κεράσω. Καθίστε». Και παρήγγειλαν καφέ για να πιούν εκτός από τη Μαρία.

Ο Κώστας, ο καρδιολόγος πέρασε από το γραφείο του Νίκου και βλέποντας τα παιδιά χαιρέτησε: «Καλησπέρα στη Μαρία και στο Γιάννη».

«Καλησπέρα, γιατρέ» είπαν οι δύο νέοι.

«Τι τους λες πάλι, Νίκο»

«Να τώρα έλεγα ότι ευτυχώς που έχουμε εσένα καρδιολόγο όταν μας πιάνει η καρδιά μας.....να και αν δεν έχετε παιδιά μπορεί να σας βοηθήσει να αποκτήσετε.....!!

«ΧαΧα» έκανε ο Κώστας και έβαλαν όλοι τα γέλια. Ο Νίκος του είπε: «Έχεις δουλειά;»

«Ναι, θα τα πούμε μετά» απάντησε ο Κώστας και έφυγε βιαστικός.

Ο Νίκος έκατσε με τους δύο νέους για λίγο ώσπου ήρθε η ώρα της χημειοθεραπείας. Το δώρο ήταν αφόρητο και για τους τρεις. Είναι δύσκολο να βλέπεις ανθρώπους που συμπαθείς να πονούν έστω και αν είσαι γιατρός. Η θεραπεία έφτασε στο τέλος της, ο Νίκος χαιρέτησε τα παιδιά και είπε: «Μαρία, θα σε ξαναδώ σε δύο εβδομάδες πάλι, εντάξει»

«Ναι, γιατρέ» είπε η Μαρία. Ο Γιάννης επέστρεψε τη Μαρία στο σπίτι και της είπε: «Θες αύριο να σε πάω στη ψυχολόγο;».

«Ναι, πάμε».

6.

Η Μαρία και ο Γιάννης πήγαν στο ραντεβού της Μαρίας. Η Κατερίνα άνοιξε τη πόρτα και τους χαιρέτησε.

«Καλησπέρα, Μαρία μου. Καλησπέρα, Γιάννη».

«Καλησπέρα» είπαν και οι δύο.

«Κάτσε, Μαρία μου» είπε η Κατερίνα.

Η Μαρία έκατσε αλλά ήταν αμίλητη ώσπου η Κατερίνα της μίλησε :

«Πώς ήταν τα πράγματα τώρα; Μου είχες πει τη προηγούμενη φορά ότι συνηθίζεις κάπως τον πόνο».

«Ναι, λίγο» είπε η Μαρία.

«Θα ήθελες να μιλήσουμε για κάτι άλλο;» ρώτησε η Κατερίνα γιατί η Μαρία φάνηκε ότι δε θέλει να συζητά για την υγεία της άλλο πια.

«Σε έξι εβδομάδες θα έχει τελειώσει όλη αυτή η εμπειρία. Και θέλω να κάνω πολλά πράγματα. Είμαι πολύ νέα» είπε η Μαρία.

«Είσαι νέα και η ζωή είναι μπροστά σου, Μαρία, και η ζωή σου συνεχίζεται και η σχέση σου με τον Γιάννη συνεχίζεται» είπε η Κατερίνα.

«Το ξέρω. Μου έχει συμπαρασταθεί αληθινά. Είναι κάτι που εκτιμώ πολύ γιατί γνωρίζομασταν τόσο λίγο όταν προέκυψε το θέμα υγείας» είπε η Μαρία.

«Τι θα ήθελες να κάνεις όταν τελειώσεις; Θα στείλεις βιογραφικό σε διαφημιστικές εταιρείες;» ρώτησε η Κατερίνα.

«Ναι, σίγουρα» είπε η Μαρία.

«Ωραία» είπε η Κατερίνα.

«Απλά με προβληματίζει που δεν έχω πρακτική εμπειρία στο αντικείμενο σπουδών μου. Και είναι δύσκολο ο άλλος να σε εμπιστευτεί» είπε η Μαρία.

«Αν, όμως, το ταλέντο υπάρχει είναι σαν το γλύπτη που έχει τη πρώτη ύλη και αρχίζει να δοκιμάζει να φτιάχνει, μέχρι να πετύχει. Θα τελειοποιηθείς μέσα από αγώνα σου και τη προσπάθειά σου» είπε η Κατερίνα.

«Μη σε φοβίζει το άγνωστο» και συνέχισε «Είναι μία πόρτα για να φτιάξουμε στην αυτοπραγμάτωση μας. Και λίγοι άνθρωποι στις ημέρες μας περνούν αυτή την πόρτα».

Τα μάτια της Μαρίας άστραψαν.

«Δεν είχα ποτέ θετικά ερεθίσματα να εξελιχθώ μέχρι τώρα. Απλά τώρα συνειδητοποιώ ότι έχουμε στη ζωή μας πολύ λίγο χρόνο για να πετύχουμε αυτό που θέλουμε βαθιά μέσα μας. Το νιώθω όλες αυτές τις ημέρες. Θέλω να κάνω πράγματα που ίσως με κάνουν ευτυχισμένη» αποκρίθηκε η Μαρία.

«Σας ευχαριστώ γιατί όταν μιλάς με κάποιον αντιλαμβάνεσαι πράγματα που θες και είναι ανέκφραστα και καταχωνιασμένα» είπε η Μαρία.

