

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ ΜΟΝΤΕΛΟ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ
ΑΤΤΙΚΗ

Μετέχουσες Σπουδάστριες:

Ασημακοπούλου Μαρία

Χαβαλέ Ιωάννα



Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός:

Μαίρη Χαραλάμπους

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από
το τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και
Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ, 2002

Η τριμελής Επιτροπή για την Έγκριση της Πτυχιακής:

ПАТРА, 2002

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	v
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	vi
ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΟ	viii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Το πρόβλημα	1
Σκοπός της μελέτης	5
Ορισμοί όρων	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ	
ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	
ΕΝΟΤΗΤΑ Α : ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
1. Γενικά περί θεσμού της οικογένειας	8
2. Ο κύκλος ζωής της οικογένειας	16
3. Οι λειτουργίες της οικογένειας και τα υποσυστήματα της	19
4. Η γέννηση της οικογενειακής θεραπείας	23
5. Ιστορική εξέλιξη της οικογενειακής θεραπείας και οι πρωτοπόροι της	24
6. Στόχοι – Αποτελεσματικότητα οικογενειακής θεραπείας	28

ΕΝΟΤΗΤΑ Β : ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1. Συστημική προσέγγιση	33
1.1 Ιστορική εξέλιξη	33
1.2 Θεωρητική θεμελίωση	35
1.3 Ρόλος θεραπευτή	36
1.4 Δεξιότητες - Τεχνικές	38
2. Δομική προσέγγιση	39
2.1 Ιστορική εξέλιξη	39
2.2 Θεωρητική θεμελίωση	40
2.3 Ρόλος θεραπευτή	42
2.4 Δεξιότητες - Τεχνικές	43
3. Ψυχοδυναμική προσέγγιση	46
3.1 Ιστορική εξέλιξη	46
3.2 Θεωρητική θεμελίωση	47
3.3 Ρόλος θεραπευτή	49
3.4 Δεξιότητες - Τεχνικές	51
4. Γνωσιακή προσέγγιση	54
4.1 Ιστορική εξέλιξη	54
4.2 Θεωρητική θεμελίωση	55
4.3 Ρόλος θεραπευτή	57
4.4 Δεξιότητες - Τεχνικές	58
5. Οικογενειακή θεραπεία με βάση την ομαδικοαναλυτική προσέγγιση	63
5.1 Ιστορική εξέλιξη	63
5.2 Θεωρητική θεμελίωση	64
5.3 Ρόλος θεραπευτή	66
5.4 Δεξιότητες - Τεχνικές	67

6. Η οικογενειακή θεραπεία στην Ελλάδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

70

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

	71
	71
1. Σκοπός έρευνας	71
2. Είδος έρευνας	72
3. Ερωτήματα – Υποθέσεις	72
4. Το δείγμα	74
5. Εργαλείο έρευνας	75
6. Σχεδιασμός προσέγγισης	75
7. Το ερωτηματολόγιο	76
8. Πλαίσιο της μελέτης	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Αποτελέσματα της έρευνας	79
2. Συμπεράσματα της έρευνας	102

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

1. Συμπεράσματα της μελέτης	108
2. Εισηγήσεις	113

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

I. ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

II. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΑΝ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

III. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

IV. ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε συγκεκριμένα άτομα που βοήθησαν και συμπαραστάθηκαν στην πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.

Συγκεκριμένα, ευχαριστούμε την υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής Κα Μαίρη Χαραλάμπους για την πολύτιμη και πολύπλευρη βοήθεια που μας προσέφερε.

Θέλουμε επίσης να ευχαριστήσουμε την Κα Ανδρουτσοπούλου Αθηνά, ψυχολόγο – οικογενειακή θεραπεύτρια, για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε στο ξεκίνημα της εργασίας μας, καθώς και την Κα Τοδούλου Μίνα, ψυχολόγο – οικογενειακή θεραπεύτρια, για τις πληροφορίες και το υλικό που μας έδωσε σχετικά με την οικογενειακή θεραπεία στην Ελλάδα.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τις οικογένειες μας για την κατανόηση, την στήριξη και την συμπάρασταση που έδειξαν καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών και της ολοκλήρωσης της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση του επιπέδου ανάπτυξης της οικογενειακής θεραπείας ως μοντέλου παρέμβασης στην Ελλάδα και η καταγραφή των αρμόδιων υπηρεσιών στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Επίσης, έχει στόχο να παραθέσει τις τεκμηριωμένες γνώσεις σχετικά με τις μεθόδους και τις τεχνικές που εφαρμόζονται στον κλάδο. Σημαντικό κομμάτι της μελέτης είναι η έρευνα.

Στην αρχή γίνεται μια προσπάθεια μελέτης του θεσμού της οικογένειας, παραθέτοντας ορισμένες κοινωνιολογικές αντιλήψεις διαφόρων θεωρητικών σχολών. Στη συνέχεια μελετάμε τον κύκλο ζωής της οικογένειας, δηλαδή τις φάσεις που αυτή περνά από την πρώτη στιγμή της δημιουργίας της μέχρι και τον θάνατο και των δύο συζύγων, τις λειτουργίες που επιτελεί καθ'όλη την διάρκεια του κύκλου ζωής της καθώς και τα υποσυστήματα που δημιουργούνται στο εσωτερικό της. Έπειτα γίνεται περιγραφή της γέννησης και της εξέλιξης της οικογενειακής θεραπείας και των πρωτεργατών της στο εξωτερικό. Ακολουθεί μια σύντομη αναφορά στους στόχους της καθώς και στις περιπτώσεις που αυτή μπορεί να αποβεί αποτελεσματική ή όχι.

Στη δεύτερη ενότητα, επιχειρείται μια αναφορά στις διάφορες προσεγγίσεις στις οποίες βασίζεται η οικογενειακή θεραπεία, ως μέθοδος θεραπευτικής

παρέμβασης. Ειδικότερα παρουσιάζονται η ιστορική εξέλιξη, η θεωρητική θεμελίωση, ο ρόλος του θεραπευτή και οι τεχνικές δεξιότητες των παρακάτω προσεγγίσεων: Συστημική – Ψυχαναλυτική – Δομική – Γνωσιακή – Ομαδικοαναλυτική. Τέλος, παραθέτονται κάποιες πληροφορίες για την ανάπτυξη της οικογενειακής θεραπείας στην Ελλάδα και τους Έλληνες πρωτοπόρους, έτσι ώστε να μπορέσουμε στη συνέχεια να τη μελετήσουμε και σε πρακτικό πλέον επίπεδο.

Έτσι λοιπόν το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους φορείς που παρέχουν οικογενειακή θεραπεία. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η συνέντευξη και το δείγμα ήταν τα κέντρα οικογενειακής θεραπείας που λειτουργούν στο νομό Αττικής.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ποσοτική και ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, καθώς και στα συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτή.

