

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣ

B. ΤΟΜΑΡΑΣ

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο N. Ackerman, πρωτεργάτης στη θεραπεία οικογένειας (ΘΟ), από το 1937 κιόλας, είχε γράψει: «... κανένας μας δε ζει μόνος... πρωταρχικά ζούμε με τους άλλους και στα πρώτα χρόνια σχεδόν αποκλειστικά με τα μέλη της οικογένειάς μας». Και αργότερα πάλι: «... η οικογένεια είναι η βασική μονάδα της ανάπτυξης και της εμπειρίας, της εκπλήρωσης ή της αποτυχίας. Είναι επίσης η βασική μονάδα της ασθένειας και της υγείας».

Αν η οικογένεια συνδέεται τόσο στενά με την ατομική ανέλιξη και έκβαση, τότε η μελέτη της αλλά και η εμπλοκή της στη θεραπευτική διεργασία είναι τουλάχιστον δικαιολογημένες.

Μια τέτοια προσέγγιση προσκρούει, ήδη από το ξεκίνημά της, στα ερωτήματα:

Ποια είναι η φυσιολογική οικογένεια;

Πώς διακρίνεται από τη δυσλειτουργική;

Τα ερωτήματα αυτά είναι δυνατόν να παρακαμφθούν μέσω των ερωτημάτων:

Ποιοι είναι οι σκοποί της οικογένειας;

Ποιες οι ιδιότητες που αυτή πρέπει να έχει προκειμένου να ανταποκριθεί στον προορισμό της;

Συνεχίζοντας τις αναφορές του N. Ackerman, μπορούμε να συνοψίσουμε τους σκοπούς της οικογένειας ως εξής:

- Εξασφάλιση των υλικών προϋποθέσεων για την επιβίωση και ανάπτυξη των μελών της, καθώς και προστασία από κινδύνους.

- Παροχή φροντίδας και αισθήματος συνοχής.

- Ευόδωση της διαμόρφωσης προσωπικής ταυτότητας, αυτονομίας και ακεραιότητας, για το κάθε μέλος, και ενθάρρυνση της δημιουργικότητάς του.

- Παροχή κατάλληλου πλαισίου για τη σεξουαλική ωρίμανση των παιδιών και προαγωγή της κοινωνικοποίησής τους.

Τόσο μέσα από την έρευνα όσο και από την κλινική πείρα έχουν αναδειχθεί ορισμένα **χαρακτηριστικά της οικογένειας τα οποία φαίνεται ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο στη λειτουργικότητά της:**

1. **Διευκρίνιση των ορίων** που διαχωρίζουν τα μέλη και τα υποσυστήματα (γονείς-παιδιά κυρίως) μεταξύ τους. Όρια επίσης διαχωρίζουν την οικογένεια από τα εξωτερικά συστήματα που την περιβάλλουν.

2. **Συμφωνία πάνω στους κανόνες** που διέπουν τη λειτουργία της οικογένειας.

3. **Αμοιβαία αποδοχή ιεραρχίας**, δηλαδή διάταξης των μελών ανάλογα με τους ρόλους, τις ευθύνες, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων κ.ά. του καθενός.

Αν τα παραπάνω **δομικά χαρακτηριστικά** τοποθετηθούν σε μία διάσταση, τότε στο ένα άκρο της βρίσκεται η **χαοτική οικογένεια** και στο άλλο η **άκαμπτη**, στερεότυπη οικογένεια. Κάθε αξιολόγηση, ωστόσο, πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ιδιαίτερη θέση της οικογένειας στον κοινωνικο-οικονομικό, πολιτιστικό και γεωγραφικό χάρτη.

Το φαινόμενο της **γονεοποίησης**, για παράδειγμα, κατά το οποίο ανατίθενται γονεϊκοί ρόλοι και καθήκοντα σε ένα παιδί, συνήθως απέναντι στα μικρότερα αδέρφια του, μπορεί να είναι προσωρινά λειτουργικό σε μια οικογένεια όπου οι μεγάλοι υποχρεωτικά απουσιάζουν και δεν υπάρχει άλλος ενήλικας για να τους υποκαταστήσει στη φροντίδα των παιδιών. Η αξιολόγηση πρέπει επίσης να λαμβάνει υπόψη τον τύπο κάθε οικογένειας, π.χ., εκτεταμένη (συνήθως τριγενεακή), πυρηνική, μονογονεϊκή, ανασυντεθειμένη

(συνήθως μετά από διαζύγια)

4. **Ισορρόπηση στο δίπολο εγγύτητα-απόσταση** του οποίου οι ακραίες θέσεις καλούνται **παγιδευτική εμπλοκή (enmeshment)** από τη μια και **ολοκληρωτική απεμπλοκή (disengagement)** από την άλλη. Σε μια αρρυθμιστη δυαδική (γονεϊκή) σχέση συχνά προσκαλείται ένας τρίτος (παιδί) ως ρυθμιστής.