«Είναι, είπε η Κατερίνα, σαν εκείνο τον άνθρωπο που έψαχνε το γαλάζιο πουλί της ευτυχίας. Πήγε σε ξένες χώρες, έλειψε χρόνια ολόκληρα και όταν γύρισε άνοιξε το σπίτι του που ήταν σκονισμένο και παρατημένο και εκεί μέσα τον περίμενε το γαλάζιο πουλί της ευτυχίας!» είπε η Κατερίνα και συνέχισε «Η ευτυχία είναι πάντα εκεί και πάντα βάζουμε ανάγκες και ανθρώπους που μας υποτιμούν παραπάνω αντί να αναπτυχθούμε εμείς οι ίδιοι και χάνουμε αλλά κάποια στιγμή έστω και αργά βλέπουμε».

Η Μαρία άκουγε προσεκτικά. «Μαρία, βρες το δικό σου γαλάζιο πουλί της ευτυχίας!»

Η Μαρία έφυγε ευχαριστημένη από τη ψυχολόγο. Ο Γιάννης τη περίμενε και γύρισαν σπίτι.

7.

ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΚΤΩ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

Οι ημέρες περνούσαν γρήγορα. Το ίδιο και οι θεραπείες. Ο Γιάννης είχε βγει με τη Μαρία το πρωί, συζητούσαν διάφορα. Το απογευματινό ραντεβού είχε φτάσει και οι δύο νέοι πήγαν στο γραφείο του Νίκου. Είχε φέρει γλυκά γιατί είχε γενέθλια.

«Καλώς τους» είπε όταν τους είδε.

«Πως είστε γιατρέ;» ρώτησε η Μαρία.

«Όλα καλά, Μαρία. Εσείς πώς είστε;» είπε ο Νίκος.

«Πάρτε γλυκό. Έχω γενέθλια».

«Ναι, θα πάρουμε. Χρόνια πολλά γιατρέ!» είπε η Μαρία.

Πήρε και ο Γιάννης από ευγένεια και του ευχήθηκε: «Ό,τι επιθυμείτε».

«Ευχαριστώ και σε εσάς ό,τι καλό εύχομαι» είπε ο Νίκος. Ο Γιάννης παρατήρησε ότι ο Νίκος ήταν λίγο χλωμός και ρώτησε: «Φαίνεστε λίγο κάπως σήμερα, γιατρέ».

«Ναι είμαι. Κοιμήθηκε ένας ασθενής μας σήμερα. Δεν νικιούνται όλοι οι τύποι καρκίνου ειδικά αν είναι σε εξελιγμένο στάδιο. Υπάρχει και η ίαση αλλά κάποιοι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν» αποκρίθηκε ο Νίκος.

Η Μαρία και ο Γιάννης κοιτάχθηκαν καλά καλά και είπαν: «Θα σας περιμένουμε στο διάδρομο αν είναι, γιατρέ».

Δεν ήθελαν να τον ενοχλήσουν. Είχε και αυτός δικαίωμα να βιώσει το πένθος του για τον συνάνθρωπό του. Ο Νίκος πήρε τον χρόνο του ώσπου βγήκε για να δώσει το ενέσιμο φάρμακο στη Μαρία. Η Μαρία και ο Γιάννης ακολούθησαν τον γιατρό. Το δίωρο της χημειοθεραπείας πέρασε με τη συντροφιά του Γιάννη και του Νίκου που ερχόταν τότε τότε. Πλέον, είχε παγιωθεί αυτή η κατάσταση. Η Μαρία είχε μάθει σε αυτό και απλά υπέμενε τον πόνο. Ήξερε πως η υπομονή της θα ανταμειφθεί. Ο Νίκος έβγαλε τη βελόνα και της μίλησε :

«Μαρία, κορίτσι μου, τελείωσε η θεραπεία σου για σήμερα. Πήγαινε να ξεκουραστείς. Λίγος χρόνος έμεινε. Σε λίγο θα έρχεσαι μόνο για να μας βλέπεις και να πίνουμε καφέ!». Η Μαρία χαμογέλασε ελαφριά, ο Γιάννης την πήρε σιγά σιγά και έφυγαν για να την πάει

σπίτι της. Η Μαρία βοηθήθηκε πολύ από την Κατερίνα και της είπε η Κατερίνα ότι αν ένιωθε καλά μέσα της δε χρειαζόταν να έρχεται συχνά αλλά όποτε είχε ανάγκη.

8.

ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΕΚΑ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

Ο Γιάννης και η Μαρία χέρι-χέρι πήγαν πιο νωρίς στο νοσοκομείο. Ο Νίκος είχε μιλήσει με τον Γιάννη και όπως πάντα θα έβρισκε ο γιατρός λίγο χρόνο στα κλεφτά να τους συμπαρασταθεί. Οι ρυθμοί της ζωής είναι πολύ γρήγοροι και η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει πολλούς ανθρώπους.

Η Μαρία ξεπρόβαλε από το γραφείο με ένα χαμόγελο λέγοντας: «Καλησπέρα γιατρέ»

Ήταν αδυνατισμένη και τα μαλλιά της είχαν αραιώσει πολύ αλλά το ηθικό της ήταν ακμαίο.

«Καλησπέρα, Μαρία μου. Ο Γιάννης;» ρώτησε ο Νίκος.

«Έρχεται πήγε να παρκάρει και με άφησε κοντά για να μη περπατήσω σε περίπτωση που έβρισκε πάρκινγκ μακριά»

«Κατάλαβα. Τα νέα σου, Μαρία» είπε ο Νίκος.

«Χτες σχεδίασα κάτι. Είχα έμπνευση και μου άρεσε»

«Χαίρομαι για εσένα» είπε ο Νίκος και συμπλήρωσε «Χρειάζεται να προοδεύουμε στη ζωή μας».

«Πάντα απλά πρέπει που και που να το θυμίζουμε στον εαυτό μας, σωστά;» είπε η Μαρία.