Στο τελευταίο κεφάλαιο, μετά από την βιβλιογραφική μελέτη και την περαιτέρω εργασία, καταλήγουμε σε συμπεράσματα και προτάσεις που αφορούν την οικογενειακή θεραπεία και τα κέντρα που ασχολούνται με αυτήν

ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΟ

A.K.M.A.	Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου
E.K.K.E.	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
E.K.T.E	Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης Ερευνών
ΕΕΣΣΚΕΨΟ	Ελληνική Εταιρεία Συστημικής Σκέψης και Ψυχοθεραπείας Οικογένειας
ΕΛ.Ε.ΣΥ.Θ.	Ελληνική Εταιρεία Συστημικής Θεωρίας
Σ.ΚΕ.ΨΥ.	Συστημικό Κέντρο Ψυχοθεραπείας
E.F.T.A.	European Family Therapy Association (Ευρωπαϊκή Ένωση για την θεραπεία της Οικογένειας)
E.A.P.	European Association Psychotherapy (Ευρωπαϊκή Ένωση για την Ψυχολογική Αξιολόγηση)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η οικογένεια αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους κοινωνικούς θεσμούς. Ανεξάρτητα από τις μορφές με τις οποίες εμφανίζεται κάθε φορά, τη συναντάμε σε όλες ανεξαιρέτα τις κοινωνίες, πράγμα που δείχνει πέρα από κάθε αμφιβολία ότι αποτελεί μία από τις κύριες μορφές οργάνωσης της συλλογικής ζωής του ανθρώπου. (Τσαούση, 1996: 435)

Ως κοινωνικός θεσμός η οικογένεια έχει σημαντικούς ρόλους που συνοψίζονται στην εξασφάλιση της συνέχειας της κοινωνίας και που αναλύονται στην μεταβίβαση από την μία γενιά στην άλλη του πολιτισμού ως τρόπου ζωής και τρόπου ύπαρξης των (υλικών) πραγμάτων και των κοινωνικών θέσεων. (Μουσούρου, 1996: 15)

Συγκεκριμένα οι βασικοί σκοποί που επιδιώκονται μέσα από την οικογένεια είναι η βιολογική αναπαραγωγή της κοινωνίας, η ανατροφή των απογόνων, η εκπαίδευση και η αγωγή τους, η αμοιβαία προστασία των ατόμων που συνδέονται μεταξύ τους με συγγενικούς δεσμούς. (Τσαούσης, 1996: 15)

Σύμφωνα με την Schertz (1997: 221) η ικανότητα του ατόμου να σχεδιάζει για το μέλλον, να εμπιστεύεται τον εαυτό του και τους άλλους χωρίς

να φοβάται για την απώλεια της αυτοεκτίμησης του και της ταυτότητας του, η ικανότητα του να αναπτύσσει ταυτότητα ατομική και ομαδική μαθαίνεται πρώτα στο σύστημα της οικογένειας.

Η οικογένεια του μαθαίνει να αγαπά, να σκέφτεται αντανεκλαστικά, να είναι υπεύθυνος για τον εαυτό του, να παίζει αναγκαίους κοινωνικούς ρόλους. Έτσι, γίνεται κατανοητό ότι η οικογένεια είναι απαραίτητη για την διαμόρφωση της σωστής προσωπικότητας του ατόμου.

Ως θεσμός η οικογένεια έχει λειτουργίες με τις οποίες προωθείται η ικανοποίηση στόχων τόσο σημαντικών για τα άτομα και το σύνολο, ώστε ο θεσμός να εμφανίζεται (με παραλλαγές ασφαλώς) σε όλες τις εποχές και σε όλες τις κοινωνίες. (Μουσούρου, 1996: 16)

Παρόλο που η οικογένεια αλλάζει συνέχεια μορφές και λειτουργίες και ενώ έχει περάσει διάφορες κρίσεις και στάδια αμφισβήτησης, δεν έχει βρεθεί ένα επαρκές αντικατάστατο για την πρωταρχική διαδικασία κοινωνικοποίησης του ανθρώπου και για την εισαγωγή του και την καλλιέργεια του σε κάποιες βασικές πλευρές της ζωής. Αυτό ίσως να οφείλεται στην ιδιομορφία της σύνθεσης των λειτουργιών που επιτελεί και που άλλες εναλλακτικές ομάδες δεν φαίνεται να μπορούν να υποκαταστήσουν ως σύνθεση λειτουργιών κατά τρόπο που να ικανοποιεί (τουλάχιστον) όσο η οικογένεια το κοινωνικό σύνολο αφενός και τα άτομα μέλη της οικογένειας αφετέρου.

Μπορεί τελικά να άντεξε και να εξακολουθεί να υφίσταται ως θεσμός, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι έμεινε ανεπηρέαστη. Η κρίση που οφείλεται στις γρήγορες αλλαγές στην κοινωνία, οι οποίες επήλθαν από την πρόοδο στην τεχνολογία και την επιστήμη, τις πολιτικές και κοινωνικές διαφοροποιήσεις και ανακατατάξεις, την άμεση επικοινωνία, την οικονομική εξαθλίωση, τις προκλήσεις στην μόρφωση κ.α., είχε σαν αποτέλεσμα να δημιουργήσει δυσκολίες στην επικοινωνία των μελών, αναγκάζοντας τα συχνά μη έχοντας άλλη επιλογή να διαχωρίζουν τους δρόμους τους.

Ωστόσο, όλα αυτά δεν πρέπει να μας οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι η σύγχρονη οικογένεια «καταρρέει». Η οικογένεια είναι κάτι ρευστό και μπορεί να αναπροσαρμοστεί. Για να γίνει αυτό χρειάζεται στήριξη και βοήθεια από ειδικούς και σχεδιασμός-εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων από το κράτος.

Διαπιστώνοντας, οι ειδικοί της ψυχικής υγείας, τα δισεπίλυτα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει η οικογένεια και παρατηρώντας ότι η θεραπεία ατόμων αποκομμένα από το περιβάλλον τους δεν είχε τα επιθυμητά αποτελέσματα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος χρειάζεται η συνεργασία όλων των μελών της. Έτσι, γίνεται σαφής η αναγκαιότητα μιας θεραπευτικής προσέγγισης που να αφορά όλο το οικογενειακό σύστημα.

Στην σύγχρονη οργανωμένη κοινωνία υπάρχουν και δημιουργούνται προγράμματα από κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς, με στόχο τα παραπάνω και με

ιδιαίτερες επιδιώξεις την βελτίωση της λειτουργικότητας της οικογένειας. Θα πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι η οικογενειακή θεραπεία δεν αποτελεί πανάκεια για την επίλυση όλων των προβλημάτων. Κάποια από αυτά απαιτούν διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να διερευνήσει το επίπεδο ανάπτυξης της οικογενειακής θεραπείας ως μοντέλο παρέμβασης στην Ελλάδα. Αρχικά στοχεύει σε μια σύντομη αναφορά στην μεθοδολογία που εφαρμόζει ο συγκεκριμένος κλάδος, με έμφαση κυρίως στην ανάπτυξη των θεραπευτικών μοντέλων και των τρόπων πρακτικής εφαρμογής τους.