5. **Η τριγωνοποίηση (triangulation)** αποτελεί δυσλειτουργικό φαινόμενο κατά το οποίο το παιδί γίνεται σταθερός σύμμαχος του ενός γονέα, σε θέση **υπερεμπλοκής** με αυτόν, ή διαιτητεύει μια αμφίροπη και συνήθως συγκρουσιακή γονεϊκή σχέση (εναλλασσόμενος χορός συμμαχιών). Εξίσου δυσλειτουργικό είναι και το φαινόμενο της **αποδιοπόμπευσης (scapegoating)**, π.χ., ενός παιδιού που, κατά δήλωση της υπόλοιπης οικογένειας, δημιουργεί προβλήματα και που παίρνει τη θέση του αποδιοπομπαίου τράγου.¹ Οι υπόλοιποι συνασπίζονται συμπεριφερόμενοι προς το ((μαύρο πρόβατο) επικριτικά έως και απορριπτικά.

6. **Συναισθηματική εκφραστικότητα** η οποία περιλαμβάνει όλο το φάσμα των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. Η οικειότητα, η ενσυναισθησία, η διαθεσιμότητα στις συναισθηματικές ανάγκες των άλλων μελών και το αίσθημα του ανήκειν είναι επιθυμητές ιδιότητες, στο βαθμό που δεν παρεμποδίζουν τις ατομικές ανάγκες των μελών για μοναχικότητα, ιδιωτικό ζωτικό χώρο και ανεξαρτησία. Ο φόβος ή η απαγόρευση -ρητή ή άρρητη- έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, όπως ο θυμός, οδηγεί στην αποφυγή της διαφωνίας και της σύγκρουσης, με επακόλουθο την προσφυγή σε (δυσλειτουργικούς) πα-ρακαμπτήριους διαπροσωπικούς μηχανισμούς.

7. **Κώδικας επικοινωνίας με μηνύματα, κατά το δυνατόν, σαφή, ευθέα, ευκρινή και μη αντιφάσκοντα.** Το λεκτικό μέρος της επικοινωνίας οφείλει να είναι συμβατό με το εξωλεκτικό. Σε αντίθετη περίπτωση προκύπτει το (δυσλειτουργικό) φαινόμενο των «διπλών μηνυμάτων». **Ο καθένας οφείλει να ομιλεί για τον εαυτό του και όχι για τον άλλο.**

Κατά συνέπεια το «διάβασμα της σκέψης») είναι μια αποκλίνουσα μορφή επικοινωνίας.

8. **Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων,** η οποία απαιτεί, μεταξύ άλλων, κοινό ορισμό του προβλήματος, συναίνεση στην επιλογή και εφαρμογή λύσης, ανασκόπηση αποτελέσματος κτλ. Ωστόσο τόσο το στυλ όσο και η αποτελεσματικότητα στην επίλυση προβλημάτων σχετίζονται με ορισμένες υποκείμενες ιδιότητες της οικογένειας.

Κάθε οικογένεια έχει ένα δικό της χάρτη της πραγματικότητας, που δεν είναι «φωτογραφική» αναπαράστασή της. **Κατέχει ένα σύνολο πεποιθήσεων, αξιών, προσ-δοκιών και φαντασιώσεων, σεναρίων ή μύθων που, λίγο η πολύ, συμμερίζονται τα μέλη της.** Πρόκειται για **κατασκευές** μέσω των οποίων η οικογένεια επεξεργάζεται την έξωθεν πληροφορία και επιλέγει τη δράση της. **Έχει επίσης τις καθιερωμένες συνήθειες, τελετουργίες κ.ά.**

Όλα αυτά έχουν συνήθως διαγενεακή συνέχεια, και ο βαθμός ευκαμψίας της οικογένειας στη χρήση τους προσδιορίζει σε σημαντικό βαθμό τις δεξιότητες επίλυσης των αναφύομενων προβλημάτων.

9. **Ικανότητα προσαρμογής σε αλλαγές, είτε εξωγενείς είτε εγγενείς, που απορρέουν από τον κύκλο ζωής της οικογένειας.** Παραδείγματα εξωγενών αλλαγών, συνήθως μη προβλέψιμων, είναι ο θάνατος μέλους, η σοβαρή ασθένεια, η μετανάστευση ή ο ξεριζωμός κ.ά. Ο κύκλος ζωής της οικογένειας είναι ένα σχήμα ανάλογο με τα στάδια του κύκλου ζωής του ανθρώπου, που έχει επεξεργαστεί ο E. Erikson.

