

# ΤΟ ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΥΣΤΗΜΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΣΥΜΟΣΥΘ): ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Χάρης Κατάκη & Γιώργος Μπογδάνης

## Εισαγωγή

Η παρουσίαση ενός θεραπευτικού μοντέλου, που αναπτύχθηκε και εφαρμόζεται στην Ελλάδα, σε ένα βιβλίο όπου παρουσιάζονται οι σημαντικότερες σχολές οικογενειακής θεραπείας, προσφέρει τη δυνατότητα στο αναγνωστικό κοινό να συνδέσει την ελληνική πραγματικότητα με τις γενικότερες τάσεις και εξελίξεις στην ψυχοθεραπεία και ειδικότερα στον κλάδο της οικογενειακής θεραπείας.

Το Συνθετικό Μοντέλο Συστημικής Θεραπείας (ΣΥΜΟΣΥΘ) εφαρμόζεται στην Ελλάδα για περισσότερο από 30 χρόνια από έναν μεγάλο αριθμό συστημικών θεραπευτών. Το γεγονός ότι πολλοί από τους θεραπευτές που έχουν εκπαιδευθεί σε κέντρα τα οποία εφαρμόζουν το ΣΥΜΟΣΥΘ δραστηριοποιούνται τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα έχει δημιουργήσει ένα εκτεταμένο δίκτυο μέσα στο οποίο εντάσσονται και αλληλεπιδρούν δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, θεραπευτές και σύμβουλοι διαφόρων προσεγγίσεων και εξειδικεύσεων, άτομα, οικογένειες και ευρύτερες κοινωνικές ομάδες.

Στόχος του κεφαλαίου είναι να δώσουμε μία όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη εικόνα του μοντέλου, παρουσιάζοντας τις βασικές παραμέτρους του, όσον αφορά τη θεωρία, την κλινική πράξη και την εκπαίδευση, οι οποίες έχουν παρουσιαστεί σε πολλές δημοσιεύσεις, βιβλία, διαλέξεις, σεμινάρια και συνέδρια στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Επιπλέον, επιδίωξή μας είναι να αναδείξουμε το πολιτισμικό υπόβαθρο της συνθετικής ολιστικής ψυχοθεραπευτικής προσέγγισής μας, η οποία έχει ως κεντρικό άξονα την ομαδική θεραπεία με οικογενειακό προσανατολισμό.

## Ο κλάδος της ψυχοθεραπείας: Αναζήτηση συνθετικών προσεγγίσεων

### *Από τον κατακερματισμό του κλάδου σε πορεία σύνθεσης*

Η συνεχώς αυξανόμενη εμβέλεια της ψυχοθεραπείας ήταν επόμενο να οδηγήσει στην ανάπτυξη πολλών σχολών ψυχοθεραπείας. Σύμφωνα με τον Norcross, το 2005 είχαν καταγραφεί περισσότερες από 400 (Norcross & Goldfried, 2005· Norcross & Halgin, 2005), ενώ 13 χρόνια μετά είναι σίγουρο ότι ο αριθμός αυτός θα έχει αυξηθεί σημαντικά. Το φαινόμενο αυτό καθρεφτίζει τις πολλές και διαφορετικές οπτικές από τις οποίες μπορεί κανείς να εξετάσει τις ανθρώπινες λειτουργίες. Από αυτή την άποψη, η πολυμορφία άρα και η πολυπλοκότητα που χαρακτηρίζει τον κλάδο της ψυχοθεραπείας είναι εγγενής και καλοδεχούμενη. Η πολυφωνία είναι ιδιαίτερα ευεργετική εφόσον οδηγεί σε συνεχή αναστοχασμό και εμπλουτισμό της ψυχοθεραπευτικής πρακτικής. Δυστυχώς, όμως, συχνά παίρνει τη μορφή μιας περιχαράκωσης και ενός δογματισμού με αντικείμενο την κατοχή της απόλυτης αλήθειας και αποτελεσματικότητας. Έτσι, οδηγούμαστε συχνά στο να διαφωνούμε εν τη συμφωνία μας και να συμφωνούμε εν τη διαφωνία μας ως προς το τι είναι ή τι δεν είναι αποτελεσματικό στην ψυχοθεραπεία.

Κατά τη γνώμη μας, το ζήτημα δεν είναι να διαχωρίσουμε θεωρίες και προσεγγίσεις σε αποτελεσματικές και μη. Άλλωστε, πολλές έρευνες αποτελεσματικότητας στον χώρο της ψυχοθεραπείας δεν εντοπίζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους (Luborsky et al., 1999· Bergin & Lambert, 1978· Frank, 1979· Landsman & Dawes, 1982). Το βασικό θέμα αφορά στη διαμόρφωση μιας συγκροτημένης οπτικής με μεταθεωρητικά χαρακτηριστικά που να προσφέρει τα εργαλεία για την αξιοποίηση όλων των χρήσιμων μεθόδων, τεχνικών, ιδεών και υποθέσεων που έχουν αναπτυχθεί στην ψυχοθεραπεία (Κατάκη, 2001). Προς αυτή την κατεύθυνση αναπτύχθηκε κατά τη γνώμη μας το εγχείρημα της σύνθεσης στην ψυχοθεραπεία. Ήδη από τη δεκαετία του 1980, θεωρητικοί και κλινικοί επιστήμονες του κλάδου άρχισαν να διερευνούν φιλοσοφικές έννοιες και επιστημολογικές αρχές που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μία συνθετική αντίληψη της ψυχοθεραπείας (Berzonsky, 1994). Η διερεύνηση της δυνατότητας για την ενοποίηση του κλάδου σήμερα, έπειτα από 40 σχεδόν χρόνια, έχει οδηγήσει σε ένα δυναμικό και συντεταγμένο κίνημα τόσο στην Αμερική όσο και στην Ευρώπη. Σε αυτό το πλαίσιο, τονίζεται ότι η επιθυμητή σύγκλιση μπορεί να επιτευχθεί με την αναζήτηση σταθερών ομοιομορφιών ανάμεσα στις διάφορες προσεγγίσεις.

Όπως ήταν φυσικό, οι δυσκολίες σύνθεσης των διαφορετικών οπτικών στην ψυχοθεραπεία προέκυψαν σε πολλά επίπεδα. Για παράδειγμα, οι διαφορετικές προσεγγίσεις διατυπώνουν πολύ συχνά διαφορετικές, και κάποιες φορές αλληλοσυγκρουόμενες, υποθέσεις γύρω από τον άνθρωπο, τη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του, τον ορισμό της ψυχοθεραπείας, τον ορισμό και την αιτιολογία των ψυχολογικών δυσλειτουργιών (π.χ., οι φοβίες είναι αποτέλεσμα δυσλειτουργικής μάθησης ή έκφραση ενδοψυχικών συγκρούσεων), κ.ο.κ.

Η υπέρβαση των παραπάνω δυσκολιών γίνεται εφικτή κατά τη γνώμη μας, αφ' ενός, μέσω του κοινωνικού κονστρουξιονισμού και, αφ' ετέρου, μέσω της συστημικής προσέγγισης και επιστημολογίας. Οι δύο αυτοί παράγοντες, όπως θα δούμε στη συνέχεια, συνέβαλαν καθοριστικά, από τη μία, στην υπέρβαση της διαμάχης περί απόλυτης αλήθειας και, από την άλλη, στην ενίσχυση της συνθετικής οπτικής.

### **Κοινωνικός κονστρουξιονισμός**

Με την εμφάνιση του κοινωνικού κονστρουξιονισμού αναπτύχθηκε η άποψη ότι η ατομική γνώση είναι αποτέλεσμα μιας κοινωνικής κατασκευής, μέσω της γλώσσας, η οποία επηρεάζεται καθοριστικά από την αλληλεπίδραση του ατόμου με την κοινότητα στην οποία ανήκει (Gergen, 1997). Υπό την έννοια αυτή, δεν μπορεί να γίνεται σαφής διάκριση ανάμεσα σε μία εξωτερική και μία εσωτερική πραγματικότητα, καθώς η αντίληψη είναι μία σχεσιακή κατάσταση στην οποία εμπλέκονται τα αντικείμενα, τα αντιληπτικά όργανα και οι ψυχολογικοί παράγοντες (πεποιθήσεις, στάσεις κ.ά.) (Κατάκη, 1998). Επιπρόσθετα, απορρίπτεται η ιδέα της μίας, μοναδικής, σωστής, διάγνωσης και εγκαταλείπεται η άποψη ότι κάποιο μέλος του θεραπευτικού συστήματος έχει προνομιακή θέση, συμπεριλαμβανομένου και του θεραπευτή (Pocock, 1995· Vasco, 1994· Lyddon, 1989). Επιδιώκεται η αναζήτηση πολλαπλών και χρήσιμων οπτικών και όχι η εύρεση οριστικών ορισμών και λύσεων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Μάλιστα, από την πλευρά της οικογενειακής θεραπείας, καθώς δεν υπάρχουν πανανθρώπινες αρχές για το ποια είναι η λειτουργική οικογένεια, η εμπειρική έρευνα δεν αντανakλά την αλήθεια, αλλά κοινωνικά κατασκευασμένες θέσεις και απόψεις επιστημόνων, που μπορούν να είναι χρήσιμες σε συγκεκριμένα πεδία, με συγκεκριμένους θεραπευτές, με συγκεκριμένα προβλήματα. Ενώ για τον ίδιο λόγο, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να μελετώνται, ως σημαντικοί και χρήσιμοι στη θεραπεία, επιπλέον παράγοντες, όπως το φύλο, η τάξη, η εθνικότητα κ.ά. (Gergen, 1994). Τέλος, οι ιδέες, οι προσεγγίσεις και οι υποθέσεις γύρω από τα θεραπευτικά ζητήματα γίνονται αντιληπτές ως προσωρινές συγκατασκευές που αναθεωρούνται συνεχώς, ενώ θεμελιώνεται η άποψη περί συνεργατικής σχέσης μεταξύ θεραπευομένου και θεραπευτή (Anderson & Goolishian, 1988· Anderson, 1995· Anderson, Goolishian & Winderman, 1986· Lyddon, 1990).

### **Η συστημική επιστημολογία και η συνθετική ψυχοθεραπεία: Εξελίξεις και προοπτικές**

Η συστημική επιστημολογία διευρύνει την οπτική της επιστημονικής σκέψης γενικότερα αποτελώντας μία αλλαγή *Παραδείγματος*,<sup>46</sup> καθώς λαμβάνει υπόψη όλες τις

46. Ο όρος *Παράδειγμα* χρησιμοποιείται από τον Kuhn (1970) με δύο κυρίως τρόπους. Από τη μία, για να περιγράψει το σύνολο πεποιθήσεων και παραδοχών (εννοιολογικών, θεωρητικών, πειραματικών), τις οποίες ενστερνίζονται τα μέλη μιας επιστημονικής κοινότητας· από την άλλη, αναφέρεται στις παραδειγματικές λύσεις που αξιοποιούνται ως πρότυπα για την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων από την επιστημονική κοινότητα.

πλευρές της ανθρώπινης συμπεριφοράς αλλά και την πολλαπλότητα των πλαισίων μέσα στην οποία αυτή εμφανίζεται (Harway, 2003). Ο Bateson (1972) ανέδειξε την οικοσυστημική επιστημολογία ως ένα σύνολο πεποιθήσεων όπου όλο το σύμπαν –υλικό και μη– είναι ένα οικολογικό σύστημα αποτελούμενο από άπειρα υποσυστήματα. Η επεξεργασία αυτού του συστήματος περιλαμβάνει περισσότερες από μία απόψεις για το πώς κατασκευάζουμε τον κόσμο. Ο Bertalanffy (1972) υποστήριξε ότι η αντίληψη δεν είναι μία αντανάκλαση των “πραγματικών αντικειμένων” και η γνώση δεν είναι μία προσπάθεια ακριβούς προσέγγισης της “αλήθειας” και της “πραγματικότητας” αλλά μία σχεσιακή κατάσταση παρατηρητή και φαινομένου, και με την έννοια αυτή απόλυτα εξαρτημένη από βιολογικούς, ψυχολογικούς, πολιτισμικούς και γλωσσικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με τη συστημική επιστημολογία, η επιστήμη είναι μία από τις πολλές οπτικές που ο άνθρωπος έχει δημιουργήσει για να κατανοήσει τον κόσμο. Με την έννοια αυτή, δομείται μία νέα κουλτούρα δημιουργίας νοήματος όπου παρατηρητής και υπό παρατήρηση φαινόμενο είναι αεχώριστα και αλληλεπιδρούν στο πλαίσιο μιας κυκλικής αιτιότητας. Πρόκειται, συνεπώς, για μία επιστημολογία στη βάση της οποίας η σχέση του ανθρώπου με τον κόσμο είναι ενεργητική, διαλεκτική και αποτελεί μία πράξη διαρκούς νοηματοδότησης (Κατάκη & Μπογδάνης, 2017 υπό δημοσίευση).