Επιπλέον αποσκοπεί στην καταγραφή των αρμόδιων υπηρεσιών που λειτουργούν στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα με στόχο να γνωρίσει την δομή και την οργάνωση τους, το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς επίσης και το εύρος των πελατών τους.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ (FAMILY):

“Ως οικογένεια ορίζεται ομάδα ατόμων που συνδέονται με δεσμούς γάμου, αίματος ή υιοθεσίας αποτελώντας ένα μοναδικό νοικοκυριό και αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους, στις αντίστοιχες κοινωνικές θέσεις του και της συζύγου, της μητέρας και του πατέρα, του γιού και της κόρης, του αδελφού και της αδελφής.” (Πάπυρους Λαρούς, 1991: 276)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (FAMILY THERAPY):

“Θεραπεία περισσότερων από ένα μελών της οικογένειας στην ίδια συνεδρία. Οικογενειακές σχέσεις και διεργασίες, διεκδικούνται σαν πιθανές αιτίες ψυχικής διαταραχής σε ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας.” (Μάνου Ν., 1987: 109)

ΜΟΝΤΕΛΟ (MODEL):

“Σύστημα εννοιών και ιδεών που αποσκοπεί στην σύνδεση δεδομένων, προτείνοντας ένα ερμηνευτικό πλαίσιο.” (Χουντουμάδη Α. – Πατεράκη Α., 1989: 218)

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ (INTERVENTION):

“Η καθοδήγηση ή η επίδραση που έχει η πράξη ενός θεραπευτή πάνω στην συμπεριφορά του θεραπευμένου.” (Χουντουμάδη Α. – Πατεράκη Α., 1989: 187)

ΣΥΜΠΤΩΜΑ (SYMPTOM):

“Κάθε ανωμαλία ενδεικτική μιας ψυχικής ή σωματικής διαταραχής που βιώνεται από τον άρρωστο, αλλά δεν είναι παρατηρήσιμη από τον γιατρό.” (Μάνου Ν., 1987: 271)

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (FUNCTIONALITY):

“Η έννοια η οποία δηλώνει την αλληλεπίδραση, την αλληλοσυμπλήρωση, την αναγκαία αρμονική σχέση, την ισορροπία των στοιχείων που συνθέτουν ένα όλο ή απαρτίζουν μια ενότητα. Επίσης την σχέση ισορροπίας του ατόμου προς το περιβάλλον του και την οργανική ένταξη του σε αυτό” (Πάπυρους Λαρούς, 1989: 52)

ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ (CONTRACT) :

“Σαφής και από τις δύο πλευρές συγκατάθεση σε μία καλά προσδιορισμένη πορεία δράσης. Στην ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία το συμβόλαιο ψυχοθεραπευτή – ασθενή είναι να επιτύχουν τον θεραπευτικό σκοπό.” (Μάνου Ν., 1987: 68)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΕΝΟΤΗΤΑ Α : ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην ενότητα αυτή θα ασχοληθούμε με δύο κυρίως θέματα, την οικογένεια και την οικογενειακή θεραπεία. Θα μελετήσουμε τον θεσμό της οικογένειας, τις διάφορες αναπτυξιακές φάσεις που αυτή διέρχεται κατά την διάρκεια του κύκλου ζωής της, τις λειτουργίες που καλείται να επιτελέσει και τα υποσυστήματα που δημιουργούνται στο εσωτερικό της.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στην εξέλιξη της οικογενειακής θεραπείας και τους πρωτοπόρους της, στους στόχους που επιδιώκει να επιτύχει και στις περιπτώσεις που μπορεί ή όχι να είναι αποτελεσματική.

1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΘΕΣΜΟΥ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η οικογένεια είναι ο σημαντικότερος θεσμός της κοινωνίας μας. Με τον όρο “κοινωνικός θεσμός” νοείται ένα σταθερό πλέγμα σχέσεων μεταξύ (κοινωνικά προσδιορισμένων) ρόλων, ένα σύνολο τυποποιημένων τρόπων

-
ατομικής και ομαδικής δράσης. Ο κοινωνικός θεσμός επιβάλλεται στα μέλη της κοινωνίας εξασφαλίζοντας σε αυτά την κοινωνική ένταξη και αποδοχή. Η οικογένεια είναι θεσμός, γιατί συνίσταται σε ένα σταθερό πλέγμα μεταξύ κοινωνικά προσδιορισμένων ρόλων (σύζυγος, μητέρα, γιος, αδελφός κ.λ.π.). (Μουσούρου, 1996: 14-16)

Πρόκειται για ένα παγκόσμιο θεσμό που έχει στόχο την κοινωνικοποίηση των νέων και την εκπαίδευση των μελών της στις διαπροσωπικές σχέσεις. Συμβάλλει στην μετάδοση των κοινωνικών αξιών – τα πρέπει και δεν πρέπει της συμπεριφοράς που οφείλουν να έχουν τα μέλη της οικογένειας, τόσο μέσα όσο και έξω από αυτήν – και ενώνει τα μέλη της μέσω παραδοχών, προσδοκιών, στόχων, θρησκευτικών, κοινωνικών και σεξουαλικών δικαιωμάτων και απαγορεύσεων. Κατά αυτόν τον τρόπο η οικογένεια ικανοποιεί τις ηθικές, οικονομικές, συναισθηματικές και άλλες ιδιαίτερες ανάγκες των μελών της.

Οι κοινωνιολόγοι έχουν αντιμετωπίσει πολλά προβλήματα στις μελέτες τους για την οικογένεια. Η οικογένεια είναι ένας θεσμός που αλλάζει σχήμα και τύπο και εμφανίζεται με διαφορετικούς τρόπους σε διαφορετικούς λαούς. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές κοινωνιολογικές προσεγγίσεις που προέρχονται από διάφορες θεωρητικές σχολές και αναφέρονται σε αυτήν.

Η φανξιοναλιστική προσέγγιση με κύριο εκπρόσωπο τον Parsons θεωρεί την οικογένεια σαν βασικό παράγοντα κοινωνικοποίησης και υποστηρίζει ότι

-
παίζει έναν καίριο ρόλο στην διατήρηση της σταθερότητας της κοινωνίας.
(Ορφανού, Κατσιφώλη, 1990: 6)

Οι μαρξιστές αναγνωρίζουν την οικογένεια σαν μέσο για κοινωνικό έλεγχο, αλλά σε αντίθεση με τους Φανξιοναλιστές δεν θεωρούν την ύπαρξη της ευεργετική αλλά την βλέπουν σαν εμπόδιο στην Επανάσταση (ο.π, σελ. 7)

Ο Murdock ορίζει την οικογένεια ως μία κοινωνική ομάδα που χαρακτηρίζεται από κοινό νοικοκυριό, οικονομική συνεργασία και αναπαραγωγική δραστηριότητα. Περιλαμβάνει ενήλικους των δύο φύλων, δύο τουλάχιστον από τους οποίους έχουν μια κοινωνικά αποδεκτή σεξουαλική σχέση και ένα ή περισσότερα παιδιά, βιολογικά δικά τους ή υιοθετημένα από το ζευγάρι. (στο Παπαδιώτη, 2000: 88)

Μια άλλη θεωρητική άποψη για την οικογένεια, προέρχεται από την ομάδα αυτών που έχουν ονομαστεί “ριζοσπάστες ψυχολόγοι”. Ο Ronald Laing, κύριος εκπρόσωπος αυτής της προσέγγισης, υποστηρίζει ότι η οικογένεια μπορεί να καταστρέψει την ανάπτυξη της ατομικότητας, παρέχοντας στα μέλη της ένα περιβάλλον πολύ απαγορευτικό. Βλέπει μια σκοτεινή και δυσλειτουργική πλευρά της οικογένειας. Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια είναι συχνά συγκεχυμένες, η αγάπη συνυπάρχει με θυμό, ζήλια και ντροπή. Η ένταση και η εχθρότητα που υπάρχει μεταξύ των συζύγων μεταφέρονται στα παιδιά. Ισχυρές τριγωνικές σχέσεις διαμορφώνουν ένα συναισθηματικό πεδίο μάχης και