Η οικογένεια διαγράφει επίσης έναν κύκλο με ευδιάκριτα στάδια: (α) Ο ενήλικας επεξεργάζεται τον αποχωρισμό από την οικογένεια καταγωγής του, ανεξαρτητοποιείται και αναζητεί σύντροφο, (β) το καινούργιο ζεύγος διευθετεί τη σχέση και τους ρόλους μέσα

στο κοινό νοικοκυριό, και επαναδιαπραγματεύεται τη σχέση του με τις οικογένειες καταγωγής, (γ) η γέννηση παιδιών και η σχολική ηλικία συνεπάγονται αναπροσαρμογή ρόλων, κανόνων, συνηθειών, πιθανή ανάθεση ρόλων στους παππούδες και συναλλαγή με εξωοικογενειακά συστήματα (σχολείο, συνομήλικοι των παιδιών κ.ά.), (δ) η εφηβεία φέρνει το αίτημα της αυτονομίας και καλεί τους γονείς να το χειριστούν, (ε) τα παιδιά ένα ένα φεύγουν από το σπίτι και η «φωλιά» αρχίζει να «αδειάζει», (στ) οι γονείς ατενίζουν την τρίτη ηλικία. Το κενό μπορεί να συμπληρώσουν κάποια εγγόνια, καινούργιες ενασχολήσεις κ.ά., αλλά η σχέση του ζεύγους και οι κοινωνικές του σχέσεις τελούν υπό αναθεώρηση.

Καθεμιά από τις φάσεις του κύκλου ζωής απαιτεί οργανωσιακές και δομικές μεταβολές του οικογενειακού συστήματος με στόχο την **προσαρμογή**. **Η μετάβαση από κάθε φάση στην επόμενη αποτελεί περίοδο αυξημένου στρες, ιδίως όταν η προετοιμασία για τις συντελούμενες αλλαγές** (π.χ., αποχωρισμός από τις οικογένειες καταγωγής ή από τα παιδιά που αναχωρούν) είναι ανεπαρκής, αλλά και, όταν οι αλλαγές επισπεύδονται ή είναι απρόβλεπτες. Αν η αναγκαία προσαρμογή σε μια δεδομένη φάση δεν ολοκληρωθεί, τότε η προσαρμογή στην αμέσως επόμενη φάση θα είναι δυσκολότερη, γιατί η πολυπλοκότητα του συστήματος από φάση σε φάση αυξάνει. Πράγματι, ενώ οι συνθήκες αλλάζουν, μερικές οικογένειες παραμένουν καθηλωμένες σε προϋπάρχουσες ιδιοσυγκρασιακές νοητικές κατασκευές, επιστημολογία και στερεότυπα συμπεριφοράς που δυσχεραίνουν την προσαρμογή. Άλλοτε, πάλι,, ξεκινούν τη διαδικασία μετασχηματισμών, που όμως δεν ευοδώνεται, για να παλινδρομήσουν σε προηγούμενες κατασκευές, στερεότυπα.

Η ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συστημική θεραπεία οικογένειας έχει στηριχθεί στη *γενική θεωρία συστημάτων* και στις θεωρίες της *επικοινωνίας*.

Κατ' αντίθεση προς την καρτεσιανή σκέψη όπου το αντικείμενο έρευνας αναλύεται στα μέρη του, η συστημική μεθοδολογία θεωρεί το αντικείμενο ως σύνολο (σύστημα). Το σύστημα αποτελείται από τα μέρη και τις διασυνδέσεις του, δηλαδή είναι κάτι περισσότερο από το άθροισμα των μερών του.

Η συστημική σκέψη εισήγαγε την κυκλική αιτιότητα στη θέση της γραμμικής: Η *ανατροφοδότηση πληροφορίας* που εισάγεται στο σύστημα και η *αλληλεπίδραση των στοιχείων* του αποκλείουν τη διάκριση αιτίου-αποτελέσματος στη συμπεριφορά του συστήματος.

Τα ανθρώπινα συστήματα είναι ανοιχτά, οι σχέσεις μεταξύ των μερών τους είναι πολύπλοκες και ως εκ τούτου το αποτέλεσμα των διαδικασιών στις οποίες εμπλέκονται είναι σε μεγάλο βαθμό *μη προβλέψιμο*. **Όλες οι επικοινωνιακές συναλλαγές είναι είτε συμμετρικές (από ίση θέση) είτε συμπληρωματικές (από άνιση, διαφορετική θέση).**

Κατ' επέκταση, η κάθε συμπεριφορά -φυσιολογική ή παθολογική- είναι αποτέλεσμα μιας διαδικασίας επικοινωνίας σε κάποιο κοινωνικό *πλαίσιο* (context) που είναι ταυτόχρονα και σύστημα επικοινωνίας.

Όλα τα παραπάνω αξιολογούνται θεραπευτικά στο βαθμό που η ατομική παθολογική συμπεριφορά, το σύμπτωμα κατανοείται ως μήνυμα προς τους σημαντικούς άλλους, ως κρίκος της επικοινωνιακής αλυσίδας ή και ως ρυθμιστής κάποιας δυσλειτουργίας σε αυτήν. Το σύμπτωμα δηλαδή ή η προβληματική συμπεριφορά μπορεί να αποτελεί ενεργοποίηση του μηχανισμού που ρυθμίζει τη λειτουργία του συστήματος σε περίπτωση μεταβολής του, αστάθειας.