Η συστημική επιστημολογία διευρύνει την οπτική όχι μόνο της ψυχοθεραπείας αλλά και της ψυχολογίας, αποτελώντας μία αλλαγή *Παραδείγματος* στον τρόπο σκέψης, καθώς λαμβάνει υπόψη όλες τις πλευρές της ανθρώπινης συμπεριφοράς αλλά και την πολλαπλότητα των πλαισίων μέσα στην οποία αυτή εμφανίζεται (Harway, 2003). Σύμφωνα με τον Stanton (2009), η συστημική επιστημολογία έχει τρία επίπεδα: το ατομικό, το διαπροσωπικό και εκείνο του υπερσυστήματος. Η διάκριση αυτή επιτρέπει στον συστημικό θεραπευτή να διαμορφώσει υποθέσεις για το αίτημα του θεραπευομένου και να καταστρώσει τον θεραπευτικό σχεδιασμό, αξιοποιώντας πολλαπλές και παράλληλες εστιάσεις στους ατομικούς παράγοντες, στους διαπροσωπικούς και στους υπερσυστημικούς. Ταυτόχρονα, η επεξεργασία στο «εδώ και τώρα» αλλά και στα διαγενεακά μοτίβα συμπληρώνουν το συστημικό πλαίσιο αναφοράς. Ως εκ τούτου, ένα οποιοδήποτε επιμέρους φαινόμενο θα πρέπει να μελετηθεί στο πλαίσιο ενός ολιστικού θεωρητικού πλαισίου.

Μία τέτοια οπτική μάς οδηγεί, μέσα από τα μεμονωμένα φαινόμενα, συμπτώματα κ.λπ., στην πανοραμική εικόνα του συστήματος. Όταν διευρύνεται το πεδίο παρατήρησης και δράσης είναι δυνατόν να εντοπιστούν κρίσιμες αλληλεπιδράσεις και μηχανισμοί που οδήγησαν στα ορατά συμπτώματα και τις δυσλειτουργίες.

### ***Ο κλάδος της οικογενειακής θεραπείας: Η πορεία προς τη σύνθεση***

Ο κλάδος της οικογενειακής θεραπείας, βασιζόμενος σε συστημικές έννοιες και αρχές, αποτέλεσε μία βαθιά ανατροπή στον χώρο της ψυχοθεραπείας, αφού συντελέστηκε μία καίρια μετακίνηση από τις ατομοκεντρικές προσεγγίσεις που αποτελούν ακόμη

την πλειονότητα των βασικών σχολών, στην ανάδειξη της σημασίας των σχέσεων για την ερμηνεία των ψυχικών φαινομένων. Παρά το γεγονός αυτό, η οικογενειακή θεραπεία δεν απέφυγε τον κατακερματισμό. Μάλιστα, μέχρι πολύ πρόσφατα οι προσπάθειες για σύνθεση, τόσο στον χώρο της οικογενειακής όσο και ευρύτερα στον κλάδο της ψυχοθεραπείας, δεν επιδίωξαν να αξιοποιήσουν τη συστημική επιστημολογία στη διαμόρφωση μιας συνθετικής οπτικής (Κατάκη, 1991). Μία πιθανή αιτία είναι το γεγονός ότι ο κλάδος της οικογενειακής θεραπείας, απομονωμένος από τον υπόλοιπο χώρο της ψυχοθεραπείας, μολονότι ανέπτυξε τον δικό του πλούσιο θεωρητικό και μεθοδολογικό εξοπλισμό, ταυτίστηκε με την οικογένεια και όχι με το επιστημολογικό του υπόβαθρο. Η ταύτιση του κλάδου με την οικογένεια, ναί μεν προσέδωσε έναν σαφή και ξεκάθαρο ρόλο στον οικογενειακή θεραπευτή που διευκολύνει στην επικοινωνία των συστημικών θεραπευτών με τον ευρύτερο χώρο της ψυχικής υγείας, από την άλλη όμως οδήγησε στο να θεωρηθεί η οικογενειακή θεραπεία *μία ακόμη* μορφή θεραπείας, αποσιωπώντας το γεγονός ότι αποτελεί μία ανατρεπτική ολιστική επιστημολογική θεώρηση για τη γνώση και τη ζωή.<sup>47</sup>

Τα τελευταία χρόνια, η εικόνα αυτή έχει αλλάξει και οι εξελίξεις στον κλάδο της οικογενειακής θεραπείας είναι ραγδαίες και οδηγούν ολοένα και περισσότερους συστημικούς θεραπευτές (Katakis, 1998· Lebow, 1997· Nutt & Stanton, 2008) στο να αναγνωρίζουν τις δυνατότητες που προσφέρει η συστημική επιστημολογία για σύνθεση. Σύμφωνα με τον Lebow (2006), ο κλάδος της οικογενειακής θεραπείας έχει μετακινηθεί από την αποκλειστική εστίαση στην οικογένεια ως τον μοναδικό αιτιολογικό παράγοντα των διαφόρων δυσλειτουργιών. Μία συνθετική οπτική αναπτύσσεται περιλαμβάνοντας όχι μόνο τις μεθόδους και παρεμβάσεις από τις διάφορες σχολές οικογενειακής θεραπείας που εστίαζαν στην οικογένεια, αλλά και εκείνες που εστιάζουν τόσο στο άτομο όσο και στο ευρύτερο σύστημα (Breunlin, Schwartz & Mac Kune-Karrer, 1997· Schoenwald, Borduin & Henggeler, 1998).

Ως αποτέλεσμα των εξελίξεων αυτών, ο κλάδος της οικογενειακής θεραπείας οδηγήθηκε στην ανάπτυξη πολλών συνθετικών μοντέλων θεραπείας (Breunlin, Schwartz & Mac Kune-Karrer, 1997· Christensen & Jacobson, 2000· Gurman, 1992· Lebow, 2006· Liddle et al., 2005· Pinsof, 1995· Snyder & Schneider, 2002). Οι αλλαγές στον χώρο της οικογενειακής θεραπείας θεωρούνται τόσο σημαντικές ώστε οδήγησαν τον Lebow (2005) να τη χαρακτηρίσει ως μία νέα επιστήμη, επισημαίνοντας τον κεντρικό ρόλο της συστημικής προσέγγισης στον χώρο της σύνθεσης.

47. Από τα αρχικά στάδια, ο όρος *οικογενειακή θεραπεία* χρησιμοποιείται συγχρόνως για να περιγράψει μία μέθοδο, μία μορφή θεραπευτικής και έναν τρόπο σκέψης. Οι όροι *οικογενειακή* και *συστημική θεραπεία* χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα. Στην πλειοψηφία τους, οι συστημικές Εταιρείες και τα σημαντικότερα επιστημονικά περιοδικά έχουν στην επωνυμία τους τον όρο *οικογενειακή θεραπεία* (American Association of Marriage and Family Therapy – AAMFT, European Association of Family Therapy – EFTA, International Association of Family Therapy – IFTA, American Family Therapy Association – AFTA, *Journal of Marital and Family Therapy*, *Family Process*, *Journal of Family Therapy*).

## Το συνθετικό μοντέλο συστημικής θεραπείας (ΣΥΜΟΣΥΘ): Μία πρόταση σύνθεσης

### Βασικές έννοιες και αρχές του μοντέλου

Η συνθετική οπτική: Το θεωρητικό υπόβαθρο του μοντέλου

Το ΣΥΜΟΣΥΘ έχει βασιστεί σε δύο πυλώνες: στη συστημική επιστημολογία και σε μία ολιστική οπτική της ζωής και της γνώσης. Αποτελεί ένα αυτόνομο θεωρητικό μοντέλο θεραπείας που προσφέρει κατευθυντήριες γραμμές οι οποίες ξεπερνούν τεχνητούς διϊσμούς και διαχωρισμούς. Η ολιστική οπτική επιτρέπει την αναζήτηση συνθετικών εννοιών, αρχών, συναισθηματικών αποχρώσεων, επικοινωνιακών διαδρομών που δίνουν τη δυνατότητα να αξιοποιήσουμε τον πλούτο των ιδεών και των μεθόδων που έχει συσσωρευθεί. Το μοντέλο συνθέτει τις βασικές θεωρητικές θέσεις όσο και τις πρακτικές εφαρμογές της συστημικής επιστημολογίας με τις προσεγγίσεις, μεθόδους και τεχνικές που προέρχονται από τον ευρύτερο κλάδο της ψυχοθεραπείας.

Η συνθετική αντίληψη του μοντέλου διασφαλίζει την αυτονομία των διαφορετικών σχολών ψυχοθεραπείας, ενώ την ίδια στιγμή επιτρέπει στους ερευνητές, στους θεωρητικούς και στους επαγγελματίες να αντιλαμβάνονται τις διαφορετικές προσεγγίσεις ως τμήματα ενός ενιαίου κλάδου. Υπ' αυτή τη συνθετική οπτική, διαφορετικές και φαινομενικά αγεφύρωτες θεραπευτικές προσεγγίσεις και παρεμβάσεις ως προς τη διάρκεια (π.χ., μακράς και βραχείας διάρκειας θεραπεία), τη μορφή (ατομική, οικογενειακή και ομαδική θεραπεία), τις μεθόδους και τις τεχνικές που έχουν αναπτυχθεί, όχι μόνο στο πλαίσιο της οικογενειακής θεραπείας αλλά και ευρύτερα στον χώρο της ψυχοθεραπείας, ενσωματώνονται στη θεραπευτική πρακτική.

Τέλος, το θεωρητικό υπόβαθρο του μοντέλου θέτει τις βάσεις για την ανάπτυξη μιας κοινής γλώσσας, η οποία θα μπορούσε να βοηθήσει τους θεραπευτές διαφορετικών σχολών και προσεγγίσεων να υπερβαίνουν τις εσωστρεφείς διαλέκτους που εγκλωβίζουν σε μονομέρειες, αντιφάσεις και άκαρπους διαξιφισμούς. Διευκολύνοντας την κατανόηση των επιχειρημάτων και των προτάσεων διαφορετικών σχολών και προσεγγίσεων, οι θεραπευτές μπορούν να συνεννοηθούν και να επικοινωνούν για το ποιος κάνει τι, πότε, πώς, και γιατί.