«Σωστά» είπε ο Νίκος.

Η Ζωή φάνηκε στον ορίζοντα και μίλησε στη Μαρία:

«Καλησπέρα, Μαρία»

«Καλησπέρα σας» είπε η Μαρία.

«Που είναι ο Γιάννης;» ρώτησε η Ζωή.

«Πήγε να βρει πάρκινγκ» είπε η Μαρία.

«Α, νάτος» είπε η Μαρία. Ο Γιάννης είδε τη Μαρία και κατευθύνθηκε προς το γραφείο λέγοντας: «Ηρθα, εδώ είμαι».

«Μαμά, πώς είσαι;»

«Καλά, Γιάννη μου»

Ο Νίκος βγήκε από το γραφείο του για να πάει προς το θάλαμο. Ο Γιάννης που τον είδε να σηκώνεται είπε: «Να έρθουμε γιατρέ;»

«Ναι ελάτε αν θέλετε» είπε στα παιδιά ο Νίκος.

Ο Νίκος τουςμίλαγε μέχρι που έφτασαν στον θάλαμο. Η Μαρία ήταν πιο ψύχραιμη αυτή τη φορά και συμπορευόταν μαζί με τον πόνο της. Είχε εξοικειωθεί με όλο αυτό αν και είναι δυνατόν ποτέ να συνηθίσει κανείς τον πόνο! Η θεραπεία κράτησε ένα δίωρο όπως τις προηγούμενες φορές και η Μαρία ήταν εξουθενωμένη. Ο Νίκος στάθηκε δίπλα της και της χάιδεψε το χέρι τη κοίταξε, όπως τη κοίταζε πάντα και μίλησε στον Γιάννη:

«Γιάννη, να την προσέχεις τώρα, είναι πολύ ευάλωτη και να μη κυκλοφορείς πολύ σε κλειστούς χώρους και σε εμπορικά κέντρα... μην τη κολλήσεις τίποτα!»

«Ναι το ξέρω, θέλει πολύ προσοχή. Είμαι πολύ προσεκτικός. Δεν πολύβγαίνω και εγώ» είπε ο Γιάννης.

Η Μαρία σηκώθηκε να φύγουν, ο Γιάννης τη κράταγε όπως πάντα, χαιρέτησαν τον γιατρό και είπαν: «Θα σας ξαναδούμε την άλλη εβδομάδα»

«Ναι παιδιά την άλλη εβδομάδα»

«Μαρία μου έμεινε μία θεραπεία ακόμα αλλά θα ξανακάνουμε επαναληπτικές εξετάσεις όπως κάναμε στην αρχή για να δούμε πως όλα τα όργανα είναι εντάξει και ο καρκίνος νικήθηκε» είπε ο Νίκος χωρίς να θέλει να τους πει από τώρα ότι υπήρχε και η πιθανότητα να συνεχιστούν οι χημειοθεραπείες. Κάτι τέτοιο θα έφερνε αντίθετα αποτελέσματα στη ψυχολογία της Μαρίας.

«Ναι γιατρέ» είπε σιγανά η Μαρία «ό,τι χρειάζεται να γίνει».

Οι δύο νέοι έφυγαν. Ο Γιάννης και η Μαρία κουράστηκαν πολύ. Πλησίαζε η θεραπεία η τελευταία και οι δύο νέοι είχαν μία χαρά και προσμονή για να αρχίσουν τη ζωή τους μαζί.

ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΩΔΕΚΑ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

Είχε φτάσει η δωδέκατη εβδομάδα και ο Γιάννης και η Μαρία αγωνιούσαν για το τι θα ακολουθούσε. Είχαν περάσει ώρες μαζί μέσα στο νοσοκομείο, ώρες στα τηλέφωνα ενθαρρύνοντας ο ένας το άλλον. Υπήρχε μία εμπιστοσύνη αναμεσά τους χτιστεί. Ο Γιάννης έκανε κλήση στη Μαρία να κατέβει και οδήγησε προς το νοσοκομείο. Βρήκε πάρκινγκ κοντά και άφησαν το αμάξι κοντά στην εκκλησία. Μπήκαν μέσα έκατσαν δύο λεπτά σιωπηλοί και ύστερα βγήκαν και κατευθύνθηκαν προς το γραφείο του Νίκου.

Ο Νίκος ήταν ευδιάθετος σήμερα ίσως και χαρούμενος που η Μαρία θα τελείωνε τις θεραπείες της και τους περίμενε μία άλλη μέρα να πιούνε καφέ και να κάτσουν λίγο.

«Καλησπέρα Μαρία, καλησπέρα Γιάννη» είπε ο Νίκος.

«Καλησπέρα, γιατρέ» είπαν οι δύο νέοι και συνέχισε ο Γιάννης «Πώς είστε;» ενώ κατάλαβαν και οι δύο ότι ήταν χαρούμενος που θα τελείωνε το μαρτύριο της Μαρίας.

«Καλά» είπαν τα παιδιά και χαμογέλασαν στο γιατρό.

«Μαρία μου, είσαι έτοιμη για την τελευταία θεραπεία;» ρώτησε ο Νίκος.

«Ναι είμαι πολύ καλά προετοιμασμένη» είπε η Μαρία και συνέχισε χαμογελώντας «Πάμε να αρχίσουμε για να τελειώσουμε κιόλας!»