το παιδί έχει ταυτότητα την οποία “σπρώχνεται ” να αποκτήσει και εμποδίζεται να αναπτύξει μια ελεύθερη προσωπικότητα. (Κατσιφώλη, Ορφανού, 1990: 7)

Η οικογένεια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μία ολιστικά (και όχι αθροιστικά) οργανωμένη οντότητα που συνιστά κάτι μεγαλύτερο από το άθροισμα των στοιχείων που την απαρτίζουν. Οι σχέσεις των μελών της, μάλιστα, είναι πολύ πιο ισχυρές από την δύναμη που κατέχει κάθε μέλος της ξεχωριστά. Ως ένα πολύπλοκο προσαρμοσμένο και ψυχοκοινωνικό σύστημα δυναμικών σχέσεων, η οικογένεια έχει στόχους, δομή, σχέσεις, δυναμικές, αλληλεπιδράσεις και διεργασίες. (Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999)

Οι δύο κύριες μορφές οικογενειακής δομής είναι η εκτεταμένη και η πυρηνική οικογένεια. Η εκτεταμένη οικογένεια χαρακτηρίζεται από ένα ευρύ πλέγμα συγγενών που ζουν και εργάζονται μαζί. Οι ανάγκες όλης της οικογενειακής ομάδας μπορεί να θεωρούνται περισσότερο σημαντικές από ότι οι επιθυμίες των μικρότερων ομάδων μέσα σε αυτή. Το παιδί μεγαλώνοντας μέσα στην εκτεταμένη οικογένεια μαθαίνει να δέχεται την εξουσία των μεγαλύτερων μελών της οικογένειας. Η πυρηνική οικογένεια είναι μια πολύ μικρότερη ομάδα. Ο κεντρικός πυρήνας της οικογένειας είναι η σχέση μεταξύ των συζύγων. Ο γάμος τους και η δημιουργία ενός νέου νοικοκυριού μπορεί να σημαίνει το κόψιμο μερικών δεσμών με την ευρύτερη οικογένεια. Η πυρηνική οικογένεια δημιουργείται με την γέννηση των παιδιών, τα οποία γίνονται το

-

μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης της οικογένειας. (Ορφανού, Κατσιφώλη, 1990: 10)

Η συμβατική μορφή της σύγχρονης οικογένειας είναι η συζυγική: λαμβάνεται περίπου ως δεδομένο ότι η οικογένεια στις σύγχρονες βιομηχανικές – αστεακές κοινωνίες αποτελείται από τους συζύγους – γονείς και τα παιδιά τους και ότι αυτή διαβιώνει ανεξάρτητα από άλλες συγγενικές συζυγικές οικογένειες, είναι δηλαδή ανεξάρτητη συζυγική. Η σύγχρονη αυτή ανεξάρτητη συζυγική οικογένεια αντιδιαστέλλεται προς την παραδοσιακή, εκείνη που απαντάται στις αγροτικές – γεωργικές κοινωνίες και που αποτελείται από περισσότερους της μίας συζυγικές οικογένειες, οι οποίες συνδέονται με συγγενικούς δεσμούς και συναποτελούν μια οικονομική μονάδα. (Μουσούρου, 1996: 69) Η πυρηνική οικογένεια, τουλάχιστον στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες, έχει πλέον επικρατήσει αντικαθιστώντας την παραδοσιακή – εκτεταμένη οικογένεια.

Στις βιομηχανικές κοινωνίες ο θεσμός της παραδοσιακής οικογένειας έχει υποστεί μια σειρά από μεταβολές:

- Η ιδανική οικογένεια έχει περιοριστεί στο ένα τρίτο των οικογενειών της κοινωνίας. Με τον όρο “ιδανική οικογένεια” εννοούμε τη νόμιμα θεσμοθετημένη ομάδα, η οποία αποτελείται από τους δύο συζύγους και τα νεαρά και εξαρτημένα από αυτούς παιδιά. Αυτή η ομάδα ζει στο δικό της

νοικοκυριό, το οποίο στηρίζεται οικονομικά από το εισόδημα που συνεισφέρει ο σύζυγος ως ο κύριος προμηθευτής, και παραμένει συναισθηματικά ενωμένη από τη σύζυγο, η οποία ασχολείται αποκλειστικά με αυτό το καθήκον.

- Το φαινόμενο των μονογονεϊκών οικογενειών, που αποτελούνται από την μητέρα και το παιδί ή τα παιδιά, γίνεται όλο και πιο συχνό.
- Αυξάνεται όλο και περισσότερο ο αριθμός των ατόμων που συζούν χωρίς να έχουν δημιουργήσει οικογένεια, ή είχαν οικογένεια στο παρελθόν, ή έχουν χωρίσει και ξαναπαντρευτεί, ή των οποίων η οικογένεια αποτελείται από θετούς γονείς και ετεροθαλή ή αμφιθαλή αδέρφια, ή έχουν χηρέψει, ή ζουν σε ομάδες ανύπαντρων ατόμων (κοινοβιακή ζωή), ή δημιουργούν ομοφυλόφιλα ζευγάρια, ή παντρεύονται με πολιτικό γάμο.
- Στις προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπίσει η σύγχρονη οικογένεια προστίθενται μερικά νέα φαινόμενα που παρατηρούνται στους τομείς της απασχόλησης και της εκπαίδευσης: μεταξύ άλλων είναι οι μεταβολές στις σχέσεις των δύο φύλων, η μείωση του αριθμού των μελών της οικογένειας – είτε από επιλογή, είτε για οικονομικούς λόγους, είτε εξαιτίας της αλλαγής των ρόλων – η εξάπλωση του ελέγχου των γεννήσεων, ο οικογενειακός προγραμματισμός και η συνεχώς μεταβαλλόμενη φύση της εργασίας.

- Η συρρίκνωση πολλών λειτουργιών που παραδοσιακά άνηκαν στην οικογένεια και η μεταφορά τους στο σχολείο, το κράτος και την κοινωνία, έχει επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό ορισμένες υποχρεώσεις που μέχρι πρότινος αποδίδονταν στην παραδοσιακή οικογένεια.
- Η μητρότητα και οι οικιακές ασχολίες δεν συνιστούν πλέον το κεντρικό στοιχείο του κοινωνικού ρόλου του γυναικείου φύλου. Αντίθετα, οι γυναίκες σήμερα προετοιμάζονται για μια μελλοντική απασχόληση ή επάγγελμα. Η σημερινή γυναικεία ταυτότητα δίνει έμφαση στην αυτονομία, στην ανεξαρτησία και στην αυτοεπιβεβαίωση τόσο στην εργασία, όσο και στη ζωή γενικότερα.
- Τα τεράστια άλματα που έχει σημειώσει η επιστήμη της βιολογίας με τις τράπεζες σπέρματος, την τεχνητή γονιμοποίηση, τα βρέφη του «σωλήνα» έχουν αρχίσει να μειώνουν τη σημασία της μητρότητας και της αναπαραγωγής.