### Η μεθοδολογία σύνθεσης στο ΣΥΜΟΣΥΘ

Η μεθοδολογία για τη σύνθεση, όπως την εφαρμόζουμε, βασίζεται θεωρητικά στα τέσσερα είδη σύνθεσης όπως περιγράφονται στη βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Gold (1996) και Nocross et al. (2005), οι βασικές μέθοδοι σύνθεσης στην ψυχοθεραπεία είναι τέσσερις:

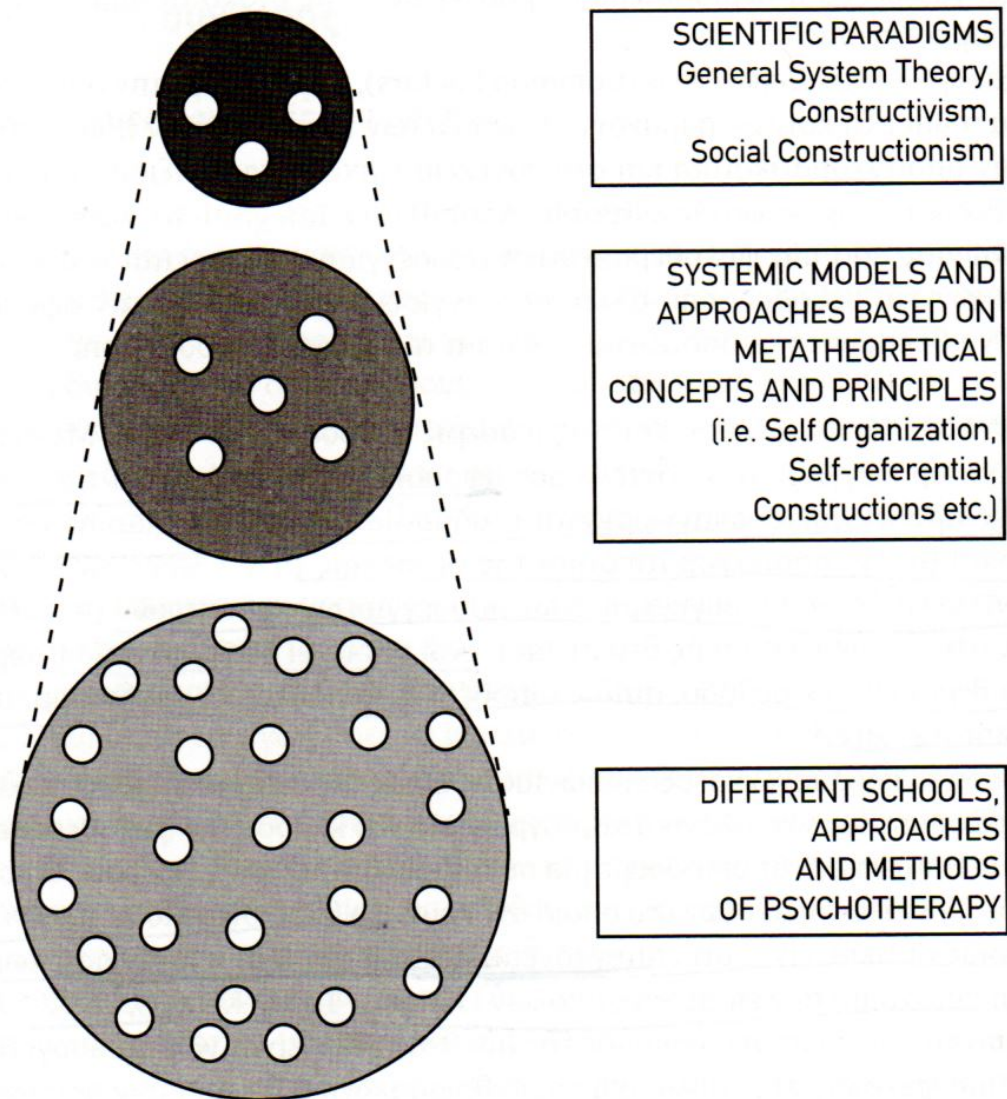
1. Ο Τεχνικός Εκλεκτισμός (Technical Eclecticism), σύμφωνα με τον οποίο γίνεται επεξεργασία των διαφόρων θεωριών αλλά η έμφαση δίνεται στην επιλογή τεχνικών και μεθόδων (βάσει ερευνητικών δεδομένων αποτελεσματικότητας) για τη διαμόρφωση του θεραπευτικού σχεδιασμού.

2. Η *Θεωρητική Σύνθεση* (Theoretical Integration), η οποία εστιάζει στη θεωρητική επεξεργασία δύο ή περισσότερων προσεγγίσεων με στόχο τη δημιουργία μιας νέας προσέγγισης.
3. Η *Εξαγωγή Κοινών Παραγόντων* (Common Factors), σύμφωνα με την οποία διερευνάται η ύπαρξη κοινών παραγόντων μεταξύ των προσεγγίσεων που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα και στη συνέχεια επιχειρείται η αξιοποίησή τους.
4. Η *μέθοδος της Αφομοιωτικής Σύνθεσης* (Assimilative Integration), κατά την οποία, εκκινώντας από μία ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, επιχειρείται η αξιοποίηση τεχνικών και μεθόδων από άλλες προσεγγίσεις, έτσι ώστε με την αφομοίωσή τους να βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα της αρχικής προσέγγισης.

Το ΣΥΜΟΣΥΘ αναφέρεται και στις τέσσερις μεθόδους σύνθεσης. Με άξονα τη συστημική προσέγγιση, στο μοντέλο μας αφομοιώνονται επιλεκτικά τεχνικές από διάφορες προσεγγίσεις· αναγνωρίζεται η σημασία των κοινών παραγόντων που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (π.χ., θεραπευτική συμμαχία)· γίνεται επεξεργασία συγκεκριμένων προσεγγίσεων και οπτικών (π.χ., θεωρία δεσμού, σχολές οικογενειακής θεραπείας), ενώ αποτελεί ένα αυτόνομο θεωρητικό μοντέλο θεραπείας με μέθοδο, στάδια, υποθέσεις, θεραπευτικό σχεδιασμό, παρεμβάσεις και τεχνικές.

Με βάση τα παραπάνω και αξιοποιώντας τις αρχές της συστημικής επιστημολογίας, διαμορφώσαμε μία εννοιολογική χαρτογράφηση του κλάδου της ψυχοθεραπείας, η οποία μας επιτρέπει να αποκτήσουμε μία συστημική οπτική των επιμέρους θεραπευτικών σχολών και των πλαισίων στα οποία ανήκουν. Το βασικότερο ίσως πλεονέκτημα μιας τέτοιας οπτικής είναι ότι επιτυγχάνεται μία ενοποιητική προσέγγιση χωρίς να θίγεται η αυτονομία των επιμέρους σχολών (Katakis, 1986· Katakis, 2002). Άλλωστε, η άποψή μας είναι ότι ο σκοπός της σύνθεσης δεν είναι να δημιουργηθεί μία “παγκόσμια ψυχολογική, κοινωνική και ανθρωπολογική θεωρία των πάντων” που θα ερμηνεύει το σύνολο των ανθρώπινων δράσεων (Μπογδάνης, 2008). Αντίθετα, βλέπουμε τη σύνθεση ως μία διαδικασία που εξελίσσεται, ως μία ιστορία που, καθώς συσσωρεύει γεγονότα, εμπειρία και γνώση, επαναπροσδιορίζεται διαρκώς, ως μία διαδικασία διαλόγου, ανταλλαγής απόψεων και αποδοχής της διαφορετικότητας κάθε προσέγγισης, γεγονός που οδηγεί στη συμφιλίωση (Stierlin, 2003).

Η συστημική προσέγγιση που υιοθετούμε μας βοηθά να βάλουμε σε τάξη τα του οίκου μας και μας επιτρέπει να μπορούμε να συνεννοούμαστε για το ποιος κάνει τι, πότε, πώς, και γιατί. Με τον τρόπο αυτό, το ΣΥΜΟΣΥΘ θέτει τις βάσεις για την ανάπτυξη μιας κοινής γλώσσας, η οποία να διευκολύνει την επικοινωνία ανάμεσα σε θεραπευτές που ανήκουν σε διαφορετικές σχολές και προσεγγίσεις. Μία κοινή γλώσσα η οποία θα μπορούσε να βοηθήσει τους θεραπευτές διαφορετικών σχολών και προσεγγίσεων να υπερβούν τις εσωστρεφείς διαλέκτους που εγκλωβίζουν σε μονομέρειες, αντιφάσεις και άκαρπους διαξιφισμούς, διευκολύνοντας τη συνεννόηση στον ευρύτερο κλάδο της ψυχοθεραπείας και την κατανόηση των επιχειρημάτων και των προτάσεων διαφορετικών σχολών και θεραπευτικών προσεγγίσεων.



#### ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ

Η έννοια της Τελεονομικής Εντροπίας: Η ενότητα του και σώματος μέσα από μία ολιστική οπτική

Μία σημαντική πτυχή των συνθετικών εξελίξεων στη σύγχρονη επιστημονική σκέψη είναι η σταδιακή αναγνώριση της αδιαίρετης ενότητας του και σώματος. Το σοβαρότερο ίσως εμπόδιο για μία συνθετική θεώρηση αποτελεί το γεγονός ότι σύμφωνα με τη γραμμική σκέψη η σωματική και η ψυχική υγεία εξακολουθούν να ορίζονται με βάση χωριστά θεωρητικά μοντέλα. Πρόκειται για μία δυϊστική οπτική για την υγεία και την αρρώστια, που βλέπει το ψυχοκοινωνικό επίπεδο της λειτουργίας του ανθρώπου ως αποσυνδεδεμένο από το νευροβιολογικό ή το φυσικοχημικό. Σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο, που έχει βαθιές ρίζες στην παραδοσιακή επιστημονική μέθοδο, η αρρώστια είναι η εκδήλωση μιας συγκεκριμένης οργανικής αιτιολογίας, η οποία πρέπει να διαγνωστεί και μετά να θεραπευθεί. Σε αυτό το πλαίσιο, η αρ-



ρώστια –σωματική και ψυχική– είναι αποτέλεσμα ενός ή περισσότερων αιτιών, τα οποία, μόλις εντοπιστούν, γίνονται προσπάθειες να καταπολεμηθούν.

Αντίθετα, σύμφωνα με τον Seligman (2006), δεν είναι τα συμβάντα αυτά καθεαυτά που οδηγούν σε ψυχολογικές διαταραχές αλλά ο χαρακτηριστικός τρόπος που αξιολογούνται από το ίδιο το άτομο.<sup>48</sup> Στο πλαίσιο, ωστόσο, των νευροεπιστημών και των νέων κλάδων που αναπτύσσονται (όπως ψυχο-ανοσοβιολογία, νευρο-ψυχολογία, ψυχο-νευρο-ανοσο-βιολογία κ.λπ.), η γεφύρωση ανάμεσα στον νου και το σώμα οδηγεί στην άποψη ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι διαμορφωμένος με τρόπο που η ανάπτυξή του να καθορίζεται από την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων (Siegel, 1999).

Στο ίδιο πλαίσιο βρίσκεται η κεντρική θέση του ΣΥΜΟΣΥΘ, ότι η ψυχοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική για την αντιμετώπιση σωματικών συμπτωμάτων όσο είναι και για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Οι θέσεις αυτές στηρίχτηκαν θεωρητικά με τη σύλληψη της έννοιας της Τελεονομικής Εντροπίας, η οποία βασίστηκε στην αρχή της Γενικής Θεωρίας των Συστημάτων και σύμφωνα με την οποία, όλα τα ζωντανά συστήματα είναι βιοψυχοκοινωνικά. Σύμφωνα με το μοντέλο (Katakis & Katakis, 1982), κάθε είδος οργανικής δυσλειτουργίας –από πονοκεφάλους και καρδιακές προσβολές, μέχρι τον καρκίνο και τα ατυχήματα– μπορούν να θεωρηθούν ως μεταφορές της αταξίας από το ψυχοκοινωνικό επίπεδο (γνώσεις, συναισθήματα, κατασκευές, ανθρώπινη αλληλεπίδραση) στο βιολογικό και βιοχημικό.

Η θεραπευτική εμπειρία (Κατάκη, 2005) μάς έχει δείξει ότι τα λειτουργικά οργανικά συμπτώματα (πονοκέφαλοι, πόνοι στην πλάτη, στομαχικές διαταραχές, αρρυθμίες, κολικοί κ.λπ.) μειώνονται ή εξαφανίζονται σχετικά γρήγορα και μάλιστα συχνά πριν ακόμη γίνουν μεγάλες αλλαγές στον τρόπο που οι θεραπευόμενοι αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους και τη ζωή. Φαίνεται ότι η απόφαση αυτή καθεαυτή να εστιάσουν στην προσπάθεια να κατανοήσουν και να αλλάξουν τα δεδομένα της ζωής τους, τους βοηθά να ελέγχουν τη λειτουργία του οργανισμού τους. Βέβαια, οι αρρώστιες που εκδηλώνονται σε κάποιο όργανο ή λειτουργία του οργανισμού, π.χ. καρδιά, στομάχι, πνεύμονες, κύτταρο, απαιτούν βαθύτερες ανακατασκευές των σεναρίων μας.