Ο Γιάννης φανερά χαρούμενος ακολούθησε τον γιατρό και τη Μαρία και πήγαν να πάρει η Μαρία το ενέσιμο φάρμακο. Ο γιατρός δυσκολεύτηκε να βρει φλέβα αλλά τελικά τα κατάφερε. Πέρασε το δίωρο σε μία σιωπή, όπως κάθε φορά και το βλέμμα του Γιάννη και του γιατρού ήταν εκεί. Η ώρα σήμερα δεν περνούσε για τη Μαρία. Δεν το πίστευε ότι ίσως σήμερα τελείωνε το βασανιστήριο αυτό. Κανείς δεν της μίλαγε ποτέ κατά τη διάρκεια της θεραπείας πρώτον γιατί πονούσε και δεύτερον γιατί ένιωθε ότι δε θα μπορούσε να ανταποκριθεί σε όλο αυτό. Ήταν ένας αγώνας που δεν θα έτρεχε κανείς για εκείνη απλά θα έπρεπε να υπομένει βουβά όπως και έκανε. Ο Νίκος μπήκε μέσα για να της βγάλει τη βελόνα, όπως πάντα και όταν άφησε το χέρι της την κοίταξε για να της δώσει ελπίδα και της έπιασε το χέρι και της το έσφιξε. Η Μαρία που είχε ξαπλώσει για να αντέχει του έσφιξε το χέρι και εκείνη τον κοίταξε και είπε: «Τελειώσαμε, γιατρέ;»

«Ναι, Μαρία, παιδί μου, τελειώσαμε» απάντησε ο γιατρός. Ο Γιάννης ήταν δίπλα της και της είπε «Όλα καλά, Μαρία μου, σήμερα θα ξεκουραστείς»

«Μαρία θα κάτσεις και σε λίγες ημέρες θα έρθεις να κάνουμε επαναληπτικές πάλι εξετάσεις, εντάξει;» είπε ο Νίκος συγκινημένος.

«Εντάξει, γιατρέ» είπε η Μαρία.

Ο Γιάννης πήρε τη Μαρία χαιρέτησε τον γιατρό και τη μαμά του και πήγε τη Μαρία σπίτι. Η Μαρία ήταν κουρασμένη και χαρούμενη και ήθελε να πάει στη Κατερίνα να της μιλήσει οπότε έκλεισε ραντεβού το ίδιο βράδυ για το επόμενο απόγευμα.

10.

Ο Γιάννης τη πήγε, όπως πάντα και τα δύο παιδιά έφτασαν στο ραντεβού τους. Η Κατερίνα άνοιξε τη πόρτα και τους μίλησε:

«Καλησπέρα σας!»

«Καλησπέρα σας, τι κάνετε;» είπε η Μαρία και ο Γιάννης σχεδόν ταυτόχρονα.

«Καλά παιδιά» είπε η ψυχολόγος και συνέχισε «Μαρία μου έλα μέσα να τα πούμε».

Η Μαρία την ακολούθησε και έκατσε.

«Πώς πάνε τα πράγματα; Πώς είσαι;» ρώτησε η Κατερίνα

«Καλά, χτες έκανα τη τελευταία χημειοθεραπεία και σε λίγες ημέρες θα ξαναπάω για να κάνω επαναληπτικές εξετάσεις να δούμε αν ο καρκίνος υποχώρησε εντελώς».

«Πώς νιώθεις για αυτό;» ρώτησε η Κατερίνα.

«Χαρούμενη ήθελα να τελειώσει, η στήριξη των γιατρών ήταν πέραν του δέοντος μπορώ να πω, η στήριξη του Γιάννη σημαντική και της μητέρας μου η βοήθεια και η δική σας. Νομίζω δε θα είχα αυτή τη ψυχολογία αν όλοι δεν ήταν τόσο θετικοί γύρω μου».

«Ωραία. Θα συνεχίσεις τη σχολή σου;» ρώτησε η Κατερίνα.

«Ναι έχω άλλο ένα εξάμηνο που μου έμεινε, θα κάνω ότι καλύτερο μπορώ. Δεν την άφησα, όποτε ήμουν καλά διάβαζα» είπε Μαρία.

«Είναι ευχάριστα τα νέα σου» είπε η Κατερίνα.

«Σκέφτομαι να ασχοληθώ πιο εντατικά με το σχέδιο, μου το είπε και ένας γιατρός στο νοσοκομείο, επίσης ζωγράφος» είπε χαμογελώντας η Μαρία.

Το χαμόγελο ήταν πια στα χείλη της πιο συχνό από πριν κάτι που φαινόταν στο πρόσωπό της.

«Ο Γιάννης με περιμένει να βγαίνουμε επιτέλους σα κανονικό ζευγάρι, όχι σε απόσταση μη με κολλήσει και βόλτα στο νοσοκομείο. Χαχα» είπε η Μαρία γελώντας.

«Καταλαβαίνω. Χαίρομαι πραγματικά για εσένα γιατί είσαι πολύ δυνατό παιδί, η αισιοδοξία μας πάει μπροστά και είναι καλό που κοιτάς μπροστά. Πολλοί μένουν στα άσχημα της ζωής, βασανίζονται ενώ πρέπει να αρπάζουμε τις ευκαιρίες της ζωής και να προχωράμε. Η ζωή σε περιμένει» είπε η Κατερίνα».

«Νομίζω πως στη ζωή όλοι έχουμε ευκαιρίες και προβλήματα απλά άλλοι δίνουν βάση στις ευκαιρίες και άλλοι μένουν μόνο στα άσχημα. Εγώ από αυτό το άσχημο που έζησα βρήκα μόνο ευκαιρίες και αυτό θέλω να θυμάμαι» είπε η Μαρία.

Η Κατερίνα κάπου τα έχασε. Προβληματίστηκε πολύ.