Ένα παιδί, π.χ., αρχίζει να τραυλίζει μετά από έντονη σύγκρουση των

γονέων του, κατά την οποία απειλήθηκε χωρισμός. Οι γονείς προσφεύγουν σε ειδικό και συνασπίζονται στην ανησυχία τους για το πρόβλημα του παιδιού. Το σύμπτωμα υφίεται. Αργότερα, σε επανάληψη της απειλής διάλυσης της οικογένειας, το σύμπτωμα εξαίρεται, για να επαναληφθεί ο ίδιος κύκλος που οδηγεί και πάλι σε προσωρινή γονεϊκή ομόνοια.

Ο συστημικός θεραπευτή καλείται να διερευνήσει τη σχέση συμβάντων και συμπτώματος, καθώς και τη σχέση διαπροσωπικών και διαντιδράσεων και συμπτώματος.

Η ιδιαιτερότητα της Θεραπείας Οικογένειας έγκειται στο ότι αυτή διεξάγεται με την παρουσία όλων των μελών του οικογενειακού συστήματος και στο ότι ο θεραπευτικός διάλογος δεν εστιάζει σε ατομικά χαρακτηριστικά ή συμπεριφορές καθεαυτές, αλλά στη σχέση τους με το πλαίσιο μέσα στο οποίο εκτυλίσσονται.

Από το υλικό του θεραπευτικού διαλόγου αναδύονται περισσότερες από μία σημασίες του συμπτώματος που αφορούν στο σύστημα- πλαίσιο, οικογενειακό ή σχολικό ή οποιοδήποτε άλλο. Η νέα σημασιοδότηση του συμπτώματος και η απότοκη εργασία από τα μέλη της οικογένειας αναμένεται ότι θα ευοδώσει την υιοθέτηση εναλλακτικών στάσεων και συμπεριφορών, που με τη σειρά τους θα οδηγήσουν στην ύφεση ή εξάλειψη του συμπτώματος (ως περιττού πλέον στοιχείου για τη λειτουργία του συστήματος).

Η Θεραπεία Οικογένειας συνίσταται σε αραιές, μάλλον, συνεδρίες (συνήθως μία συνεδρία ανά 3-4 εβδομάδες) με ολόκληρη την οικογένεια. Σε κάποια φάση της θεραπείας είναι δυνατόν να προσκληθούν και άτομα από το ευρύτερο (εξωοικογενειακό) σύστημα ή μόνο ένα μέρος της οικογένειας (π.χ., το γονεϊκό ζεύγος).

Ο θεραπευτής υποστηρίζεται συνήθως στο έργο του από τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, που παρακολουθούν τη συνεδρία πίσω από **μονόδρομο καθρέφτη**. Με τον τρόπο αυτό έχουν τη δυνατότητα να παρατηρούν τα ενδοοικογενειακά δυναμικά και κυρίως τη διαντίδραση ανάμεσα στο θεραπευτή και στην οικογένεια. **Γνωστοποιούν στο θεραπευτή τις παρατηρήσεις τους, κυρίως κατά τη διάρκεια διαλείμματος της συνεδρίας, όπου και συζητείται το υλικό της συνεδρίας.** Ο θεραπευτής μπορεί να διαβιβάσει το προϊόν αυτής της συζήτησης στην οικογένεια ή να το αξιοποιήσει με το δικό του τρόπο.

Η ΘΟ διαμορφώθηκε ιστορικά με τη συνεισφορά διαφόρων τάσεων. Κοινό χαρακτηριστικό τους είναι η **έμφαση στις υγιείς εφεδρείες της οικογένειας**, στις αυτο-επουλωτικές της ικανότητες και στην απο-ιατρικοποίηση των προβλημάτων. **Τα θεραπευτικά ρεύματα που έχουν ξεχωρίσει στους κόλπους της ΘΟ είναι, εν συντομία, τα εξής:**

1. **Η στρατηγική ΘΟ** θέτει ως στόχο την εξάλειψη του συμπτώματος μέσω παρέμβασης στο «συμπτωματικό κύκλο συμπεριφοράς» που το συντηρεί. Στις συνεδρίες προσκαλούνται τα μέλη που εμπλέκονται άμεσα στο πρόβλημα και ο θεραπευτικός διάλογος αφορά στο εδώ και τώρα». Βασικές τεχνικές είναι η **αναπλαισίωση**, οι οδηγίες για το διάστημα μεταξύ των συνεδριών και οι **παράδοξες παρεμβάσεις**. Οι τελευταίες συνιστούν τακτική φαινομενικά αντίθετη προς τους σκοπούς της θεραπείας, που όμως έχει σχεδιαστεί ακριβώς για να τους επιτύχει. Έχουν συνήθως τη μορφή: α) Συνταγής συμπτώματος, όπου το σύμπτωμα ή μέρος αυτού επιτάσσονται από το θεραπευτή, σε χρόνο, σε συχνότητα και συνθήκες που εκείνος καθορίζει, β) Υιοθέτησης από το θεραπευτή, και μάλιστα υπό τη μορφή