Σε αυτό το πλαίσιο, είναι σημαντικό να αναρωτηθεί κανείς πόσο χρήσιμο είναι να προσπαθούμε να κατανοήσουμε και να αντιμετωπίσουμε τις διαταραχές, ψυχικές και σωματικές, με βάση τους αντικειμενικούς και γενικούς στρεσογόνους παράγοντες. Γιατί καθοριστικός παράγοντας για την ψυχολογική και σωματική μας υγεία δεν είναι κάποια *a priori* στρεσογόνα γεγονότα ή παράγοντες, τα οποία αυτά καθεαυτά προκαλούν τη σωματική διαταραχή (όπως άλλωστε και την ψυχολογική), αλλά ο τρόπος που ο καθένας μας ερμηνεύει αυτά τα ερεθίσματα και τα μηνύματα στο πλαίσιο των αυτοαναφορικών μας κατασκευών.

48. Η έννοια του Seligman την οποία ονόμασε *explanatory style* έχει πολλές ομοιότητες με την έννοια του Γνωστικού Συστήματος Αυτοαναφοράς (ΓΣΑ).

ΤΕΛΕΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΤΡΟΠΙΑ: ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΤΗΣ ΑΤΑΞΙΑΣ ΣΕ  
ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ



ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΤΗΣ ΤΕΛΕΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΝΤΡΟΠΙΑΣ

### Το Γνωστικό Σύστημα Αυτοαναφοράς (ΓΣΑ)

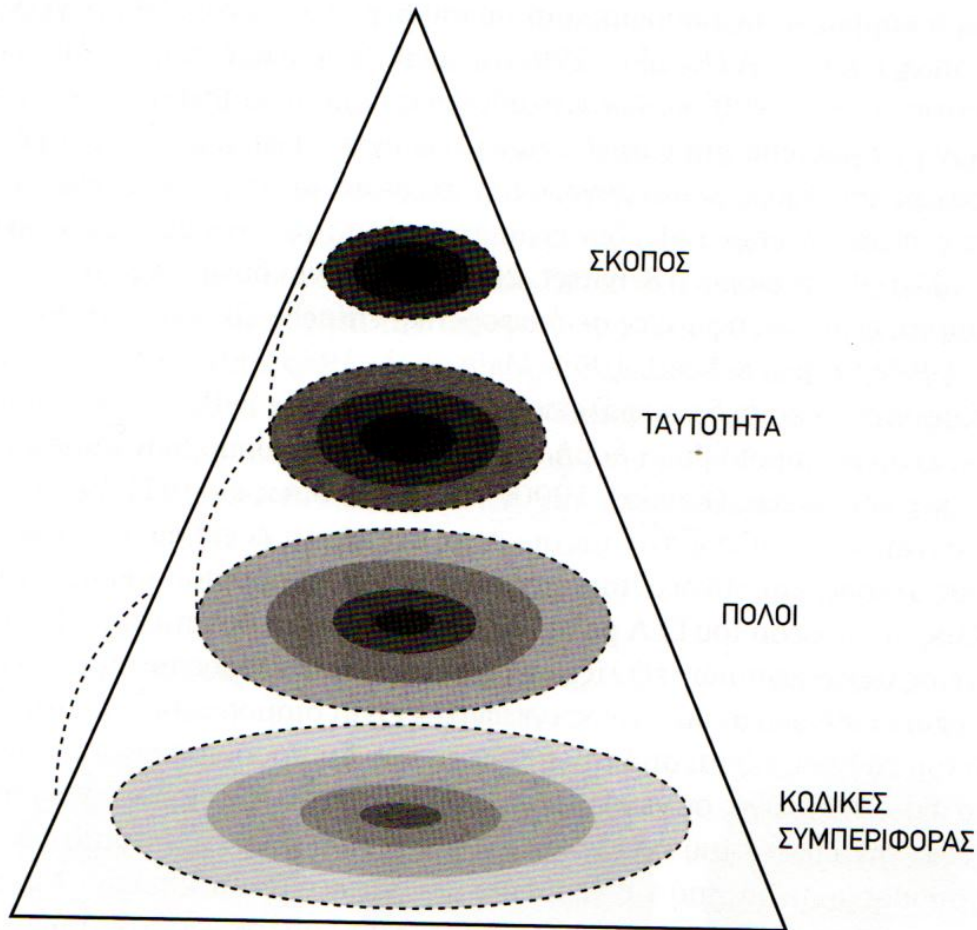
Το ΓΣΑ περιγράφει την προκατασκευασμένη “θεωρία” μας, δηλαδή το ιεραρχημένο σύστημα αυτοαναφορικών κατασκευών που κάθε άνθρωπος έχει και το οποίο διαμορφώθηκε μέσα από μακρόχρονες και καθοριστικές εμπειρίες με υψηλό βαθμό συγκινησιακής φόρτισης, και γι’ αυτό αποτελεί το φίλτρο μέσα από το οποίο ερμηνεύουμε τα ερεθίσματα που δεχόμαστε. Βασίζεται σε συστημικές έννοιες (ιεραρχία, αυτοοργάνωση, αυτοαναφορά), και υιοθετεί την οπτική μιας σπειροειδούς ανελικτικής διαδικασίας<sup>49</sup> και εξέλιξης όλων των ζωντανών συστημάτων (Katakis, 1990β).

Το ΓΣΑ αποτελεί βασικό εργαλείο κατανόησης των διεργασιών που διαμορφώνουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και προσωπικότητα. Το πώς αντιλαμβανόμαστε τον εαυτό μας, τη σχέση μας με το περιβάλλον και τη ζωή γενικά εξαρτάται από ένα ερμηνευτικό πλαίσιο αναφοράς, το οποίο λειτουργεί ως ένας κεντρικός προγραμματισμός για ένα άτομο, μία οικογένεια, ή μία οποιαδήποτε κοινωνική ομάδα.

Ως προς τη θεραπευτική διαδικασία, οι αναθεωρήσεις, οι ανακατασκευές και οι ανακατατάξεις που επιτυγχάνονται κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής διαδρομής ατόμων και ομάδων προχωρούν ανοδικά. Δηλαδή, ξεκινούν από συγκεκριμένες αντιλήψεις και συμπεριφορές που αφορούν στην ορατή πλευρά του εαυτού μας και των σχέσεών μας με τους άλλους (τι κάνω και πώς το κάνω) και προχωρούν σε όλο και πιο κομβικά στοιχεία της αυτοαναφοράς μας, όπως οι αξίες, η ταυτότητα, και σε καίριους προβληματισμούς και υπαρξιακά θέματα (*ποιος είμαι, πού πάω, και γιατί*).

49. Η βασική σύλληψη για τη σπειροειδή ανελικτική πορεία των ζωντανών συστημάτων αποτελεί μία πρωτότυπη ιδέα που σφράγισε ανεξίτηλα την ελληνική συστημική σκέψη και ανήκει στον Γ. Βασιλείου.

## ΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ (ΓΣΑ)



Η οπτική αυτή έχει σημαντικές αναλογίες με όσα περιγράφει η Θεωρία Συναισθηματικού Δεσμού του John Bowlby. Ο Bowlby (1969) υποστήριξε ότι η ανάγκη για τη δημιουργία δεσμού είναι αναπόφευκτη και ότι τα βρέφη αναζητούν διαρκώς την αίσθηση ασφάλειας και φροντίδας από τους φροντιστές τους. Όμως, ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο οι φροντιστές ανταποκρίνονται σε αυτή την ανάγκη, το παιδί αναπτύσσει διαφορετικές στρατηγικές προκειμένου να επιτύχει την απόσταση εκείνη που θα του προσφέρει το επίπεδο ασφάλειας που έχει ανάγκη (Bowlby, 1988). Ο Bowlby (1973) θεωρούσε ότι, αν η ικανοποίηση των βασικών αναγκών διαστρεβλωθεί ή διακοπεί, τα παιδιά θα αναπτύξουν μεγάλες δυσκολίες στη σύναψη λειτουργικών διαπροσωπικών σχέσεων αλλά και στη συγκρότηση μιας αυτόνομης εικόνας του εαυτού, σημειώνοντας ότι οι δυσκολίες αυτές μπορεί να συνδέονται με ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Ο κύκλος της αλληλεπίδρασης φροντιστών και παιδιού επαναλαμβάνεται πολλές φορές στη ζωή ενός παιδιού, διαμορφώνοντας έναν εσωτερικό χάρτη. Ο χάρτης αυτός ονομάζεται Ενεργά Μοντέλα Δεσμού – ΕΜΔ (Internal Working Model) (Pietromonaco & Barrett, 2000) και προσδιορίζει τις προσδοκίες και τις εκτιμήσεις του ατόμου για το πώς πρόκειται να συμπεριφερθούν οι άλλοι στις διαπροσωπικές σχέσεις. Με άλλα λόγια, διαμορφώνει την εικόνα του για τον κόσμο, τον εαυτό και τους άλλους.

Οι αναλογίες του ΓΣΑ με τα ΕΜΔ είναι πολύ σημαντικές και προσφέρουν τη θεωρητική βάση για την ερμηνεία της διαδικασίας κατασκευής νέων εγγραφών σε βαθύτερα κομμάτια της προσωπικότητας του θεραπευομένου. Πιο συγκεκριμένα, τα ΕΜΔ, όπως και το ΓΣΑ (Katakis, 1990b), είναι ιεραρχικά δομημένα (Bowlby, 1980· Bretherton, 1985, 1990) καθώς κατευθύνονται από το επίπεδο των συγκεκριμένων σχέσεων με πρόσωπα στο επίπεδο των γενικών και αφηρημένων σχημάτων για τις προσδοκίες που αφορούν στο σύνολο των σχέσεων. Με την έννοια αυτή, οι πληροφορίες σε ένα επίπεδο των ΕΜΔ δεν είναι απαραίτητο να είναι σε συμφωνία με εκείνες σε ένα άλλο (Pietromonaco & Barret, 2000) αλλά είναι δυνατό να είναι διαφορετικές και κάποιες φορές αντιφατικές σε διαφορετικά επίπεδα (Bowlby, 1980· Bretherton, 1985, 1990· Collins & Read, 1994· Main et al., 1985). Έτσι, λ.χ., μπορεί κανείς να έχει διαφορετικά επίπεδα ασφάλειας με διαφορετικούς ανθρώπους. Η άποψη αυτή, επίσης, είναι παρόμοια με τη δομή του ΓΣΑ, όπου συνυπάρχουν αντιφατικές αυτοαναφορικές κατασκευές (Katakis, 1990γ). Τα ΕΜΔ, όπως και το ΓΣΑ (Κατάκη, 1995), είναι “δυναμικά” περιλαμβάνοντας σύνθετες αναπαραστάσεις για τον εαυτό, τον κόσμο και τους άλλους, και συνδέονται αποφασιστικά με τη ρύθμιση του συναισθήματος.

Τέλος, η σύνδεση του ΓΣΑ με τα ΕΜΔ προσφέρει τη δυνατότητα αξιοποίησης και ερμηνείας των τελευταίων εξελίξεων στον χώρο των νευροεπιστημών. Σύμφωνα με τον Siegel (1999), ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι διαμορφωμένος έτσι ώστε η ανάπτυξη του να καθορίζεται από την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων σε τέτοιο βαθμό ώστε οι αλλαγές σε νευροφυσιολογικό επίπεδο να μπορούν να αποτυπωθούν στην ίδια την εικόνα του εγκεφάλου, γεγονός που μόλις πρόσφατα μπορέσαμε να διαπιστώσουμε μέσα από τις νευροαπεικονιστικές (neuroimaging) μεθόδους. Οι μελέτες στις νευροεπιστήμες (Bretherton & Munholland, 2008) αποκαλύπτουν ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι οργανωμένος στη βάση της διυποκειμενικότητας (intersubjectivity) και έχει την ικανότητα να κατανοεί τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα των άλλων αλλά και να συντονίζεται με αυτά μέσω των καθρεπτικών νευρώνων (mirror neurons). Οι εξελίξεις αυτές επισημαίνουν τον δυναμικό χαρακτήρα της μνήμης ως λειτουργίας που κατασκευάζει και ανακατασκευάζει διαρκώς τις εμπειρίες, επιτρέποντας στα άτομα να αναδομήσουν δομικά γνωστικά και συγκινησιακά αυτοαναφορικά σχήματα (Schacter & Addis, 2007), γεγονός που σχετίζεται με τον σκοπό της θεραπείας στο ΣΥΜΟΣΥΘ.