«Θες όταν βγουν τα αποτελέσματα να με πάρεις ένα τηλέφωνο;» ρώτησε η Κατερίνα.

«Ναι, φυσικά. Ευχαριστώ για το ενδιαφέρον» είπε η Μαρία.

Η Κατερίνα χαμογέλασε και στη συνέχεια τους χαιρέτησε. Τα δύο παιδιά έφυγαν και η Μαρία πιο ώριμη από ποτέ και συνειδητοποιημένη για όλα αυτά τα αισθήματα που βίωσε.

Η ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΤΑΞΑ

1.

Είχαν περάσει κάποιες ημέρες από τότε που η Μαρία έκανε τη τελευταία χημειοθεραπεία στο Μεταξά και τώρα απλά πήγαινε για έναν επανέλεγχο. Ο Γιάννης και η Μαρία χαρούμενη έφτασαν στο νοσοκομείο. Σήμερα τους περίμενε ο Νίκος και εκείνος με άλλη διάθεση χαρούμενη. Μπήκαν μέσα τα δύο παιδιά και τον χαιρέτησαν:

«Καλησπέρα γιατρέ. Τι κάνετε;» είπαν και οι δύο.

«Καλησπέρα Γιάννη. Καλησπέρα, Μαρία μου» είπε. Πήγε κοντά και τους αγκάλιασε και τους δύο.

«Ξεκινήσατε τις βόλτες;» είπε πειραχτικά και γέλασε.

«Ναι είπαμε να αρχίσουμε από εδώ σήμερα τη πρώτη μας βόλτα και αν είναι καλά τα νέα να συνεχίσουμε σε όλα τα μέρη της Αθήνας μετά» είπε ο Γιάννης συνεχίζοντας τη πλάκα. Έβαλαν και οι τρεις τα γέλια.

«Μαρία μου θα πάμε να κάνουμε κάποιες εξετάσεις αίματος αρχικά, εντάξει;» είπε ο Νίκος.

Πήγαν στο δωμάτιο με τις αιμοληψίες, η Μαρία και ο Νίκος. Η νοσηλεύτρια τους χαιρέτησε είδε τον γιατρό και ρώτησε :«Θα κάνετε εσείς την αιμοληψία;»

«Ναι» είπε ο Νίκος και συνέχισε «Είναι φίλη μας η Μαρία».

Η Μαρία χάρηκε για αυτό που άκουσε και ρώτησε: «Γιατρέ, πότε θα βγουν τα αποτελέσματα;»

«Θα έρθετε αύριο το πρωί, εντάξει;»

«Ναι, γιατρέ» είπε η Μαρία. Ο Νίκος τελείωσε την αιμοληψία και είπε:

«Μαρία θα πας τώρα στον καρδιολόγο, να κάνει την εξέταση που έκανε την προηγούμενη φορά, μετά για τον υπέρηχο για τα όργανα και για μία αξονική».

«Εντάξει» είπε η Μαρία και πήγαν με τον Γιάννη στον καρδιολόγο.

Ο Κώστας είχε ανοιχτεί τη πόρτα και αφού πέρασαν τα παιδιά τον διάδρομο μπήκαν μέσα και του μίλησαν:

«Καλησπέρα σας» είπαν τα παιδιά.

«Καλώς τους» είπε ο Κώστας και συμπλήρωσε «Τι κάνετε; Ήρθατε να μας δείτε;»

«Ήρθαμε για την εξέταση» είπε η Μαρία.

«Μα δεν είχαμε πει ότι θα ερχόσασταν όταν τελειώναν οι θεραπείες σου να μας δείτε;» είπε ο Κώστας πειραχτικά.

«Σήμερα είναι ο επανέλεγχος» είπε ο Γιάννης.

«Μάλιστα» είπε ο Κώστας πιο σοβαρά.

«Αλλά θα ξαναέρθουμε εννοείται αλλά να είμαστε καλά πρώτα» είπε ο Γιάννης και χαμογέλασε. Το ίδιο και η Μαρία.

Ο Γιάννης βγήκε για να κάνει την εξέταση η Μαρία και όταν τελείωσε της λέει ο Κώστας χαμογελώντας: «Η καρδιά σου είναι πιο καλά και από τη προηγούμενη φορά που ήρθες!» Τα δύο παιδιά χαμογέλασαν και τον χαιρέτησαν.

Πήγαν στη συνέχεια στη αίθουσα για τον υπέρηχο. Η Μαρία περίμενε στη σειρά της και κάποια στιγμή μπήκε μέσα. Ο Γιάννης την περίμενε απ' έξω. Ήταν η ίδια γιατρός που ήταν και τη προηγούμενη φορά και τη θυμήθηκε:

«Τι κάνεις, κορίτσι μου;» της είπε.

«Με θυμάστε;» ρώτησε με απορία η Μαρία.

«Μαρία δε σε λένε;» είπε η γιατρός.

«Ναι, σωστά» είπε η Μαρία.

«Είδες που σε θυμάμαι;» είπε η γιατρός και συνέχισε «Λοιπόν, θα μου ανεβάσεις τη μπλούζα λίγο».

Η γιατρός της έβαλε το ειδικό τζελ και έκανε τον υπέρηχο στα διάφορα όργανα τα οποία μπορούσαν να βλαφτούν από τα φάρμακα της χημειοθεραπείας.

«Μάλιστα» είπε η γιατρός κάνοντας τον υπέρηχο.

«Βλέπετε κάτι επικίνδυνο;» ρώτησε η Μαρία.

«Όχι, κορίτσι μου, βλέπω ότι όλα λειτουργούν πολύ καλά και χαίρομαι για εσένα» είπε η γιατρός.