πλειοδοσίας, κάποιας συγκεκριμένης στάσης της οικογένειας απέναντι στο πρόβλημα: π.χ., απαισιοδοξίας, γ) Συγκράτησης ή επιβράδυνσης της αλλαγής. Παράδειγμα: Ο θεραπευτής στο τέλος κάποιας συνεδρίας δηλώνει προς την οικογένεια: Βλέπω ότι η μικρή σας κόρη έχει εντυπωσιακή βελτίωση. Ωστόσο οι γρήγορες και μεγάλες αλλαγές με φοβίζουν. Από την άλλη μεριά, όπως μου έχετε εσείς επισημάνει, ο πατέρας έπαψε να πίνει αφότου εκείνη έπαψε να τρώει. Θα πρέπει να σας πω ότι ο αλκοολισμός του πατέρα με ανησυχεί εξίσου. Δεν είμαι βέβαιος ότι, αν εκείνη επανέλθει για τα καλά στις κανονικές διατροφικές συνήθειες, ο πατέρας θα κρατηθεί μακριά από το ποτό. Γι αυτό και θέλω να σας ζητήσω: τρεις ημέρες την εβδομάδα, ας ορίσουμε Δευτέρα, Τετάρτη και Παρασκευή, ας απέχει από το φαγητό. Η οδηγία μου αυτή ισχύει μέχρι και την επόμενη συνάντησή μας.

2. **Η δομική ΘΟ** δίνει, έμφαση στα δομικά χαρακτηριστικά της οικογένειας και επιχειρεί την τροποποίηση της οργάνωσης της οικογένειας προς μια πολυπλοκότητα συμβατή με την αναπτυξιακή φάση που διέρχεται. Ταυτόχρονα επιδιώκει τον απεγκλωβισμό του δυναμικού και των αναπτυξιακών αναγκών του κάθε μέλους. Κατά τη δομική αντίληψη, η **αναδόμηση** είναι ικανή να επιφέρει και αλλαγή στη λειτουργία και στο σύστημα αντιλήψεων. Ο τύπος αυτός θεραπείας απαιτεί εξαιρετικά ενεργό ρόλο του θεραπευτή, με τεχνικές που είναι δανεισμένες, κυρίως, από την τέχνη του θεάτρου:

Κατά την «αποσταθεροποίηση» (unbalancing), δηλαδή την προσπάθεια πρόκλησης των ιεραρχικών σχέσεων στην οικογένεια, ο θεραπευτής συμμαχεί (προσωρινά) με τον «αποδιοπομπαίο τράγο», αγνοεί ή παραμερίζει κάποιο άλλο (ισχυρό) μέλος, υποστηρίζει ένα συγκεκριμένο υποσύστημα (π.χ., τους γονείς που αδυνατούν να επιβάλουν κανόνες στα παιδιά).

Ο θεραπευτής επιδιώκει την αναπαράσταση (enactment) των τρόπων συναλλαγής και επικοινωνίας των μελών της οικογένειας μέσα στη συνεδρία και την ενδυνάμωσή τους (intensification), μέχρι και του σημείου πρόκλησης κρίσης.

Παρεμβαίνει επιχειρώντας να θέσει ή να χαλαρώσει τα όρια, να διαφοροποιήσει τα υπερεμπλεγμένα μέλη ή υποσυστήματα, να αυξήσει την ανάμειξη ενός περιφερικού και απόμακρου μέλους.

3. **Η διαγενεακή ΘΟ** δίνει έμφαση στην επιρροή των οικογενειών καταγωγής, αλλά και προηγούμενων γενιών πάνω στα χαρακτηριστικά μιας πυρηνικής οικογένειας. Η συμμετοχή των οικογενειών καταγωγής στις συνεδρίες διευκολύνει την ανάδυση και κατανόηση μύθων, στερεότυπων στην επικοινωνία κ.ά. (συνειδητών ή μη), που αντιγράφονται από γενιά σε γενιά και εμποδίζουν τη λειτουργικότητα της πυρηνικής οικογένειας ή τη διαφοροποίηση του ατόμου. Απαραίτητο εργαλείο στη μεθοδολογία αυτή είναι το **γενεόγραμμα**.