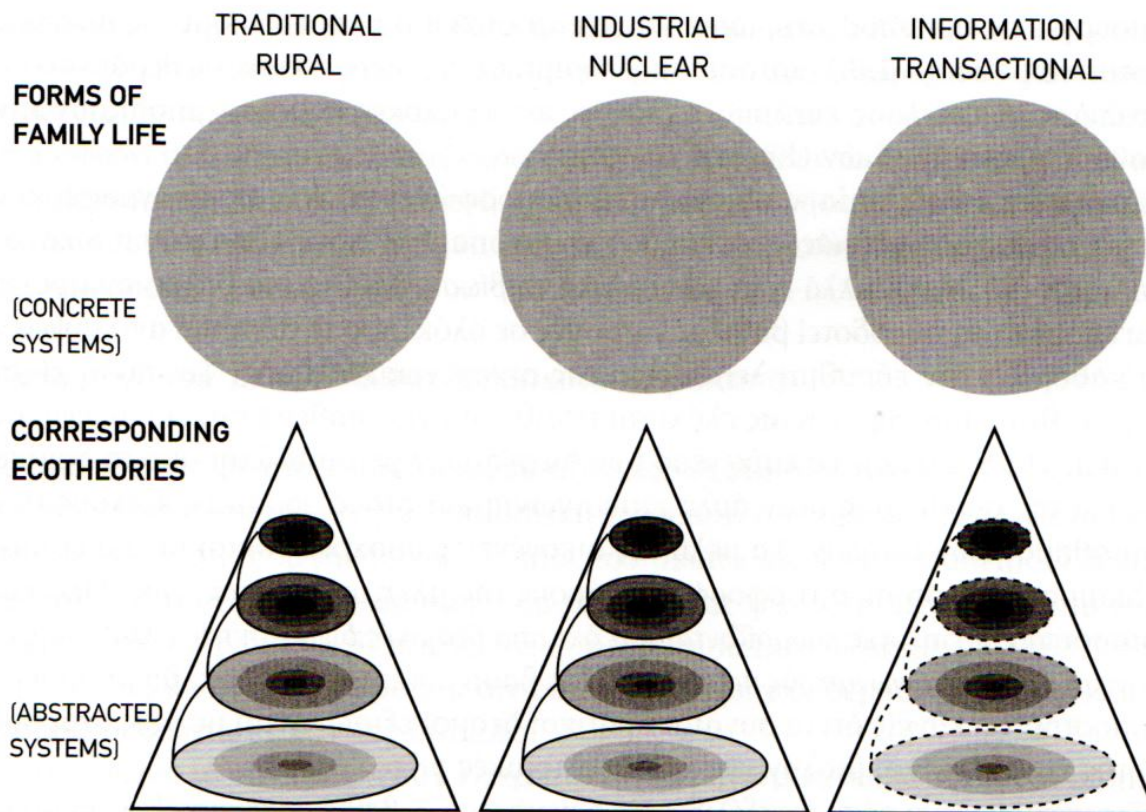
### Το Μοντέλο των Τριών Οικοθεωριών (ΜΟΤΟ): Το πολιτισμικό υπόβαθρο της θεραπείας

Το μοντέλο των τριών οικοθεωριών (ΜΟΤΟ) αποτελεί εφαρμογή του ΓΣΑ που αποτυπώνει τον τρόπο με τον οποίο κατασκευάζουμε, συγκατασκευάζουμε και ανακατασκευάζουμε τις αντιλήψεις μας σε ό,τι αφορά την οικογενειακή ζωή.

Οι τρεις οικοθεωρίες παραπέμπουν στις τρεις διαδοχικές μορφές οικογένειας: την παραδοσιακή-εκτεταμένη, τη βιομηχανική-πυρηνική, την επικοινωνιακή-συναλλακτική, οι οποίες αντιστοιχούν στα τρία στάδια εξέλιξης των κοινωνιών (αγροτική, βιομηχανική, μετανεωτερική) (Κατάκη, 1984).

Βασική ιδέα του θεωρητικού αυτού μοντέλου είναι ότι στη σύγχρονη οικογένεια συνυπάρχουν και αλληλοσυγκρούονται στοιχεία των εναλλασσόμενων οικοθεωριών που έχει κατασκευάσει ένα άτομο, μία οικογένεια ή μία πολιτισμική ομάδα, και υπογραμμίζει τον βαθμό παραδοσιακότητας η οποία ανιχνεύεται μέσα από το νόημα που τα μέλη της δίνουν στον θεσμό της οικογένειας.

Η ανάλυση του περιεχομένου της οικοθεωρίας βασίστηκε σε τέσσερις ιεραρχικά δομημένες γνωστικές κατηγορίες που απαντούν σε αντίστοιχα θεμελιώδη ερωτήματα: α) Ποιος είναι ο σκοπός της οικογένειας; (*Γιατί αποτελείται οικογένεια*). β) Ποιος είναι ο βασικός αξιολογικός προσανατολισμός που δίνει τις κεντρικές κατευθυντήριες γραμμές και τους περιορισμούς για την οικογενειακή ζωή; (*Τι μας κρατάει μαζί*). γ) Ποιοι είναι και πώς διαμορφώνονται οι ορισμοί των ρόλων που ανατίθενται και που αναλαμβάνουν τα μέλη της οικογένειας; δ) Ποιοι είναι και πώς διαμορφώνονται οι βασικοί κανόνες συμπεριφοράς των μελών της οικογένειας σε κάθε είδους καταστάσεις (π.χ., καθημερινές οικογενειακές συνήθειες, τελετουργίες, σημαντικά γεγονότα, κ.ο.κ.), (Katakis, 1992β).



Οι παραπάνω τέσσερις ιεραρχικά ταξινομημένες γνωστικές κατηγορίες (σκοποί, αξίες, ρόλοι και κανόνες συμπεριφοράς) συνιστούν τους κώδικες που καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας συναλλάσσονται μεταξύ τους αλλά και με το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ανήκουν.

Στην πρώτη οικοθεωρία αντιστοιχεί η εκτεταμένη μορφή οικογένειας. Ο σκοπός της είναι η βιολογική και οικονομική επιβίωση των μελών που την αποτελούν και η βασική αξία που διασφαλίζει τη συνοχή της οικογένειας και της κλειστής παραδοσιακής κοινότητας είναι η αλληλεξάρτηση. Οι ρόλοι είναι προδιαγεγραμμένοι και ξεκάθαροι σε όλους και η οριοθέτηση των υποχρεώσεων και των δικαιωμάτων των μελών της κοινότητας γίνεται σεβαστή από όλους εφόσον η καταστρατήγησή τους θέτει σε κίνδυνο την επιβίωση. Η ύπαρξη ξεκάθαρων συλλογικών σκοπών και στόχων αίρει υπαρξιακά ερωτήματα και διλήμματα (*ποιος είμαι, πού πάω, τι θέση έχουν οι άλλοι στη ζωή μου και γιατί*).

Η δεύτερη οικοθεωρία εκφράζει τις προδιαγραφές της οικογένειας που έχει ενταχθεί πλέον στο αστικοποιημένο κοινωνικό περιβάλλον. Σε αυτή τη φάση, ενώ ο σκοπός παραμένει η βιολογική και οικονομική επιβίωσή της, η πυρηνική οικογένεια αντικαθιστά την ευρεία οικογένεια της κλειστής παραδοσιακής κοινότητας. Στη φάση αυτή, το παιδί λειτουργεί ως ο συνδεδετικός κρίκος που συνδέει τους γονείς, εφόσον σκοπός της συνύπαρξής τους είναι το μέγλωμα των παιδιών τους, και γι' αυτό αναφέρεται και ως παιδοκεντρική. Δεν είναι, λοιπόν, αξιοπερίεργο ότι τα παιδιά τριγωνοποιούνται στις σχέσεις με τους γονείς. Ο ομοιοστατικός ρόλος του παιδιού δημιουργεί τις προϋποθέσεις ώστε να γίνεται συχνά ο υποδεικνυόμενος ασθενής (*identified patient – I.P.*) (κατάσταση γνώριμη στους οικογενειακούς θεραπευτές), οδηγώντας σε φαύλους κύκλους, ακαμψίες και εμπλοκές που παρεμποδίζουν την αυτονομία των παιδιών (Κατάκη, 1992).

Στην τρίτη οικοθεωρία –που σταδιακά διαμορφώνει τις νέες προδιαγραφές της μεταμοντέρνας οικογένειας–, ο σκοπός της συνύπαρξης δεν είναι πλέον η οικονομική και η βιολογική αλλά η ψυχοκοινωνική επιβίωση. Μία τέτοια ριζική ανατροπή είναι επόμενο να πυροδοτεί βαθιές ανατροπές σε ολόκληρο το σύστημα αντιλήψεων που καθορίζει την εύρυθμη λειτουργία της οικογενειακής ζωής. Τα πάντα είναι προς αναθεώρηση, αφήνοντας ελάχιστα περιθώρια για σταθερά σημεία αναφοράς (Κατάκη, 1995, 2002). Το επίκεντρο των διεργασιών μετατοπίζεται από τα δομικά στοιχεία της συμβίωσης στην άυλη επικοινωνία και στους άορατους κρίκους των συναισθηματικών δεσμών. Τα μέλη της οικογένειας υποχρεώνονται σε μία επίπονη διαπραγμάτευση σε ό,τι αφορά τους όρους της αλληλεπίδρασής τους. Όλο και περισσότερο οι επιλογές καθορίζονται πια όχι από θεσμικές διευθετήσεις αλλά από ψυχολογικούς και επικοινωνιακούς παράγοντες. Με βάση αυτές τις εξελίξεις, θα μπορούσε να υποστηριχθεί κανείς ότι οι συναισθηματικοί δεσμοί εξισώνονται με τους δεσμούς αίματος και τις κοινές βιολογικές και πολιτισμικές ρίζες.

Στη μεταμοντέρνα φάση της εξέλιξης της οικογένειας, οι βαθιές ανακατατάξεις οδηγούν σε νέες μορφές συμβίωσης και σαρωτικές αλλαγές στον χάρτη της οικογενειακής ζωής. Το μωσαϊκό των σύγχρονων οικογενειών περιλαμβάνει κάθε δυνατή παραλλαγή (σε θεσμικό, νομικό, κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο). Πολυφυλετικές, πολυθρησκευτικές και πολυγλωσσικές οικογένειες δημιουργούνται συνεχώς με γρήγορους ρυθμούς, ενώ οι μονογονεϊκές οικογένειες και τα ομόφυλα ζευγάρια αλλάζουν εκ βάθρων την εικόνα που είχαμε έως σήμερα για το τι είναι οικογένεια (Μπογδάνης, 2006β).

Οι εμπειρίες και οι πρακτικές των Ελλήνων συστημικών θεραπευτών που καλλιεργήθηκαν εδώ και μισό αιώνα (συνεχιζόμενες διαχρονικές έρευνες, κλινική δουλειά με ομάδες, οικογένειες και άτομα, παρεμβάσεις σε ευρύτερες κοινωνικές ομάδες και εκπαίδευση επαγγελματιών) υφάνθηκαν πάνω στον καμβά της ελληνικής ιστορίας και μας συνδέουν με τις πολιτισμικές μας ρίζες και με τα πρόσφατα συνεχώς μεταλλασσόμενα κοινωνικο-οικονομικά και ψυχοκοινωνικά μοτίβα της οικογενειακής και κοινωνικής ζωής. Η έρευνα για την ελληνική οικογένεια οφείλει τα μέγιστα στους πρωτεργάτες της συστημικής σκέψης στην Ελλάδα, τον Γιώργο και τη Βάσω Βασιλείου. Επιστρέφοντας από τις ΗΠΑ στις αρχές της δεκαετίας του 1960, οι Βασιλείου έφεραν στις αποσκευές τους τις επαναστατικές ιδέες της συστημικής προσέγγισης και των εφαρμογών της στην οικογενειακή θεραπεία. Η αποδοχή, η απορρόφηση και η διάδοση της συστημικής επιστημολογίας και των εφαρμογών της στον κλάδο της ψυχικής υγείας φαίνεται να έχει σχέση με το γεγονός ότι ρίζωσε και καλλιεργήθηκε πάνω στο πρόσφορο έδαφος της ελληνικής εμπειρίας. Οι ιδέες που αναπτύχθηκαν καθώς και οι εφαρμογές τους έκαναν φανερό τη συνθετική προοπτική που ενσωμάτωναν. Ταυτόχρονα, διαμόρφωσαν το ερευνητικό πλαίσιο για τη μελέτη της ελληνικής οικογένειας (Triandis, Vassiliou & Nassiakou, 1968· Vassiliou, 1966· Vassiliou, 1970· Vassiliou & Vassiliou, 1970).