«Χαίρομαι και εγώ γιατί είχα διαβάσει ότι μπορείς να πάθεις ζημιά μετά τις χημειοθεραπείες» είπε η Μαρία.

«Υπάρχουν πάντα πιθανότητες αλλά κάθε οργανισμός ανταποκρίνεται διαφορετικά να ξέρεις Μαρία» και συνέχισε :

«Να πάρε χαρτί Μαρία και σκουπίσου. Πάρε τον χρόνο σου. Θα περιμένεις λίγο έξω να σου δώσω το χαρτί με το αποτέλεσμα να το δώσεις στο γιατρό σου».

«Εντάξει, σας ευχαριστώ» είπε η Μαρία και βγήκε έξω να περιμένει με τον Γιάννη το χαρτί.

«Γιάννη μπορείς να περιμένεις τα αποτελέσματα να πάω για την αξονική; Έτσι, θα κερδίσουμε χρόνο και θα πάμε και βόλτα μετά. Τι λες;» είπε η Μαρία.

«Ναι, ναι πήγαινε. Και θα έρθω να σε βρω» αποκρίθηκε ο Γιάννης.

Η Μαρία πήγε σε άλλο όροφο με το χαρτί για την εξέταση που ήταν να γίνει. Μπήκε μέσα και μίλησε με ένα γιατρό. Την έβαλαν στον αξονικό τομογράφο, έβγαλε ό,τι μεταλλικό είχε πάνω της και έκανε την αξονική.

«Ποιος είναι ο γιατρός σου;» ρώτησε ο γιατρός που έκανε την αξονική.

«Ο Νίκος» είπε η Μαρία.

«Αν θες πήγαινε, μη περιμένεις εδώ τόση ώρα. Θα στείλω κάποιον που θα κατέβει κάτω να του τη δώσει κατευθείαν» είπε ο γιατρός.

«Σας ευχαριστώ» είπε η Μαρία.

«Καλά αποτελέσματα» είπε ο γιατρός.

Η Μαρία κατέβηκε κάτω αφού χαιρέτησε τον γιατρό. Είχε μείνει το μυελόγραμμα και η οστεομυελική βιοψία. Πήγε πάλι στην ειδική αίθουσα και της έκαναν την εξέταση.

Όλες οι απαραίτητες εξετάσεις είχαν πραγματοποιηθεί. Ο Γιάννης πετάχτηκε να πάρει κάρτα για το κινητό του και η Μαρία πήγε στο γραφείο του Νίκου να τον περιμένει εκεί.

2.

Ο Νίκος καθόταν μόνος του και είχε ένα ραντεβού σε λίγο. Η Μαρία μπήκε στο γραφείο του. Χαιρετήθηκαν. Εκείνος έβγαλε ένα σχέδιο και της το έδωσε λέγοντάς της:

«Το είχα ζωγραφίσει για την κόρη μου. Απλά θέλω να το πάρεις Μαρία».

«Γιατί δεν το δίνεται στη κόρη σας; Σίγουρα θα της αρέσει!» είπε με αφέλεια η Μαρία.

Ο Νίκος σιώπησε για λίγο σα να χάθηκε στη σκέψη του και της είπε: «Κοιμήθηκε όταν ήταν στην ηλικία σου, Μαρία.

Η Μαρία έμεινε σαν να τη χτύπησε κεραυνός και ρώτησε: «Από τι πέθανε;»

«Από λευχαιμία. Απλά ήταν σε προχωρημένο στάδιο και έγιναν όλα πολύ γρήγορα» είπε ο Νίκος με δυσκολία. Η Μαρία έβαλε τα κλάματα και πήρε τη ζωγραφιά λέγοντας μόνο: «Ευχαριστώ».

«Είναι ένα καράβι με τη πρώτη ματιά αλλά όταν το κοιτάς να σκέφτεσαι ότι κάποιες φορές η ζωή μας είναι άνετη όπως το ταξίδι μας με ένα καράβι αλλά κάποιες φορές γινόμαστε ναυαγοί και πρέπει να επιβιώνουμε στα κύματα ακόμα και αν έχουμε μία σανίδα από αυτό το καράβι» είπε ο Νίκος.

«Σας ευχαριστώ πολύ!» είπε η Μαρία και συνέχισε :«Ήταν δύσκολο για εσάς; Να χάσετε το παιδί σας;»

«Το πρώτο καιρό που έφυγε έπινα πολύ δεν ερχόμουν στη δουλειά ώσπου χειροτέρευσε η κατάστασή μου και μου είχε πει ο διευθυντής ότι αν δε σταματήσεις το ποτό θα φύγεις από εδώ. Γιατί χρειάζεται προσοχή με τους ασθενείς. Έτσι, σιγά σιγά κατάλαβα ότι και το παιδί μου θα ήθελε να συνεχίσω να βοηθώ ανθρώπους και το άφησα πίσω!» είπε ο Νίκος.

«Θα έρθετε, λοιπόν αύριο πρωί, να δούμε τις εξετάσεις και να σας μιλήσω;» ρώτησε ο Νίκος.

Πριν προλάβει να του απαντήσει ήρθε ο Γιάννης λέγοντας:

«Τι έγινε; Τελειώσαμε; Πάμε;»

«Ναι» είπε η Μαρία στον Γιάννη και συνέχισε «Ναι ,γιατρέ, αύριο πρωί θα τα πούμε». Χαιρέτησαν και έφυγαν.

3.