4. **Η Σχολή του Μιλάνου** επιδόθηκε σε μια ενδελεχή διερεύνηση σχέσεων, γεγονότων και αλλαγών κατά την περίοδο εκδήλωσης του συμπτώματος/προβλήματος, με παράλληλη αναφορά στην ιστορία της οικογένειας. Στις προτεραιότητες της θεραπευτικής ομάδας, μεταξύ άλλων, ήταν η **διασφάλιση της ουδετερότητας του θεραπευτή** και η διατύπωση συστημικών υποθέσεων οι οποίες καθοδηγούν τις

ερωτήσεις του. **Προτιμώνται οι κυκλικές ερωτήσεις:** Στη συνήθη τους μορφή, ένα μέλος \ ερωτάται για τα συναισθήματα, συμπεριφορά, κ.ά., ενός άλλου μέλους ή του ζητείται να σχολιάσει κάτι από τη σχέση δύο άλλων μελών. Η πληροφορία που εισρέει με τη μέθοδο αυτή χρησιμεύει όχι μόνο στο θεραπευτή, αλλά κυρίως στα ίδια τα μέλη της οικογένειας. **Η τεχνική του συστημικού παράδοξου συνίσταται κυρίως στη θετική σημασιοδότηση (positive connotation) του συμπτώματος.**

- 5. Η σύγχρονη συστημική ΘΟ έχει δεχτεί επιδράσεις από τη δεύτερη κυβερνητική, τον κονστρουκτιβισμό (constructivism) και τον κοινωνικό κονστρουκτιονισμό (social constructionism).** Παρατίθενται επιγραμματικά μερικοί νεωτερισμοί:

Ο θεραπευτής, ως μέλος του θεραπευτικού συστήματος, δεν είναι πια αντικειμενικός παρατηρητής της οικογένειας. **Από κοινού με αυτήν συγκατασκευάζει μια πραγματικότητα** (και μια γλώσσα συγχρόνως) που εξελίσσεται κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Στο θεραπευτικό διάλογο ανταλλάσσονται περιγραφές και αφηγήσεις που καμιά τους δε στερείται αξίας. **Αναζητούνται νέες περιγραφές, έννοιες, σημασία και εξηγήσεις του βιωματικού υλικού.** **Ο θεραπευτής κατανοεί καλύτερα τον θεραπευόμενο αν αποποιηθεί το κύρος του ως γνώστη-ειδικού.** Η θεραπευτική σχέση (θεραπευτής-οικογένεια) χρήζει τουλάχιστον ίσης προσοχής με τα παρατηρούμενα ενδοοικογενειακά δυναμικά. Η θεραπευτική αλλαγή δεν μπορεί να επέλθει ως αποτέλεσμα μιας σχέσης διδακτικής-καθοδηγητικής. Δεν μπορεί να προγραμματιστεί, ούτε να προσδιοριστεί ο χρόνος και το είδος της, δεδομένου ότι τα ανθρώπινα συστήματα είναι πληροφοριακά ανοιχτά, αλλά εγχειρηματικά κλειστά.

Ο μονόδρομος καθρέφτης μετασηματίζεται σε αμφίδρομο και η θεραπευτική ομάδα γίνεται αναστοχαστική (reflexive): Η συζήτησή της δηλαδή είναι παρατηρήσιμη από το σύστημα συνέντευξης (θεραπευτής και οικογένεια) το οποίο και σχολιάζει πάνω σε αυτήν.

Η όλη στροφή της συστημικής ΘΟ μπορεί να εξηγηθεί, σε ένα βαθμό, από τις αδυναμίες της νεανικής της περιόδου: Οι θεραπευτές κατά κανόνα ήταν παρεμβατικοί και παραγνώριζαν τη θέση τους στο σύστημα εξουσίας-κοινωνικών προκαταλήψεων, το οποίο και επηρεάζει τα «κανονιστικά» κριτήρια για τη λειτουργική-δυσλειτουργική οικογένεια, τον τρόπο ζωής, τα ζητήματα φύλου κ.ά.

Τα τελευταία χρόνια η τάση του μετα-μοντέρνου και η αφηγηματική θεραπεία (narrative therapy) διεκδικούν τη σύζευξή τους με τη συστημική ΘΟ.

ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΟ ΣΕ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ

Έχουν επιχειρηθεί περιγραφές των οικογενειακών χαρακτηριστικών και δυναμικών σε ποικίλες παιδοψυχιατρικές διαγνώσεις και καταστάσεις (π.χ., κακοποίηση παιδιού, χρήση ουσιών κ.ά.).