Το ΜΟΤΟ αποτελεί ένα εργαλείο ανάλυσης των αυτοαναφορικών κατασκευών ενός ατόμου ή μιας κοινωνικής ομάδας μέσα στο ιστορικό, πολιτισμικό της πλαίσιο, προσφέρει τη δυνατότητα στους θεραπευτές να εντοπίζουν το πολιτισμικό υπόβαθρο συμπεριφορών και επιλογών, ενδοπροσωπικών αντιφάσεων και διαπροσωπικών συγκρούσεων και αδιεξόδων, και να σχεδιάζουν τις ενδεδειγμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

### ***Εφαρμογή του ΣΥΜΟΣΥΘ στη θεραπευτική πρακτική***

**Ο σκοπός της ψυχοθεραπείας μέσα από μία ολιστική οπτική**

Η όποια προσπάθεια για ουσιαστική σύγκλιση δεν μπορεί παρά να σημαίνει κάποια ελάχιστη συμφωνία και ως προς τον σκοπό της ψυχοθεραπείας. Σύμφωνα με τον Strupp (1986), ο ορισμός του σκοπού της ψυχοθεραπείας είναι το πλέον θεμελιακό πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί αν θέλουμε να αποκτήσουμε μία κοινή γλώσσα που να βοηθά την επικοινωνία μεταξύ θεραπευτών τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον Metz (2013), τρία είναι τα βασικά επίπεδα κατηγοριοποίησης των απαντήσεων που δίνονται στο ερώτημα ποιος είναι ο σκοπός της θεραπείας. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι απαντήσεις με ενδοπροσωπικά χαρακτηριστικά, στη δεύτερη εκείνες με διαπροσωπικά, και στην τρίτη αξιοποιούνται ταυτόχρονα οι δύο προηγούμενες κατηγορίες.

Επιγραμματικά αναφέρουμε ότι στην κατηγορία της εστίασης σε ενδοπροσωπικά χαρακτηριστικά γίνεται αναφορά σε σκοπό που σχετίζεται αποκλειστικά με το ίδιο το άτομο, για παράδειγμα «*το ασυνείδητο να γίνει συνειδητό*» (Freud, 1920), «*να είναι*

κάνεις ανοιχτός στην εμπειρία και να αντιλαμβάνεται με ακρίβεια την πραγματικότητα» (Reich, 1925· Maslow, 1950· Rogers, 1961), «να είναι αυθόρμητος, ανεξάρτητος και αυτόνομος» (Jung, 1933· Maslow, 1950· Rogers, 1961), «να έχει έναν αληθινό και ισχυρό εαυτό» (Winnicott, 1955· Kohut & Wolf, 1978).

Στη δεύτερη κατηγορία, δίνεται έμφαση στους διαπροσωπικούς παράγοντες (Buber, 1967). Εδώ ο σκοπός της θεραπείας είναι να κατανοεί την ουσιώδη φύση του ως άτομο και ταυτόχρονα ως μέλος συλλογικοτήτων (Guntrip, 1971). Στην ίδια κατεύθυνση είναι οι απόψεις του Erich Fromm (1956) και του Rollo May (1969), οι οποίοι δίνουν έμφαση στην ικανότητα δημιουργίας σχέσεων αγάπης, αναφέροντας ότι ο σκοπός της ψυχοθεραπείας πρέπει να έχει αναφορά στις σχέσεις.

Στην τρίτη κατηγορία, η έμφαση στον σκοπό της ψυχοθεραπείας δίνεται με ισοδύναμο τρόπο τόσο στην ενδοψυχική όσο και στη σχεσιακή διάστασή της. Σύμφωνα με την Horney (1950), ο σκοπός της θεραπείας διαχέεται με ισοδύναμο τρόπο στο να βοηθηθεί ο θεραπευόμενος να σχετιστεί με τους άλλους και να λειτουργεί συγχρόνως ως υπεύθυνο άτομο. Ο Holmes (1996), στηρίζοντας τις θέσεις του στην οπτική της θεωρίας του συναισθηματικού δεσμού, επισημαίνει ότι σκοπός της θεραπείας είναι η διαμόρφωση μιας “ασφαλούς βάσης” τόσο στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων όσο και στον εσωτερικό κόσμο του θεραπευόμενου. Η διπλή αυτή καλλιέργεια του εαυτού του επιτρέπει να απολαμβάνει τις στενές σχέσεις και ταυτόχρονα να νιώθει αυτόνομος.

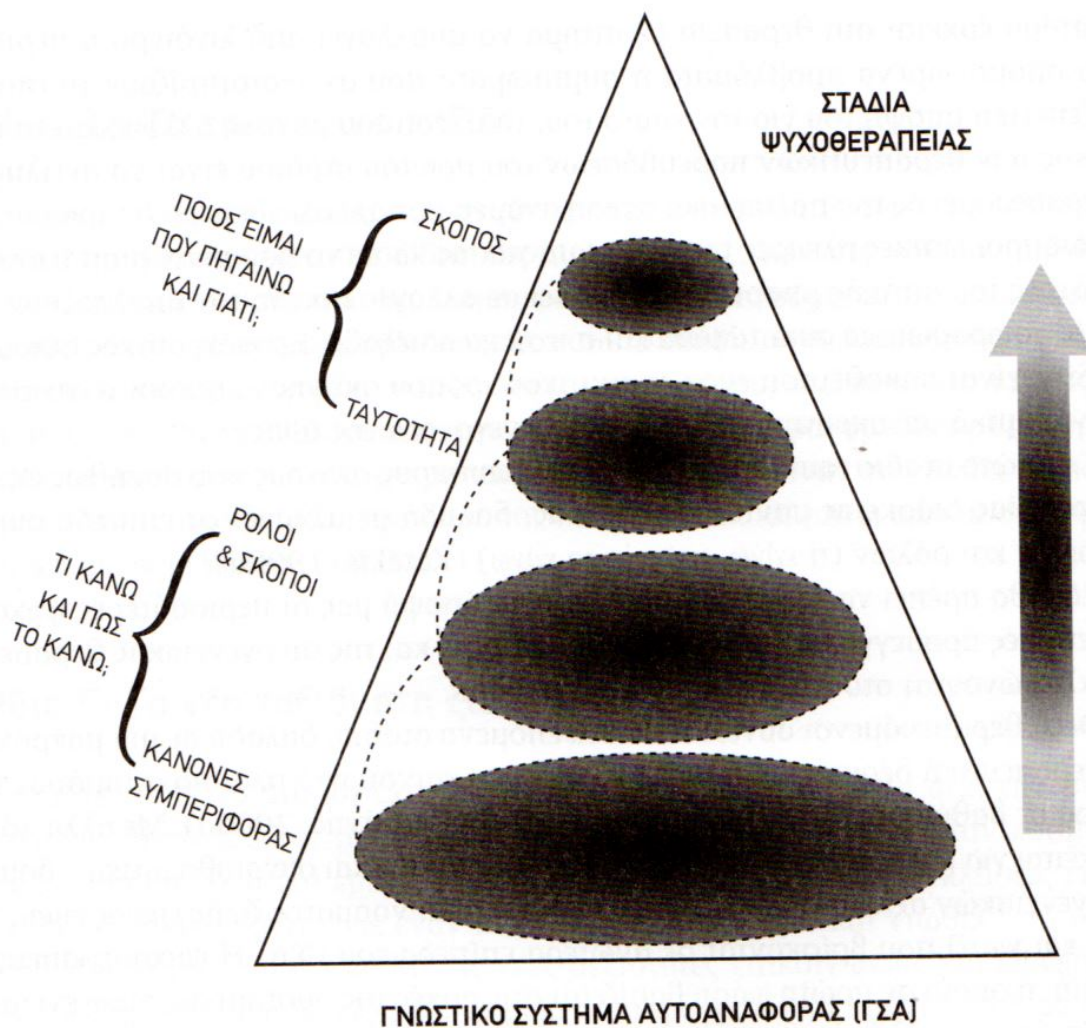
Στο ΣΥΜΟΣΥΘ υιοθετούμε μία οπτική για τον σκοπό στη θεραπεία που περιλαμβάνει τόσο την ενδοπροσωπική όσο και τη διαπροσωπική διάσταση με ενιαίο τρόπο. Έτσι, από τη μία, ο σκοπός της θεραπείας είναι να βοηθήσει άτομα και οικογένειες να αυξήσουν τον βαθμό της εσωτερικής τους συγκρότησης, ούτως ώστε να είναι σε θέση να αυτοκατευθύνονται προς ανώτερα επίπεδα αυτοοργάνωσης, μειώνοντας την παραγωγή αταξίας (“δυσλειτουργίας”) στον εαυτό τους και τους άλλους (Κατάκη & Μπογδάνης, υπό δημοσίευση). Από την άλλη, ο σκοπός συνδιαμορφώνεται από τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο, μέσα στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, και είναι κάθε φορά μοναδικός. Με άλλα λόγια, στην αυτοαναφορική προσέγγιση του μοντέλου, ο σκοπός της θεραπείας καθορίζεται από τον ίδιο τον θεραπευόμενο στο πλαίσιο μιας επίπονης πορείας ανέλιξης και αυτογνωσίας και ως εκ τούτου αποτελεί μία πράξη νοήματος.

### Τα στάδια της συστημικής θεραπείας: Η θεραπεία ως σπειροειδής ανέλιξη

Η ιδέα ότι η ψυχοθεραπεία αποτελεί μία διαδικασία σταδιακής ανοδικής πορείας βασίστηκε στην έννοια του ΓΣΑ, η θεωρητική επεξεργασία της οποίας στηρίχτηκε σε συστημικές έννοιες, όπως η ιεραρχία, η αυτοοργάνωση, η αυτοαναφορά. Ως εκ τούτου, η ψυχοθεραπεία θα μπορούσε να οριστεί ως μία διαδικασία μέσα από την οποία ένα άτομο, αλλά και μία οποιαδήποτε ομάδα (ζευγάρι, οικογένεια, θεραπευτική ομάδα), ανακατασκευάζει το γνωστικό σύστημα αυτοαναφοράς του, δηλαδή τον τρόπο που βλέπει τον εαυτό του σε σχέση με τους άλλους και τη ζωή γενικά.



ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΣΤΗΜΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΩΣ ΣΠΕΙΡΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ



Η διαδικασία των αναθεωρήσεων, των ανακατασκευών και των ανακατατάξεων ξεκινά από ορατά στοιχεία του συστήματος –συμπεριφορές, ρόλους, στόχους– (τι κάνω, και πώς το κάνω) και προχωρά σε όλο και πιο καθοριστικές συνεκτικές διαστάσεις της ύπαρξης και της συνύπαρξης, όπως αξίες, ταυτότητα και σκοπό – προωθημένες και προχωρημένες, δηλαδή, θεραπευτικές διαδικασίες ενδοσκοπήσης και εμπάθυνσης, οι οποίες αποσκοπούν στο να απαντήσουν στο ερώτημα ποιος είμαι, πού πάω, και γιατί.

Σύμφωνα με το συνθετικό μας μοντέλο, οι διαδοχικές αναθεωρήσεις του ΓΣΑ εξελίσσονται διαμορφώνοντας τα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας. Διακρίνονται τρία στάδια στο μοντέλο:

## Στάδιο Α: Η μη συστημική άποψη για τη ζωή

Το άτομο έρχεται στη θεραπεία με αίτημα να απαλλαγεί από λιγότερο ή περισσότερο απομονωμένα προβλήματα ή συμπτώματα που αντικατοπτρίζουν τη στατική διαζευκτική άποψή του για τον εαυτό του, τη σχέση του με τους άλλους και τη ζωή. Στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων του πρώτου σταδίου είναι να αντιληφθεί ο θεραπευόμενος την πολύπλοκη σχέση ανάμεσα σε αλληλένδετες ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές πλευρές της όλης κατάστασης, ώστε να παραδεχθεί ότι η αλλαγή της δικής του οπτικής μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές που θα τον απαλλάξουν από επώδυνα προσωπικά συμπτώματα και σχεσιακά αδιέξοδα. Βασικός στόχος αυτού του σταδίου είναι η υιοθέτηση ενός συστημικού τρόπου σκέψης, ο οποίος αντικαθιστά μία γραμμική αιτιοκρατική εξήγηση για τα γεγονότα της ζωής.