Οι δύο νέοι έφτασαν πρωί πρωί στο νοσοκομείο και υπήρχε μία αγωνία για τα αποτελέσματα. Η Ζωή και ο Νίκος τους περίμεναν με ένα χαμόγελο. Αφού χαιρετήθηκαν ο Νίκος πήρε το λόγο:

«Μαρία μου τα αποτελέσματα είναι πολύ καλά. Θα έρχεσαι για επανεξέταση ανά τρεις μήνες για τα επόμενα δύο χρόνια μετά πιο αραιά και μία φορά το χρόνο. Απλά χρειάζεται ο έλεγχος. Δεν πρέπει να το αμελήσεις»

«Εντάξει, γιατρέ» είπε η Μαρία χαρούμενη. Ο Γιάννης χάρηκε πολύ είπε:

«Θα βγούμε να το γιορτάσουμε»

«Ναι αλλά πρώτα θα σας κεράσω εγώ σήμερα καφέ, γιατρέ!» είπε η Μαρία κοιτάζοντας τον Νίκο.

«Εντάξει» είπε ο Νίκος πιο δεκτικός λόγω της περίπτωσης.

Έκατσαν ήπιαν το καφέ τους και η Μαρία πήρε τη μαμά της να της πει τα νέα. Στη συνέχεια βγήκε έξω για να κάνει ένα ακόμη τηλέφωνο.

4.

Χτύπησε το τηλέφωνο της Κατερίνας και το σήκωσε:

«Ναι;» είπε η Κατερίνα.

«Η Μαρία είμαι».

«Α, τι κάνεις, Μαρία μου; Τι έγινε; Βγήκαν τα αποτελέσματα σου;» ρώτησε η Κατερίνα.

«Ναι» είπε η Μαρία χαρούμενη «και είναι καλά».

«Χαίρομαι για εσένα» είπε η Κατερίνα.

«Θέλω να σας πω πως θα ψάξω να βρω στη ζωή μου το δικό μου γαλάζιο πουλί της ευτυχίας και ξέρω πως δε θα χρειαστεί να ψάξω πολύ!!!» είπε η Μαρία, χαιρετήθηκαν και το τηλέφωνο έκλεισε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ιωσιφίδη, Π., Ιωσιφίδης, Ι. (2008) Η προσωποκεντρική προσέγγιση του C.Rogers. Στο: Ποταμιάνος, Γ. *Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κυριακίδου Ε. (2004) *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Ταβιθά.
- Μαλικιώση-Λοίζου, Μ. (2003) *Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση*, *Ψυχολογία*, 10 (2 - 4): 295 – 309.
- Μπαμπινιώτης Γ.Δ, (1998) , *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, 1η Έκδοση, Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.
- Μούγια, Β. (2012) *Επικοινωνία: Διαπροσωπικές σχέσεις και νοσηλευτής*. Στο Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου Α. *Ψυχική υγεία και νοσηλευτική επιστήμη - Σύγχρονες τάσεις*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Βήτα.
- Σαπουντζή, Δ. (2004) *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα. Μια ολιστική προσέγγιση*. Αθήνα: Έλλην.
- Σταλίκας, Α. (2011) *Θεραπευτικές παρεμβάσεις. Θεμελιώδη θέματα ψυχοθεραπείας*. Αθήνα: Τόπος.
- Τσουνής Α., Σαράφης Π. (2014) *Η επικοινωνία ιατρού – ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας*. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(5): 534-540.
- Agosta, C. (1984) Empathy and intersubjectivity. In J. Lichtenberg, M. Borenstein, & D. Silver (Eds.), *Empathy II*. NJ: Analytic Press, 43–61.
- Bach S., Gran A. (2009) *Communication and Interpersonal Skills for Nurses*. Learning Matters Ltd., 8- 23

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. (2004) *The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences*. Journal of autism and developmental disorders, 34:163– 175.

Beeber, LS. (1998) *Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship*. Nurs Clin North Am, 33:153-172.

Bennett, MJ. (2001) *The empathic healer: An endangered species*. San Diego, CA: Academic Press.

Bozarth, J. (1998) *Person Centered Therapy Today: A revolutionary Paradigm*, UK: PCC.

Bylund, CL., Makoul, G. (2005) *Examining empathy in medical encounters: An observational study using the empathic communication coding system*. Health Communication, 18: 123-140.

Campbell, R. G., & Babrow, A. S. (2004). *The role of empathy in responses to persuasive risk communication: Overcoming resistance to HIV prevention messages*. Health Communication, 16: 159-182.

Carkhuff, R. (1969) *Helping and human relations: Selection and training*. Holt, Rinehart & Winston, 1.

Cox JL. (2010) *Medicine of the person and personalised care: a stitch in time saves nine?* Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16: 315-317.

Cox JL. (2011) *Empathy, identity and engagement in person-centered medicine: the sociocultural context*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17: 350-353.

Cox, M., Tielgaard, A. (1986) *Mutative metaphors in psychotherapy: the Aeolian Mode*. London: Tavistock Publications.

DeWit, S. (2009) *Fundamental concepts and skills for nursing*. Αθήνα: Μετάφραση Λαγός Δημήτριος.

DiMatteo, MR. (1979) *A social-psychological analysis of physician-patient rapport toward a science of the art of medicine*. Journal of Social Issues, 35: 12– 33.

Eisenberg, N., Strayer, J. (1987) *Empathy and its development*. Cambridge University Press.

Gidman, J. (2013) *Listening to stories: Valuing knowledge from patient experience*. Nurse Educ Pract, 13: 192–196.

Gosbee, J. (1998) *Communication among health professionals*. BMJ , 316: 642.

Greif EB, Hogan R. (1973). *The theory and measurement of empathy*. Journal of Counseling Psychology, 20: 280–284.

Hoffman, L. M. (2000) *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice*.