Εδώ γίνεται επιλεκτική αναφορά στο «κλινικό παράδειγμα» της συστημικής ΘΟ που είναι η **ψυχογενής ανορεξία.**

Η διαπροσωπική θεώρηση αυτής της διαταραχής έχει την αφετηρία της στη Η. Bruch, η οποία υποστήριξε ότι η ψυχοπαθολογία της ψυχογενούς ανορεξίας έχει να κάνει με την αδυναμία της (του) ασθενούς να διαφοροποιηθεί από τη γονεϊκή, και ιδιαίτερα τη μητρική, εικόνα, εξαιτίας του γονεϊκού ελέγχου και της παρεμβατικότητας. Το παιδί αναπτύσσει έναν κοινωνικό, συμμορφούμενο «ψευδοεαυτό», ευάλωτο στην πραγματικότητα. Η

ευπάθειά του ενεργοποιείται κατά την εφηβεία, μια περίοδο αυξημένων απαιτήσεων για αυτοκατάφαση και αυτονομία. Κατά την Bruch, η/ο ανορεκτική/ός ασθενής έχει αποδυθεί σε μια προσπάθεια ελέγχου του σώματος. Ο αγώνας λαμβάνει χώρα μέσα στην οικογένεια, στη σχέση με τη μητέρα, και ενδοψυχικά. Κατά τη βρεφονηπιακή ηλικία το παιδί δεν τρέφεται όταν είναι πεινασμένο, αλλά όταν η μητέρα το θεωρεί απαραίτητο. Η μητέρα δηλαδή δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, αλλά στη δική της ανάγκη για έλεγχο. Με τον καιρό, αυτό οδηγεί σε αυτο-αμφισβήτηση, απώλεια του αισθήματος κυριαρχίας εαυτού και εξασθένηση των ορίων του Εγώ. Το παιδί αισθάνεται σαν να είναι ιδιοκτησία των άλλων και κατά την εφηβεία του οι βιολογικές και ψυχολογικές ανάγκες του παραμένουν ασαφείς, με συνέπεια να αδυνατεί να προχωρήσει στη διαδικασία αυτονόμησης και αποχωρισμού από τους γονείς.

Η Μ. Selvini-Palazzoli συνέδεσε το θεωρητικό μοντέλο της Bruch με τη λειτουργία ολόκληρης της οικογένειας. Δουλεύοντας με οικογένειες ανορεκτικών, παρατήρησε δυσλειτουργικά φαινόμενα, όπως: απόρριψη των μηνυμάτων του ενός μέλους προς το άλλο, επιθυμία των γονέων για ένα υποδειγματικό, τέλειο» παιδί, υποτίμηση των προσωπικών επιθυμιών και επιδιώξεων και υπερεκτίμηση των αναγκών των άλλων (π.χ., οι γονείς δηλώνουν ότι το κίνητρο για οιαδήποτε ενέργειά τους είναι το καλό των παιδιών), ροπή προς την αυτοθυσία και την αυτοενοχοποίηση, διχασμό μεταξύ σεβασμού στους κανόνες που έχουν θεσμοθετηθεί από τις οικογένειες καταγωγής, από τη μια, και τήρησης των κανόνων που υπαγορεύονται από τις ανάγκες της πυρηνικής οικογένειας, από την άλλη.

Ο Minuchin με τους συνεργάτες του παρουσίασε την πιο περιεκτική ίσως τυπολογία της «ψυχοσωματικής» οικογένειας στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η «ανορεκτική» οικογένεια.

Τα τέσσερα χαρακτηριστικά της είναι:

πανιδευτική εμπλοκή,

η υπερπροστατευτικότητα,

η ακαμψία και

η αποφυγή σύγκρουσης, η οποία συνήθως παρακάμπτεται, μέσω της εστίασης της προσοχής και των δύο γονέων σε θέματα που αφορούν στη συμπτωματολογία και την αντιμετώπιση της.

Οι παρατηρήσεις των παραπάνω θεραπειών και συγγραφέων δεν επιβεβαιώθηκαν απόλυτα από την έρευνα, επηρέασαν όμως αποφασιστικά τη ΘΟ. Ωστόσο η αιτιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι πολυπαραγοντική και η κλινική πράξη απαιτεί μια *απαρτιωτική* προσέγγιση:

α) Προδιαθεσικοί παράγοντες, μεταξύ αυτών και οικογενειακοί, προϋπάρχουν της εκδήλωσης της διαταραχής. Π.χ., σε μια τετραμελή, μάλλον κλειστή και σχολαστική οικογένεια υπάρχει συζυγικό χάσμα και **η μητέρα είναι συναισθηματικά υπερεμπλεγμένη με τη μεγάλη κόρη.**

β) **Ορισμένα γεγονότα ή μεταβολές στη ζωή της οικογένειας δρουν εκλυτικά,** πυροδοτώντας την έναρξη της συμπτωματολογίας. Στο προηγούμενο παράδειγμα, η αναχώρηση της μεγάλης κόρης για σπουδές συμπίπτει με καταθλιπτική διάθεση και αυτοκτονικό ιδεασμό της μητέρας. Λίγο αργότερα η μικρή κόρη εκδηλώνει ανορεκτική συμπεριφορά.