Οι αλλαγές αυτές συνεχίζονται και έχουν ήδη επηρεάσει τη βιωσιμότητα της οικογένειας καθώς και τις στενές σχέσεις και δεσμεύσεις που δημιουργούνται στο εσωτερικό της. Σε αυτές τις αλλαγές οφείλονται οι κρίσεις, οι εντάσεις και τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει η σύγχρονη οικογένεια. (Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999: 16)

Ακολουθούν κάποια αποσπάσματα από ορισμούς της οικογένειας, όπως αναπτύχθηκαν από γνωστούς θεωρητικούς του κλάδου της οικογενειακής θεραπείας. (Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999: 197)

Η οικογένεια ορίζεται ως μια ομάδα με βιολογικές, κοινωνικές και συναισθηματικές/ψυχολογικές λειτουργίες. (Nathan Ackerman)

Η οικογένεια είναι ένα διαδραματικό δίκτυο επικοινωνιών που επηρεάζει και επηρεάζεται από την φύση όλου του συστήματος. (Don Jackson)

Η οικογένεια είναι ένα σύστημα σχέσεων εξουσίας, η καθεμιά από τις οποίες έχει τη δική της ιστορία. Οι σχέσεις των μελών της δεν χαρακτηρίζονται από γραμμικότητα αλλά από κυκλικότητα. (Jay Halley)

Η οικογένεια είναι μια συνεκτική ομάδα που στηρίζεται σε λειτουργίες οι οποίες ενισχύουν αμοιβαία η μια την άλλη και που αποβλέπει στην ικανοποίηση των σεξουαλικών και γενετήσιων αναγκών και στην μετάδοση των πολιτισμικών αξιών. Στόχος της είναι η ανατροφή, η υποστήριξη και η καθοδήγηση των μελών της. (Virginia Satir)

Σύμφωνα με τις ανάγκες της οικογενειακής θεραπείας, η οικογένεια είναι μια ομάδα τριών ή περισσοτέρων μελών, η οποία χαρακτηρίζεται από τον καταμερισμό της εργασίας, την διαδικασία λήψης αποφάσεων και την ιεραρχία της εξουσίας. Τα στοιχεία αυτά φαίνονται στην εφαρμογή των ρόλων που αναλαμβάνουν τα μέλη της. (Αλέξανδρος Ζαφείρης)

Η οικογένεια αποτελεί μια ομάδα δύο ή περισσότερων ατόμων που αυτοπροσδιορίζονται ως οικογένεια και κατά την διάρκεια της ζωής τους αναλαμβάνουν υποχρεώσεις που είναι ευρύτατα αποδεκτές και συνιστούν ουσιώδη συστατικά των οικογενειακών συστημάτων. (Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικών Λειτουργιών των Η.Π.Α.)

2. Ο ΚΥΚΛΟΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η συμβατική οικογένεια νοείται ως μια ομάδα που δημιουργείται με το γάμο και παύει να υπάρχει όταν ο γάμος αυτός λυθεί με διαζύγιο ή με τον θάνατο του ενός των συζύγων. Το σύνολο των διαδοχικών φάσεων από τις οποίες περνά η οικογενειακή ομάδα από την σύσταση ως και την διάλυση της, δηλώνονται με τον όρο “κύκλος της ζωής της οικογένειας”. Ο συμβατικός κύκλος ζωής της συμβατικής οικογένειας βασίζεται στην συζυγική σχέση (η οποία καθορίζει την αρχή και το τέλος του κύκλου) και διαμορφώνεται κυρίως αναφορικά προς τη γονεϊκή σχέση (η οποία καθορίζει τις φάσεις του κύκλου).

Στο κλασσικό σκεπτικό προσδιορισμού του κύκλου ζωής της οικογένειας, λαμβάνονται υπόψη δημογραφικά κατά κύριο λόγο γεγονότα που σηματοδοτούν τόσο την έναρξη και την λήψη του κύκλου, όσο και τις κυριότερες φάσεις του.

Τέτοια γεγονότα είναι: ο γάμος, η γέννηση του πρώτου παιδιού, η γέννηση του τελευταίου παιδιού, η αποχώρηση και του τελευταίου παιδιού από το νοικοκυριό, ο θάνατος του ενός των συζύγων κ.λ.π.

Ένα από τα επικρατέστερα στις Η.Π.Α. αλλά και στην Ευρώπη σχήματα ανάλυσης είναι αυτό που στηρίζεται σε έναν κύκλο με οχτώ φάσεις:

α. Προγονεϊκή.

β. Από την γέννηση ως την συμπλήρωση 30 μηνών ζωής του πρώτου παιδιού.

γ. Από την συμπλήρωση 30 μηνών ως την συμπλήρωση έξι ετών (του πρώτου πάντοτε παιδιού).

δ. Οικογένεια με παιδιά σχολικής ηλικίας: Το πρώτο παιδί είναι 6-13 ετών.

ε. Οικογένεια με παιδιά εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας: Το πρώτο παιδί είναι ηλικίας 13-20 ετών.

στ. Οικογένεια με ενήλικα παιδιά.

ζ. Οικογένεια μεσήλικων γονέων και παιδιών που δεν ζουν πια με την οικογένεια: από την δημιουργία της λεγόμενης “οικογένειας – άδειας φωλιάς” έως την συνταξιοδότηση.

η. Οικογένεια συνταξιούχων: από την συνταξιοδότηση έως τον θάνατο του ενός των συζύγων. (Μουσούρου, 1996: 143-144)

Για τον Jay Haley, η οικογενειακή ζωή περιλαμβάνει τα παρακάτω έξι στάδια:

- α. Η περίοδος του φλερτ.
- β. Η πρώτη περίοδος του γάμου.
- γ. Η γέννηση των παιδιών και η φροντίδα των νέων.
- δ. Η περίοδος όπου οι σύζυγοι βρίσκονται στη μέση ηλικία.
- ε. Η περίοδος όπου οι γονείς αποκόβονται από τα παιδιά.
- στ. Η περίοδος όπου οι γονείς αποσύρονται – γηρατειά, συνταξιοδότηση.

Η Elisabeth Carter και η Monica McGoldrich, καθορίζουν έξι αναπτυξιακά στάδια στον κύκλο της ζωής της οικογένειας:

- α. Η περίοδος ανεξαρτητοποίησης των νεαρών ενήλικων, δηλαδή η περίοδος κατά την οποία το νεαρό άτομο φεύγει από το σπίτι του.
- β. Η δημιουργία του νέου ζευγαριού και η σύνδεση των οικογενειών μέσω του γάμου.
- γ. Η οικογένεια με μικρά παιδιά.
- δ. Η οικογένεια με παιδιά στην εφηβεία.
- ε. Η οικογένεια στην οποία τα παιδιά απομακρύνονται από την πατρική εστία.
- στ. Η οικογένεια στην τελική φάση της ζωής της.

(Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999: 59-60)

Οι οικογένειες βιώνουν συγκεκριμένα και προβλέψιμα γεγονότα και περνούν συγκεκριμένες φάσεις, ανεξάρτητα από την δομή και τις σχέσεις που

-

επικρατούν μεταξύ των μελών τους. Με την πάροδο του χρόνου, λοιπόν, μια οικογένεια αλλάζει καθώς αντιδρά σε αναμενόμενα γεγονότα και συνεχίζει να εξελίσσεται. Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί ότι στην ζωή μιας οικογένειας προκύπτουν ενοχλητικές καταστάσεις. Πρόκειται για απροσδόκητα συμβάντα τα οποία προκαλούν αναστάτωση στην εξέλιξη της οικογένειας, εφόσον απαιτούν μόνιμες αναπροσαρμογές στον τρόπο λειτουργίας της. (Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999: 58)

3. ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΥΠΟΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ

Η οικογένεια ως θεσμός έχει λειτουργίες με τις οποίες επιτυγχάνεται η ικανοποίηση στόχων για τα άτομα και το σύνολο. Οι λειτουργίες αυτές μπορούν να συνοψιστούν στις ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες:

α. Αναπαραγωγική Λειτουργία

Πρόκειται για την απαραίτητη λειτουργία εξασφάλισης της βιολογικής αναπαραγωγής της κοινωνίας. Τα παιδιά είναι, βέβαια, επίσης απαραίτητα για την δημιουργία της οικογένειας ως ομάδας και για την εξασφάλιση της συνέχειας των συγγενικών δεσμών. Η σύγχρονη τεχνολογία και οι κοινωνικές

αξίες των σύγχρονων κοινωνιών έχουν επιτρέψει τον διαχωρισμό της αναπαραγωγικής λειτουργίας από τις σεξουαλικές σχέσεις. Έτσι το σεξ και η αναπαραγωγή είναι πλέον δύο διαφορετικοί (ατομικοί και) κοινωνικοί σκοποί και άρα αντιστοιχούν σε δύο διαφορετικές λειτουργίες της οικογένειας.

β. Οικονομικές Λειτουργίες

Κατά την άποψη πολλών μελετητών, οι οικονομικές λειτουργίες διαφοροποιούνται περισσότερο από όλες τις άλλες, σαν αποτέλεσμα του κοινωνικού – οικονομικού εκσυγχρονισμού. Σε μια παραδοσιακή κοινωνία, οι λειτουργίες αυτές συνίστανται σε μια ποικιλία δραστηριοτήτων, όπου η κατανομή της εργασίας εξαρτάται από το φύλο και καθιστούν την οικογένεια ως ομάδα μια πλήρη οικονομική μονάδα, μια μονάδα παραγωγής και κατανάλωσης. Ο εκσυγχρονισμός (δηλαδή η σταδιακή μετατροπή της παραδοσιακής αγροτικής – γεωργικής κοινωνίας σε σύγχρονη αστιακή – βιομηχανική) επέδρασε καταλυτικά στις οικονομικές λειτουργίες της οικογένειας. Έτσι στις σύγχρονες κοινωνίες, η οικογένεια ως ομάδα είναι κατά κύριο λόγο μια μονάδα κατανάλωσης.

γ. Εκπαιδευτικές Λειτουργίες

Πρόκειται για λειτουργίες απαραίτητες, προκειμένου να εξασφαλισθεί η πολιτισμική αναπαραγωγή της κοινωνίας. Η κατηγορία αυτή λειτουργιών

–
μπορεί να διακριθεί σε δύο υποκατηγορίες: i) λειτουργίες που αποβλέπουν στην απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων, οι οποίες είναι απαραίτητες στην παραγωγή και ii) λειτουργία της κοινωνικοποίησης. Από την πλευρά του κοινωνικού συνόλου, η λειτουργία αυτή «συνίσταται στην μεταβίβαση της κοινωνικής κληρονομιάς, του πολιτισμού του κοινωνικού συνόλου από την μια γενιά στην άλλη».

δ. Ψυχολογικές Λειτουργίες

Οι λειτουργίες αυτές συνίστανται κυρίως στην ικανοποίηση της ανάγκης των ατόμων να αισθάνονται ασφαλή και να απολαμβάνουν της στοργής των άλλων. Στις σύγχρονες κοινωνίες, όπου η ταχύτητα των κοινωνικών μετασχηματισμών δημιουργεί ρευστότητα στις κοινωνικές σχέσεις και επομένως ανασφάλεια στα άτομα, η ικανοποίηση αυτών των αναγκών και κατά επέκταση οι σχετικές λειτουργίες έχουν απαιτήσει ιδιαίτερα μεγάλη σημασία. (Μουσούρου, 1996: 19-22)

Η οικογένεια είναι ένα σύστημα το οποίο διαφοροποιείται και συμπληρώνει τις λειτουργίες του μέσω υποσυστημάτων. Υποσυστήματα μπορούν να δημιουργηθούν με βάση τη γενιά, το φύλο, την λειτουργία του μέλους στην οικογένεια και τα ενδιαφέροντα του. Το κάθε άτομο ανήκει σε διαφορετικά υποσυστήματα, μέσα στα οποία έχει διαφορετική δύναμη και στα οποία μαθαίνει πως να διαφοροποιείται. (Ορφανού, Κατσιφώλη, 1990: 27)

Τα υποσυστήματα της οικογένειας είναι τέσσερα:

- α. Το υποσύστημα των συζύγων παρέχει στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ένα μοντέλο αλληλεπίδρασης που διδάσκει την οικειότητα και την δέσμευση.
- β. Το γονεϊκό υποσύστημα αναλαμβάνει την ευθύνη για την φροντίδα, την ανατροφή, την πειθαρχία και την καθοδήγηση των νεαρών μελών της οικογένειας.
- γ. Το υποσύστημα των αδελφών, τα παιδιά της οικογένειας, αποκτούν τις δεξιότητες που θα χρησιμοποιήσουν στις διαπροσωπικές τους σχέσεις σε κάθε πτυχή της ζωής τους.
- δ. Το υποσύστημα γονέων – παιδιών είναι η σχέση που υπάρχει μεταξύ γονέων και παιδιών και ένα από τα πρόσωπα που συνθέτουν αυτό το υποσύστημα είναι διαφορετικής γενεάς.

(Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999: 39-40)

4. Η ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι πρόσφατες άνευ προηγουμένου γρήγορες αλλαγές, έχουν επηρεάσει και διαφοροποιήσει τις μορφές και τις λειτουργίες της οικογένειας. Μοιραία, μέσα στην ποικιλία του χώρου και την εναλλαγή του χρόνου, πέρασε από πολλές δοκιμασίες και για αυτό αναγκάστηκε να αλλάξει οργάνωση, χαρακτήρα, δομή. Παρόλα αυτά άντεξε γιατί ανταποκρίνεται στις βαθύτερες βιολογικές και συναισθηματικές ανάγκες του ανθρώπου. (Σαράντος, Καργάκος, 1984: 87)

Έτσι λοιπόν, οι επιστήμονες της ψυχικής υγείας αναγνώρισαν την σπουδαιότητα της οικογένειας για την ανάπτυξη του ατόμου και την λειτουργικότητα του. Διαπιστώνοντας στην συνέχεια ότι η ατομική θεραπεία δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, εξαιτίας των δυνάμεων των σχέσεων μέσα στην οικογένεια, δυνάμεις οι οποίες παρενέβαιναν, οδηγήθηκαν στον πειραματισμό με άλλα μοντέλα θεραπευτικής παρέμβασης, όπως η ομαδική και η οικογενειακή θεραπεία. Σιγά σιγά και με το πέρασμα του χρόνου η οικογενειακή θεραπεία άρχισε να κερδίζει έδαφος, μέχρι που κατάφερε να φτάσει στο επίπεδο ενός θεραπευτικού μοντέλου.

Οι θεωρητικές υποθέσεις για την οικογένεια και τα έγγαμα συστήματα, καθώς επίσης και η σπουδαιότητα της οικογένειας στην ανάπτυξη του ατόμου, είναι η βάση της οικογενειακής θεραπείας.

5. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΙ ΤΗΣ

Αρχικά η οικογενειακή θεραπεία εφαρμόστηκε σε οικογένειες σχιζοφρενών. Παρόλα αυτά το πεδίο εφαρμογών της διευρυνόταν συνεχώς. Σύντομα επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει την αντιμετώπιση διαφόρων συναισθηματικών δυσκολιών, ορισμένες ψυχιατρικές διαταραχές, προβλήματα μεταξύ γονιών – παιδιών, προβλήματα παραπτωματικής συμπεριφοράς κ.α.

Η εμφάνιση της οικογενειακής θεραπείας δεν μπορεί να εντοπιστεί σε μια και μοναδική πηγή. Εμφανίστηκε περίπου στο τέλος της δεκαετίας του '40 με αρχές της δεκαετίας του '50 ως αποτέλεσμα της έρευνας, της μελέτης και της παρατήρησης της συμπεριφοράς των ατόμων στο «οικογενειακό τους περιβάλλον». (Ζαφείρης, 1999) Η κύρια ώθηση για την «θεραπεία της οικογένειας» δόθηκε στις Η.Π.Α. τη δεκαετία του '50 μετά από έρευνες στον τομέα της ψυχικής υγείας, όπου υποστηρίχθηκε ότι βρέθηκε κάποια σύνδεση μεταξύ των τρόπων επικοινωνίας των μελών μέσα στην οικογένεια και της εμφάνισης ψυχικής νόσου. (Εκλογή, 1986, τεύχος 69: 5)

Τη δεκαετία του '60 παρατηρήθηκαν σημαντικές εξελίξεις στην οικογενειακή θεραπεία: επικυρώθηκε η συνεργασία των πρωτοπόρων του κλάδου, δημιουργήθηκε η βάση για την εμφάνιση μιας επαγγελματικής κοινότητας οικογενειακών θεραπευτών στις Η.Π.Α., δόθηκε μεγαλύτερη ώθηση

στην διάδοση των ιδεών της συγκεκριμένης προσέγγισης με δημοσιεύσεις και επιστημονικά έντυπα, και η κοινωνία και οι πολίτες ήρθαν σε άμεση επαφή με την θεωρία και την πρακτική της οικογενειακής θεραπείας.

Στα μέσα της δεκαετίας του '70, οι θεραπευτές που εφαρμόζουν την οικογενειακή θεραπεία χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, τους θεραπευτές που παρακολουθούσαν οικογένειες αλλά επικεντρώνονταν κυρίως στο άτομο και στους θεραπευτές που επικεντρώνονταν στην οικογενειακή θεραπεία, αλλά περιστασιακά έβλεπαν και σε ατομική βάση κάποια μέλη της οικογένειας. Σήμερα πάντως οι περισσότεροι θεραπευτές συνδυάζουν αυτές τις στάσεις, ο καθένας ανάλογα με τις προτιμήσεις του.

Στην Ελλάδα, η θεραπευτική προσέγγιση του συνόλου της οικογένειας, αποτελούσε μέχρι πρότινος επαγγελματικό «ταμπού», ιδιαίτερα σε παραδοσιακές κοινωνίες, όπου τόσο οι επαγγελματίες όσο και οι απλοί άνθρωποι, θεωρούσαν τα οικογενειακά ζητήματα προσωπικά και απαραβίαστα.

Μέσα από αυτήν την πορεία, η οικογενειακή θεραπεία κατάφερε να επικρατήσει και να καθιερωθεί ως θεραπευτική μέθοδος εργασίας. Σε αυτό συνέβαλαν σημαντικά οι προοδευτικές αντιλήψεις, οι θέσεις και η εργασία ορισμένων ειδικών της ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα αυτοί να θεωρηθούν ως πρωτοπόροι του κλάδου. Μερικοί από αυτούς αναφέρονται παρακάτω.

Η κοινωνική ψυχολογία θα μπορούσε να έχει προσφέρει πολλά, πολύ νωρίτερα, στην ανάπτυξη της θεραπείας οικογένειας με την μελέτη της

δυναμικής της μικρής ομάδας, της διεργασίας της και της διερεύνησης των ρόλων. Όμως οποιαδήποτε προσπάθεια να χρησιμοποιήσει κανείς μία προσέγγιση ψυχοκοινωνική στην κατανόηση της δυσλειτουργίας μέσα στην οικογένεια, καταδικαζόταν σαν “επιφανειακή” από τους κλασσικούς κλινικούς της εποχής εκείνης.

Μετά από πειράματα, αποκαλύφθηκε με δραματικό τρόπο ότι όταν ο Άνθρωπος αποκοπεί τελείως από την επικοινωνία με το περιβάλλον του, ανθρώπινο και φυσικό, αναπτύσσει σε λίγες ώρες συμπτώματα που χαρακτηρίζουν βαριά δυσλειτουργικές καταστάσεις. Έτσι αποκαταστάθηκε σαν αναντίρρητο γεγονός ότι δυαδικές, τριαδικές ή ομαδικές σχέσεις είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη της ολοκληρωμένης ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του ανθρώπου.

Στις επιστήμες του ανθρώπου έγινε φανερό με αυτόν τον τρόπο ότι για να κατανοηθούν οι λειτουργικές και δυσλειτουργικές καταστάσεις του ανθρώπου επιβάλλεται να μελετηθεί συστηματικά η πρωτογενής του ομάδα, η οικογένεια.

Από το 1938, ο Nathan Ackerman, είχε προτείνει την θεραπεία οικογένειας σαν το καλύτερο “μέσο” θεραπείας. Το 1950 πρότεινε την μελέτη της οικογένειας, σαν “μέσο” για να καταλάβουμε το παιδί. Στο επόμενο βήμα πρότεινε την Θεραπεία Οικογένειας.

Το μεγάλο άλμα έγινε τον Ιούνιο του 1956, όταν η V. Satir με την προοδευτική, κυριολεκτικά ριζοσπαστική για εκείνη την εποχή σύλληψη του

–

ρόλου που έπαιζαν οι οικογενειακές σχέσεις στις προβληματικές δυσλειτουργικές εκδηλώσεις των μελών της οικογένειας, άνοιξε ένα καινούριο δρόμο για την προσέγγιση της δυσλειτουργίας σχετικά με την δυναμική του οικογενειακού συστήματος. Επρόκειτο για ένα ετήσιο, διαρκές σεμινάριο για την Δυναμική της Οικογένειας, στο οποίο διαπίστωσε ότι στις τρέχουσες περιπτώσεις, «το πρόβλημα» δεν ήταν το α ή το β μέλος της Οικογένειας που ερχόταν στο νοσοκομείο γιατί δυσλειτουργούσε, αλλά οι δυσλειτουργικές σχέσεις των μελών της οικογένειας. Ήταν κάτι που πρόσδιδε έκταση και βάθος στην διαγνωστική αλλά και στην θεραπευτική προσπάθεια, γιατί η τελευταία περιλάμβανε πια όλη την “ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ”.

Ωστόσο, δεν είναι ξεκάθαρο ποιός άρχισε την θεραπεία οικογένειας, γιατί συγχρόνως ο G. Baterson με τον Don Jackson διαμορφώνανε την θεωρία του «διπλού δεσμού» (double bind) στο Palo Alto. Στην Νέα Υόρκη, ο N. Ackerman δημοσίευε την εργασία του “interlocking pathology in family relationships” στο βιβλίο “Changing Concepts of psychoanalytic medicine”.