Hogan, R. (1969) *Development of an empathy scale*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33(3):307-316.

Hojat, M. (2007) *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement*. Springer.

Jaspers, K. (1968) *The phenomenological approach in psychopathology*. British Journal of Psychiatry, 114: 313-323.

Keir, L., Wise, B., Krebs, C. (1998) *Medical Assisting: Essentials of Administrative and Clinical Competencies*. Μετάφραση από Μ. Ταλαντοπούλου. Αθήνα: Ελλην.

Kneisl, C., Wilson, H., Trigoboff, E. (2009) *Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας*, Αθήνα: Έλλην.

Koch T., Marks, J., Tooke, E. (2001) *Evaluating a community nursing service: Listening to the voices of clients with an intellectual disability and/or their proxies*. J Clin Nurs., 10:352–363.

Kohut, H. (1959) *Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. The search for the self* . International University Press, 1: 205-232.

Kohut, H. (1984) *Introspection, empathy, and the semicircle of mental health*. Empathy, 1: 81–100.

Kourkouta L., Barsamidis K., Lavdaniti M. (2013) *Communication skills during the clinical examination of the patients*. Prog Health Sci, 3:119-122.

Lain-Entralgo, P. (1982) *El Diagnostico Medico: Historia y Teoria*. Barcelona: Salvat.

Moyle W. (2003) *Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations*. Int J Ment Health Nurs, 12:103-109.

Lewis, JM. (1998) *For better or worse: Interpersonal relationships and individual outcome*. American Journal of Psychiatry, 155: 582–589.

O'Brien, L. (2000) *Nurse-Client Relationships: The Experience of Community Psychiatric Nurses*. Aust N Z J Ment Health Nurs, 9: 184-194.

Ouzouni, C., Nakakis, K. (2012) *An Exploratory Study of Student nurses' Empathy*. Health Sciences Journal, 6: 534-552.

Patera, A., Politymou, A. (2008) *Observations on the assertiveness and its relation to empathy in Greek students*. Psychiatriki, 19(3): 238-244.

Peplau, HE. (1952) *Interpersonal relations in nursing*. G. P. Putnam & Sons, 270-315.

Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G., & Ferreira, P. H. (2012) *Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review*. Journal of physiotherapy, 58(2): 77-87.

Rasoal, C., Jungert, T., Hau, S., Andersson, G. (2011) *Development of a Swedish version of the scale of ethnocultural empathy*. Psychology, 2(6): 568.

Rogers, CR. (1959) *A theory of therapy: Personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. Psychology, a study of science: Foundations of the person and the social context, 184– 256.

Rogers, CR. (1975) *Empathic: An unappreciated way of being*. Counseling Psychologist, 5: 2-11.

Salloum, IM., Mezzich, JE. (2010) *Person-centered diagnosis*. International Journal of Integrated Care,10(5).

Scanlon A. (2006) *Psychiatric Nurses Perceptions of the Constituents of the Therapeutic Relationship: A Grounded Theory Study*. J Psychiatr Ment Health Nurs, 13:319-329.

Shamasundar MRC. (1999) *Reflections: Understanding empathy and related phenomena*. American Journal of Psychotherapy, 53: 232–245.

Sheldon, L. (2009) *Communication for nurses: talking with patients*. Μετάφραση από Ε. Παπαδοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη.

Spiers, AJ, Wood, A. (2010) *Building a Therapeutic Alliance in Brief Therapy: The Experience of Community Mental Health Nurses*. Arch Psychiatr Nurs, 24:373-386.

Stewart, M., Belle-Brown, J., Donner, A., et al. (2000) *The impact of patient-centered care on outcomes*. Family Practice, 49(9): 796-804.

Suchman, AL., Markakis, K., Beckman, HB., et Frankel. (1997) *A model of empathic communication in the medical interview*. Journal of the American Medical Association 277: 678–682.

Sullivan, P. (1990) *Pay more attention to your own health, physicians warned*. Canadian Medical Association Journal, 142: 309-310.

Truax, CB., Carkhuff, R. (1967) *Towards effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine.

Webb L. (2011) *Nursing: Communication skills in practice*. Oxford University Press, 3-19.

Webster D. (2014) *Using Standardized Patients to Teach Therapeutic Communication in Psychiatric Nursing*. Clinical Simulation in Nursing, 10:81-86.

Ιστοσελίδες

Canale, St., Del., Louis, D. Z., Maio, V. P., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., Gonnella, J. S. (2012), *The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications, An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy*, Academic Medicine,

https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2012/09000/The_Relationship_Between_Physician__and.26.aspx.?casa_token, 2012.

Hojat, M., Louis, D., Z., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., Gonnella, J., S. (2010), *Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance*, International Journal of Medical Education, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205510/>, 2010.

Marci, C., D., Ham, J., Moran, E., Orr, S., P. (2007), *Physiologic Correlates of Perceived Therapist Empathy and Social-Emotional Process During Psychotherapy*, The Journal of

Nervous and Mental Disease,
https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2007/02000/Physiologic_Correlates_of_Perceived_Therapist.1.aspx, 2007.

Ogle, J., Bushnell, J., A., Caputi, P. (2013), Empathy is related to clinical competence in medical care, Wiley Online Library, Medical Education, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/medu.12232>, 2013.

Pollak, K., I., Alexander, S., C., Tulsky, J., A., Lyna, P., Coffman, C., J., Dolor, R., J., Gulbrandsen, P. and Ostbye, T. (2011), Physician Empathy and Listening: Associations with Patient Satisfaction and Autonom, The Journal of the American Board of Family Medicine, <https://www.jabfm.org/content/24/6/665.short>, 2011.