γ) **Κάποιοι παράγοντες συντηρούν τη συμπτωματολογία.** Στο παράδειγμά μας, η εξελισσόμενη συμπτωματολογία της μικρής κόρης συμπίπτει με ύφεση της κατάθλιψης της μητέρας. Οι γονείς συνεργάζονται για τη θεραπεία και φροντίδα της κόρης. Τέλος, η μεγάλη αδερφή έχει αρχίσει να επιδίδεται, απερίσπαστη, στις σπουδές της.

Η σύνδεση των οικογενειακών παραγόντων με τη διαταραχή, κάνοντας χρήση του

διπόλου «αίτιο-αιτιατό», δυσχεραίνει την κατανόηση του προβλήματος. **Η υπερπροστατευτικότητα, για παράδειγμα, ενός γονέα δημιουργεί συναισθήματα ανεπάρκειας στο παιδί το οποίο, ελέγχοντας την τροφή του, αποπειράται ταυτόχρονα να ελέγξει το σώμα του, αλλά και τη σχέση με τους γονείς του.** Η απόπειρα όμως αυτή οδηγεί σε απειλή της υγείας, γεγονός που επαυξάνει την υπερπροστατευτικότητα του γονέα. Αυτή με τη σειρά της επιτείνει την εξάρτηση του παιδιού έτσι ένας κύκλος αιτιότητας χωρίς αρχή και τέλος, που οδηγεί ολόκληρο το σύστημα σε αδιέξοδο, θα ήταν ορθότερο να θεωρήσουμε την οικογένεια όχι αιτία της διαταραχής, αλλά το πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή εκτυλίσσεται, και ταυτόχρονα να τα χρησιμοποιήσουμε για τη θεραπεία της, κατανοώντας την αλληλεπίδραση διαπροσωπικού και ενδοψυχικού δυναμικού.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Από διπλές, τυχαιοποιημένες έρευνες έκβασης και τη μετα-ανάλυση τους προκύπτει ότι η ΘΟ είναι αποτελεσματική για ποικίλα προβλήματα και διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας:

- Δύο τουλάχιστον έρευνες έδειξαν ότι η θεραπευτική παρέμβαση (με συνδυασμό συμπεριφορικών και συστημικών τεχνικών) **σε οικογένειες με πρόβλημα την κακοποίηση-παραμέληση παιδιού** είχε ευεργετικά αποτελέσματα στη λειτουργικότητα των οικογενειών και στην προβληματική συμπεριφορά τους.

- Από τη μετα-ανάλυση τουλάχιστον εκατό μελετών οικογενειακής παρέμβασης για **προβλήματα εναντιωματικής προεφηβικής συμπεριφοράς** φαίνεται ότι η συμπεριφορικού τύπου εκπαίδευση των γονέων είναι εξαιρετικά αποτελεσματική. Για τα **προβλήματα συμπεριφοράς της εφηβείας** έχει υποστηριχθεί, με βάση την ανασκόπηση αρκετών μελετών, ότι η ΘΟ έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Για τα προβλήματα αυτά έχει προτιμηθεί η δομικού τύπου ΘΟ καθώς και η πολυ-συστημική ΘΟ, η οποία εστιάζει συγχρόνως σε παράγοντες οικογενειακούς, στον έφηβο και στο ευρύτερο κοινωνικό του δίκτυο.

Το συμπέρασμα της ευρείας μετα-ανάλυσης που έχει δημοσιευτεί πρόσφατα από τους **Stanton και Shadish (1997)** και αφορά στην **κατάχρηση ουσιών στην εφηβεία είναι ότι η οικογενειακού τύπου θεραπεία πλεονεκτεί συγκριτικά με την ατομική θεραπεία**, την ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση οικογένειας και τις θεραπευτικές ομάδες χρηστών. Η αποτελεσματικότητά της έγκειται κυρίως στη μείωση της χρήσης και στην αύξηση της δέσμευσης των χρηστών με το θεραπευτικό τους πρόγραμμα. Ωστόσο καλύτερο είναι το συνεργικό αποτέλεσμα των προαναφερόμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

- Από τη σειρά των συγκριτικών κλινικών μελετών στο Νοσοκομείο **Maudsley** έχει προκύψει ότι **η ΘΟ αποτελεί θεραπεία εκλογής στην ψυχογενή ανορεξία**, όταν η/ο ασθενής είναι ηλικίας κάτω των **18**. Ο ρόλος της ΘΟ στην ψυχογενή βουλιμία δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί.
- Τέλος, υπάρχουν αρκετά ερευνητικά στοιχεία που συνηγορούν για την αποτελεσματικότητα ποικίλων θεραπευτικών παρεμβάσεων οικογενειακού τύπου στις παρακάτω διαγνώσεις και στα προβλήματα: **Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, προβλήματα παιδικού άγχους και κατάθλιψης, καθώς και υχσωματικά προβλήματα (κυρίως ενούρηση-εγκόπριση, υποτροπιάζοντα κοιλιακά άλγη και άσθμα).**