Το πρώτο στάδιο ταυτίζεται με τους θεραπευτικούς στόχους που συνήθως θέτουν τα βραχείας διάρκειας μοντέλα θεραπείας, δηλαδή με αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφορών και ρόλων (τι κάνω, και πώς το κάνω) (Katakis, 1990α).

Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι κατά την άποψή μας οι περισσότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανομένης και της οικογενειακής θεραπείας, ολοκληρώνονται στο τέλος του πρώτου σταδίου.

Όσοι θεραπευόμενοι συνεχίσουν στα επόμενα στάδια, δηλαδή σε μία μακρόχρονη θεραπευτική δέσμευση, διαμορφώνουν ένα καινούργιο πλαίσιο αιτημάτων που αφορά σε βαθύτερες προσωπικές κατασκευές (Μπογδάνης, 2006α). Με άλλα λόγια, πρόκειται για μία διαδικασία αναθεώρησης γνωστικών και συναισθηματικών δομών, οικογενειακών αξιών, προσωπικής ταυτότητας και νοήματος ζωής (*ποιος είμαι, πού πάω, και γιατί*) που βρίσκονται σε ανώτερα επίπεδα του ΓΣΑ. Η ψυχοθεραπευτική πορεία, η οποία σε πρώτη φάση βασίζεται στις αρχές της συστημικής οικογενειακής θεραπείας, μεταλλάσσεται, στη συνέχεια, σε μία ατομοκεντρική ψυχοθεραπευτική διαδικασία, η οποία ενσωματώνει και αξιοποιεί τη γνώση και την εμπειρία των περισσότερων σχολών ψυχοθεραπείας, όπως η ψυχοδυναμική, η ανθρωπιστική, η προσωποκεντρική και η ψυχαναλυτική (Κατάκη & Μπογδάνης, υπό δημοσίευση).

## Στάδιο Β1: Το εσωτερικό κενό

Στην αρχική φάση της ατομοκεντρικής πορείας, ο θεραπευόμενος μοιάζει ακινητοποιημένος εκδηλώνοντας μία δυσφορία, η οποία σχετίζεται με τη διαδικασία αναδιοργάνωσης πολλών εσωτερικών σχημάτων. Αναγνωρίζοντας ότι χρειάζεται νέες προδιαγραφές για τον εαυτό του και τον κόσμο, αναζητεί καινούργιες κατασκευές οι οποίες δεν έχουν ακόμη δημιουργηθεί. Τα συναισθήματα αγωνίας σχετίζονται με το ότι δεν μπορεί να γυρίσει πίσω αλλά και δεν βλέπει καθαρά τον δρόμο μπροστά. Μοιάζει με πορεία σε ένα σκοτεινό τούνελ του οποίου δεν μπορεί να δει την άκρη. Όταν συνειδητοποιήσει πια ότι δεν έχει άλλη επιλογή από το να διερευνήσει αυτό

τον άγνωστο και απειλητικό σκοτεινό εαυτό, ο θεραπευόμενος αποφασίζει να ξεκινήσει το ταξίδι στον εσωτερικό του εαυτό.

## **Στάδιο Β2: Το εσωτερικό ταξίδι**

Το στάδιο αυτό αφορά κυρίως στην αναθεώρηση των δυσλειτουργικών κατασκευών και στη δημιουργία νέων. Το είδος της αυτονόμησης, των συνδέσεων, αλλά και της νέας εικόνας εαυτού που θα διαμορφώσει ο θεραπευόμενος θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένα είδος μορφογένεσης. Σε αυτό το στάδιο, ο θεραπευόμενος συνδέει βασικές εγγραφές με γεγονότα και επιλογές της ζωής του, ενώ κατανοεί το πώς και γιατί διαμορφώθηκαν. Επιτρέπει, έτσι, νέες λύσεις να διαφανούν σε προηγούμενα διλήμματα που εξαιτίας μιας γραμμικής αιτιότητας τον έκαναν να νιώθει εγκλωβισμένος. Ο γραμμικός διαζευκτικός τρόπος σκέψης αντικαθίσταται από τη συστημική ολιστική οπτική (Κατάκη, 1995).

## **Στάδιο Γ: Το νέο ταξίδι στη ζωή**

Στο στάδιο αυτό, το άτομο, έχοντας διευρύνει την οπτική μέσα από την οποία βλέπει τον εαυτό του και την κατάσταση της ζωής του, ανοίγεται στον κόσμο με μεγαλύτερη ασφάλεια και εμπιστοσύνη στις ικανότητές του. Οι προκλήσεις και οι δυσκολίες αναγνωρίζονται με έναν πιο “ρεαλιστικό” τρόπο και νιώθει ότι μπορεί να κατευθύνει τον εαυτό του. Με τις νέες δεξιότητες επικοινωνίας και επαφής με τα συναισθήματά του συνεχίζει την πορεία αυτοπραγμάτωσής του. Γίνεται, με άλλα λόγια, θεραπευτής του εαυτού του.

### **Η ομαδική ψυχοθεραπεία με οικογενειακό προσανατολισμό**

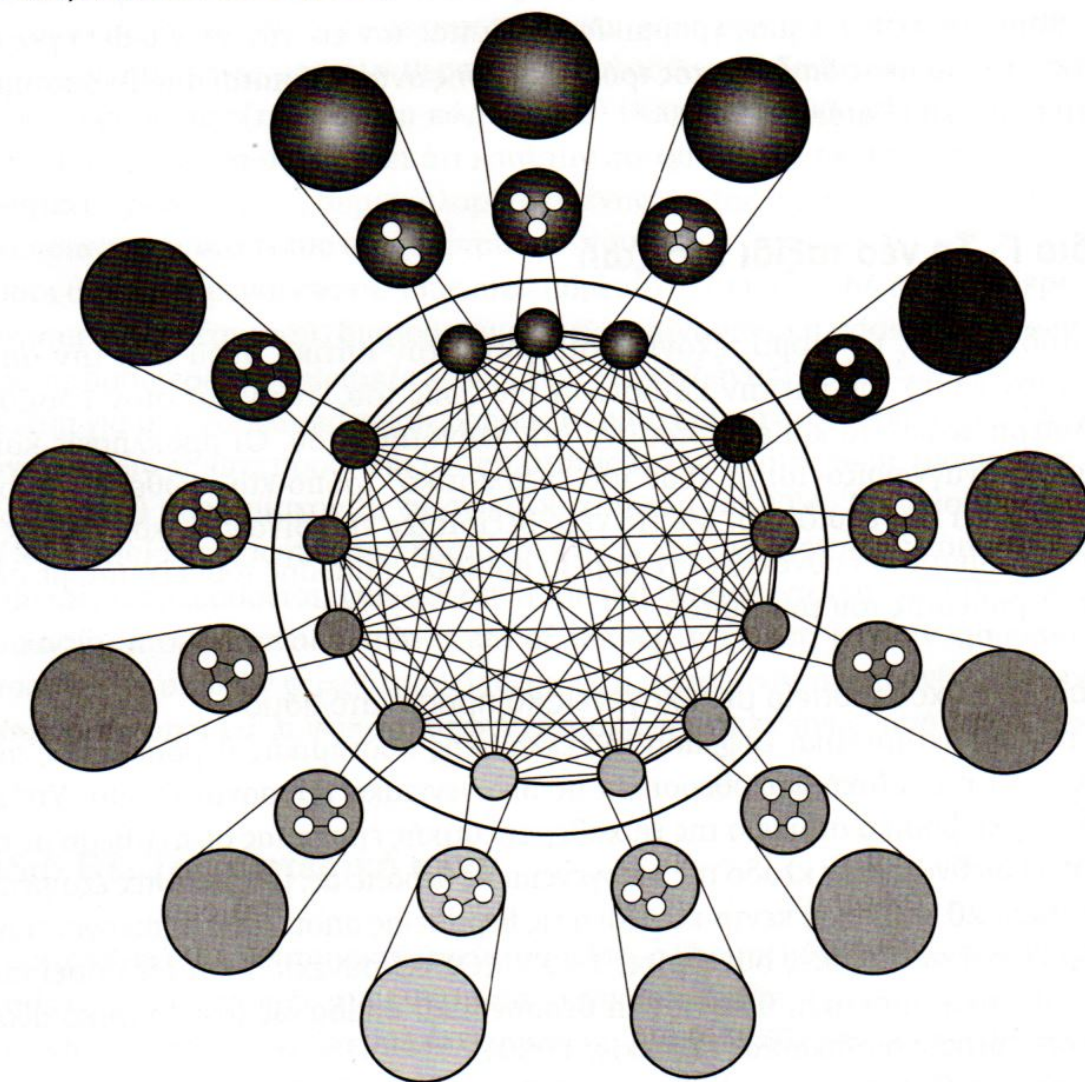
Η πιο χαρακτηριστική έκφραση της ελληνικής συστημικής θεραπευτικής πρακτικής είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία με οικογενειακό προσανατολισμό. Υπήρξε από την αρχή βασικό στοιχείο της ψυχοθεραπευτικής εμπειρίας σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει διεθνώς στον κλάδο της οικογενειακής θεραπείας, με ελάχιστες εξαιρέσεις (Agazarian, 2014), όπου κεντρικό άξονα τις θεραπείας αποτελούν οι οικογενειακές συνεδρίες και οι ατομικές συνεδρίες. Το ΣΥΜΟΣΥΘ συνεχίζει και εξελίσσει αυτή τη θεραπευτική πρακτική, θέτοντας τη θεραπευτική ομάδα ως τον κεντρικό άξονα της θεραπευτικής διαδικασίας (Katakis, 1989).

Η ομαδική θεραπεία στο πλαίσιο του ΣΥΜΟΣΥΘ διεξάγεται σε δίωρες εβδομαδιαίες συνεδρίες, στις οποίες συμμετέχουν 8 με 10 μέλη, συντονίζεται συνήθως από 2 θεραπευτές, ενώ συχνά συμμετέχουν και εκπαιδευόμενοι θεραπευτές (υποχρεωτικά με βάση το εκπαιδευτικό μας πρόγραμμα κάθε εκπαιδευόμενος θεραπευτής περνά τουλάχιστον 2 χρόνια σε αυτό τον ρόλο).

Κατά τη διάρκεια μιας δίωρης εβδομαδιαίας συνεδρίας, με περίπου 10 έως 12 μέλη, ο συστημικός θεραπευτής συναλλάσσεται ταυτόχρονα με ίσο αριθμό οικογενειών μέσα από ένα από τα μέλη τους.

Οι ομάδες αυτές είναι το γόνιμο έδαφος της διαλεκτικής διαδικασίας και αποτελούν το όχημα που προωθεί την ανακατασκευή των στάσεων, αντιλήψεων και πεποιθήσεων για την ανθρώπινη ύπαρξη και συνύπαρξη. Έτσι, διαμορφώνεται μία ομάδα αναστοχασμού η οποία έχει όμοια βασικά χαρακτηριστικά με εκείνες που έχουν περιγράψει ο Tom Andersen (2005) και ο J. Seikkula (2008).

Οι αλλαγές που επιτυγχάνονται μέσα στο πλαίσιο της ομάδας δεν σταματούν στα όριά της. Όταν ένα μέλος της οικογένειας αποφασίζει να αλλάξει και μπαίνει σε μακροχρόνια ομαδική θεραπεία, λειτουργεί ως καταλύτης για την αλλαγή ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος.



Ο θεραπευτικός σχεδιασμός αφορά σε παρεμβάσεις που γίνονται στο πλαίσιο της ομαδικής θεραπευτικής διαδικασίας, και στη συνέχεια διαχέονται στις οικογένειες των μελών. Θα λέγαμε, μάλιστα, ότι οι ομάδες αυτές θυμίζουν την κλειστή παραδοσιακή κοινότητα αλλά και τις παραστάσεις των αρχαίων αμφιθεάτρων, όπου

αναβιώνουν οι παραδόσεις, καταβολές και μύθοι βαθιά ριζωμένοι στο συλλογικό ασυνείδητο της φυλής μας.

Μέσα από την επεξεργασία των σχέσεών τους με τους άλλους αλλά και τη σχέση με τον εαυτό, τα άτομα τα οποία συμμετέχουν σε ομαδική θεραπεία με οικογενειακό προσανατολισμό αποκτούν έναν καταλυτικό ρόλο τόσο στην πυρηνική όσο και στην εκτεταμένη οικογένειά τους. Σε αυτό το σχολείο ζωής (Katakis, 2001), τα άτομα και οι οικογένειες απορροφούν τη συστημική φύση των σχέσεων και προωθούν τη συνεκτικότητα των ανθρώπινων ομάδων. Ως εκ τούτου, κίνηση προς υψηλότερα επίπεδα οργάνωσης εξαπλώνεται στον χρόνο και τον χώρο.

### Μέθοδοι και τεχνικές

Η συνθετική προσέγγιση που ακολουθούμε προσφέρει στους θεραπευτές ένα πλαίσιο και τους κατευθυντήριους άξονες που τους βοηθούν να επιλέξουν και να συνδυάσουν θεραπευτικές μεθόδους και τεχνικές.

Όσον αφορά τον συνδυασμό οικογενειακής και ομαδικής θεραπείας, σύμφωνα με το συνθετικό μας μοντέλο, η οικογενειακή θεραπεία και η ομαδική θεραπεία με οικογενειακό προσανατολισμό θεωρούνται ως οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Σύμφωνα με την προσέγγισή μας, το εάν, το πότε, το για ποια διάρκεια, το σε ποια διαστήματα, το σε ποιο πλαίσιο θα δούμε όλη την οικογένεια ή κάποια μέλη της εξαρτώνται από το τι αντιλαμβανόμαστε ακούγοντας τις ιστορίες των θεραπευομένων μας (Κατάκη και Ανδρουτσοπούλου, 2003). Μέθοδοι και τεχνικές της οικογενειακής θεραπείας (ασκήσεις, γράμματα, συμβόλαια, γενεογράμματα κ.ά.) αξιοποιούνται τόσο στην ατομική όσο και στην ομαδική ψυχοθεραπεία.

Επιπλέον, οι θεραπευτικοί στόχοι και οι αντίστοιχες θεραπευτικές παρεμβάσεις στην ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία ταξινομούνται σύμφωνα με το μοντέλο των σταδίων που περιγράφηκε νωρίτερα. Με άλλα λόγια, οι μέθοδοι και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται αποτελούν παρεμβάσεις οι οποίες προωθούν τους αντίστοιχους στόχους που επιδιώκονται σε κάθε στάδιο. Για παράδειγμα, ασκήσεις και μηνύματα που αποστέλλονται σε μέλη της οικογένειας του θεραπευομένου έχουν αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμες τεχνικές στο πρώτο στάδιο, κατά το οποίο επιδιώκονται αλλαγές που αφορούν στις οικογενειακές σχέσεις. Επίσης, στο θεραπευτικό πλαίσιο της ομάδας εφαρμόζονται και μέθοδοι και τεχνικές από άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις (παιδικές αναμνήσεις, παιχνίδια ρόλων, ζωγραφιές κ.ά.). Ο Wachtel (2008), που εφαρμόζει μία ανάλογη προσέγγιση στην ψυχοθεραπευτική του πρακτική, υποστηρίζει ότι οι αρχές, πάνω στις οποίες βασίζει τις παρεμβάσεις του, είναι ανεξάρτητες από συγκεκριμένο θεωρητικό προσανατολισμό και σε μεγάλο βαθμό αποτελούν το απόσταγμα των εμπειριών έμπειρων θεραπευτών, οι οποίοι αναγνωρίζουν αυτές τις παρεμβάσεις ως αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας.

Ένας θεραπευτής που εφαρμόζει το ΣΥΜΟΣΥΘ τόσο στο ξεκίνημα όσο και καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής πορείας, έχει στη διάθεσή του πολλές επιλογές: ατομική ψυχοθεραπεία εστιασμένη σε θέματα προσωπικά, συνεδρίες ζευγαριού, ή οικογένειας, ή κάποιας οικογενειακής δυάδας (μπτέρα-κόρη, αδέρφια κ.λπ.), συμ-

μετοχή και των δύο μελών ενός ζευγαριού σε διαφορετικές θεραπευτικές ομάδες, ένταξη ενός ή περισσότερων μελών μιας οικογένειας σε ξεχωριστές ομάδες, συνεδρίες ζευγαριού ή οικογένειας σε συνδυασμό με την παράλληλη συμμετοχή ενός ή περισσότερων μελών σε θεραπευτικές ομάδες κ.λπ. Για παράδειγμα, μία ολόκληρη οικογένεια, ένας ή μία σύζυγος, ένας γιος ή μία κόρη, ένας αδελφός ή μία αδελφή μπορεί να προσκληθούν να συμμετάσχουν σε μία ή περισσότερες συνεδρίες.

### Η εκπαίδευση των θεραπευτών στο ΣΥΜΟΣΥΘ

Το ΣΥΜΟΣΥΘ εκτός από θεραπευτικό μοντέλο έχει εξελιχθεί και σε μία ολοκληρωμένη πρόταση εκπαίδευσης στη θεραπεία και τη συμβουλευτική. Ο φορέας υλοποίησης της εκπαίδευσης είναι το *Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρώπινων Σχέσεων*.<sup>50</sup> Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα έχει οργανωθεί, από τη μία, σύμφωνα με τις βασικές αρχές και πρακτικές της συστημικής προσέγγισης και, από την άλλη, σύμφωνα με τις διεθνείς προδιαγραφές (Norcross, 2005) της συνθετικής ψυχοθεραπείας. Με βάση αυτές τις προδιαγραφές, οι εκπαιδευόμενοι μας αποκτούν δεξιότητες εφαρμογής τεχνικών από διάφορες σχολές ψυχοθεραπείας, η επιλογή των οποίων γίνεται με βάση την ερευνητική τεκμηρίωση αποτελεσματικότητάς τους, τη θεραπευτική εκτίμηση-διάγνωση με συστημικούς, σχεσιακούς και κλινικούς όρους και τη διαμόρφωση θεραπευτικού σχεδιασμού. Καλλιεργείται κουλτούρα συνεργασίας με όλες τις ειδικότητες που μπορεί να εμπλακούν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ταυτόχρονα, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις βασικές θεραπευτικές δεξιότητες που αποτελούν κοινό τόπο σε όλες τις προσεγγίσεις, όπως δεξιότητες επικοινωνίας (ενεργητική ακρόαση, παράφραση κ.ά.), άνευ όρων αποδοχή, ενσυναίσθηση, επεξεργασία της μη λεκτικής επικοινωνίας κ.ά.

Στο επίπεδο της θεωρητικής κατάρτισης, οι εκπαιδευόμενοι διδάσκονται τις σημαντικότερες θεωρίες προσωπικότητας και τις βασικές σχολές ψυχοθεραπείας (ψυχοδυναμικές, υπαρξιακές, γνωσιοσυμπεριφοριστικές, ανθρωποκεντρικές κ.ά.). Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις σχολές οικογενειακής θεραπείας και στη συστημική επιστημολογία, στις νευροεπιστήμες, στην έρευνα γύρω από την ηθική και τη δεοντολογία. Οι εκπαιδευόμενοι μας αφομοιώνουν τις αντίστοιχες θεραπευτικές παρεμβάσεις, τεχνικές και υποθέσεις μέσα σε ένα συνθετικό συστημικό πλαίσιο αναφοράς.

### Η θεραπεία των θεραπευτών κεντρικός άξονας της εκπαίδευσης του ΣΥΜΟΣΥΘ

Η πεποίθησή μας για την τεράστια σημασία της θεραπείας των θεραπευτών βασίζεται στην αντίληψη ότι ο εαυτός του επαγγελματία της ψυχικής υγείας είναι το βασικό εργαλείο για τη δουλειά του, αφού οι παρατηρήσεις και οι εκτιμήσεις του περνούν μέσα από το φίλτρο των αντιλήψεων, των συναισθημάτων και των εικόνων που προϋπάρχουν μέσα του. Για μας είναι πλέον βιωμένη πεποίθηση ότι ο μόνος τρόπος να οργανωθεί η πληροφορία είναι η συναισθηματική συμμετοχή στα όσα

50. Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρώπινων Σχέσεων, [www.ergastirio.eu](http://www.ergastirio.eu), [info@ergastirio.eu](mailto:info@ergastirio.eu)

συμβαίνουν. Τα προσωπικά βιώματα του θεραπευτή δημιουργούν το πλαίσιο αναφοράς μέσα από το οποίο οργανώνει τα ερεθίσματα που δέχεται. Οι παρατηρήσεις και οι παρεμβάσεις του δεν αποτελούν αντικειμενικές αλήθειες που ισχύουν σε όλες τις περιπτώσεις. Εφόσον οι ενέργειές μας δεν αποτυπώνουν και δεν αφορούν στο αντικειμενικό, στο απόλυτο και στο σωστό αλλά στις δικές μας κατασκευές, ο ρόλος μας δεν είναι να αναζητούμε την αλήθεια, αλλά να γεφυρώνουμε τις δικές μας αλήθειες με τις αλήθειες των θεραπευομένων μας. Η μόνη ασφαλιστική δικλίδα, ώστε να μη χάνουμε την επαφή με την πραγματικότητα των άλλων, είναι να δημιουργούμε επικοινωνιακές γέφυρες, τόσο με τα άτομα και τις οικογένειες που απευθύνονται σε εμάς για βοήθεια όσο και με τους συνεργαζόμενους επαγγελματίες.

Η εικόνα του κόσμου γίνεται πιο ανάγλυφη όταν ο θεραπευτής τον έχει κατ' αρχάς γνωρίσει μέσα από τη δική του ψυχοθεραπευτική πορεία. Αυτή η *in vivo* μαθησιακή εμπειρία οδηγεί στην εμπάθυση της κατανόησης τόσο των οικογενειακών δυναμικών όσο και της αλληλεπίδρασης των οικογενειακών μοτίβων. Σε αυτή την προσωπική διαδρομή, ο μελλοντικός θεραπευτής κατανοεί βιωματικά την επίπονη θεραπευτική διαδικασία. Με έναν άμεσο και βαθιά βιωματικό τρόπο ζυμώνει την προσωπική με τη θεωρητική και την πρακτική γνώση που συγκεντρώνει κατά τη διάρκεια της ειδικότητάς του. Η προσωπική και εκπαιδευτική εμπειρία μάς έχει πείσει ότι αυτή η βιωματική εμπειρία εμβαθύνει την κατανόηση της οικογενειακής δυναμικής, τα οικογενειακά μοτίβα αλληλεπίδρασης, και προωθεί τη συνθετική προσωπική και επαγγελματική ταυτότητα του θεραπευτή. Όλη αυτή η διαδικασία συμβάλλει ουσιαστικά στη δημιουργία μιας συνθετικής προσωπικής και επαγγελματικής ταυτότητας, προσφέροντας στον μελλοντικό θεραπευτή κατεύθυνση αλλά και νόημα.

## Βιβλιογραφία

- Agazarian, Y. (2014). *Συστημοκεντρική Ομαδική Θεραπεία*. Αθήνα: Αρμός.
- Andersen, T. (2005). Reflections on reflecting with families. In S. McNamee & K. Gergen (Eds), *Therapy as social construction*. London: Sage, pp. 54-68.
- Anderson, H. (1995). Collaborative language systems: Toward a postmodern therapy. In R. Mikesell, D. Lusterman & S. McDaniel (Eds), *Integrating Family Therapy. Handbook of Family Psychology and Systems Theory*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 27-44.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-394.
- Anderson, H., Goolishian, H. & Windermant, L. (1986). Problem determined systems: Toward transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5(4):1-14.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Bergin, A. & Lambert, M. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. Garfield & A. Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 2nd ed. New York: Wiley, pp. 139-189.