Ο L. Wynne δούλευε την έννοια της “ψευδοαμοιβαιότητας” περιγράφοντας την άκαμπτη οικογένεια. Ο M. Bowen στην Ουάσινγκτον μιλούσε για την “αδιαφοροποίητη μάζα” του εγώ της οικογένειας, ο Litz με τον Fleck στο Yale μελετούσαν την σχιζοφρένεια σε σχέση με την οικογένεια και άλλοι.

Με τις πολύχρονες προσπάθειες όλων αυτών καθώς και των S. Minuchin, C. Whitaker, P. Watzlawick, J. Halley αναπτύχθηκε και διαδόθηκε σε ευρύτατη πια διεθνή κλίμακα η οικογενειακή θεραπεία.

6. ΣΤΟΧΟΙ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η οικογενειακή θεραπεία προσπαθεί να τροποποιήσει ή να αλλάξει τα μέρη εκείνα μέσα στο οικογενειακό σύστημα, τα οποία παρόλο που είναι σταθεροποιημένα δεν είναι για κάποιο λόγο λειτουργικά και για αυτό δημιουργούν πρόβλημα στις διάφορες εκδηλώσεις της ζωής. Παρόλο που αυτή η θεραπευτική μέθοδος δεν είναι πανάκεια, η εμπειρία έχει δείξει ότι η εφαρμογή της μπορεί να είναι αποτελεσματική στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Στις οικογένειες στις οποίες ένα ή περισσότερα μέλη «εκδηλώνουν διαταραχές του χαρακτήρα» και το κεντρικό πρόβλημα της οικογένειας είναι η ασυμφωνία των συζύγων και/ή προβλήματα στη σχέση γονέων – παιδιών.
- Σε οικογένειες με νευρωτικούς γονείς και με παιδιά που υποφέρουν από φοβίες.

- Σε προβλήματα αποχωρισμού που εμφανίζονται κατά την περίοδο της εφηβείας και εκδηλώνονται με παραπτωματική και αντιδραστική συμπεριφορά.
- Σε διαταραχές πρόσληψης τροφής που εκδηλώνονται σε παιδιά και εφήβους με την μορφή της ανορεξίας και της βουλιμίας.
- Σε οικογένειες με μέλη που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες.
- Σε μέλη μιας οικογένειας που δεν έχουν την συναισθηματική δύναμη ή δεν μπορούν να αντέξουν την αντιμετώπιση των προσωπικών προβλημάτων τους.
- Σε οικογένειες που επικρατεί χαοτική κατάσταση και είναι απαραίτητη η οργάνωση.
- Σε οικογένειες των οποίων τα μέλη προβάλλουν όλα τα οικογενειακά προβλήματα σε κάποιο άλλο μέρος ή μέλη και έτσι αποδεδμεύονται και δεν συμμετέχουν στις απαραίτητες διεργασίες που οδηγούν στην επίλυση των προβλημάτων.
- Σε χρονικές περιόδους κατά τις οποίες συμβαίνουν σημαντικές αλλαγές στην οικογένεια, οι οποίες οφείλονται σε διαζύγιο, χωρισμό, θάνατο κάποιου μέλους, απώλεια εισοδήματος κ.α.
- Κατά την επανένταξη κάποιου μέλους το οποίο έκανε ατομική θεραπεία ή νοσηλευόταν σε νοσοκομείο ή σε κέντρο φροντίδας.

- Σε οικογένειες των οποίων ο τρόπος επικοινωνίας αποκαλύπτει ότι είναι αποδιοργανωμένες και βρίσκονται σε μειονεκτική θέση.

Η οικογενειακή θεραπεία έχει εν γένει στόχο να ανακουφίσει τα μέλη της οικογένειας, να τα βοηθήσει να προσαρμοστούν στο οικογενειακό (εσωτερικό) και στο κοινωνικό (εξωτερικό) περιβάλλον και να προάγει μέσα και τρόπους πρόληψης των κρίσεων και επίλυσης των κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων της οικογένειας.

Ο ειδικός στόχος της θεραπείας είναι να βελτιώσει τους τρόπους επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης των μελών της οικογένειας προκειμένου:

- Να ελευθερώσει τα μέλη της οικογένειας από τις αναστολές τους σε ότι αφορά την έκφραση συναισθημάτων, επιθυμιών, ιδανικών, στόχων, αξιών.
- Να θέσει υπό έλεγχο την επικοινωνία της οικογένειας, δηλαδή να βοηθήσει την οικογένεια να αναπτύξει νέους τρόπους έκφρασης, ώστε η επικοινωνία μεταξύ των μελών της να γίνεται πιο αυθόρμητα, με λιγότερο στερεότυπες αντιδράσεις και ανεξέλεγκτες επαναλήψεις που δεν έχουν νόημα και δημιουργούν χάος.
- Να βοηθήσει την οικογένεια να συνειδητοποιήσει ακόμη περισσότερους ρόλους που παίζουν τα μέλη της, το ένα σε σχέση με το άλλο.

- Να καταδείξει την σημασία της οικογενειακής ενότητας και της αμοιβαίας εξάρτησης των μελών.
- Να βοηθήσει την οικογένεια να εξετάσει, να εκφράσει λεκτικά και να επαναβεβαιώσει τις δυνάμεις, τους θετικούς δεσμούς της και το νόημα που αποδίδει σε όλα αυτά. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η διευθέτηση των διαφορών. (Ζαφείρη, Ζαφείρης, Μουζακίτης, 1999)

Σύμφωνα με την Frances Scherz, οι στόχοι της θεραπείας μπορούν να περικλείουν βοήθεια σε μια κρίση όταν η ικανότητα να τα βγάλει πέρα κανείς με τα προβλήματα είναι περιορισμένη, το άγχος είναι μεγάλο, το έδαφος για προσφορά βοήθειας είναι γόνιμο, όταν πρόκειται για ένα μικρό χρονικό διάστημα δυσλειτουργίας. (Κατσιφώλη, Ορφανού, 1990)

Η οικογενειακή θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική όταν επικεντρώνεται αποκλειστικά σε θέματα που προκαλούν εντάσεις, εχθρότητα και διάσπαση στην οικογένεια. Πρόκειται για περιπτώσεις όπου:

- Τα μέλη της οικογένειας χρησιμοποιούν πολύ άκαμπτους τρόπους άμυνας και αντλούν συνεχή και έντονη ικανοποίηση, υποστηρίζοντας ο ένας τους καταστροφικούς χειρισμούς του άλλου.

- Υπάρχει κακή πρόθεση και μη αναστρέψιμη τάση διάλυσης του οικογενειακού συστήματος.
- Ένα μέλος κυριεύεται από κάποια ανησυχία για άλλα πρόσωπα, την οποία δεν επιθυμεί να αποκαλύψει στα άλλα μέλη της οικογένειας.
- Τα μέλη είναι συνηθισμένα να ενεργούν βασισμένα σε πρότυπα ανειλικρινούς και ύπουλης συμπεριφοράς, τα οποία στερούν από την οικογένεια την δυνατότητα να αναπτύξει ουσιαστικά και ειλικρινή συναισθήματα.
- Ο γονέας έχει παρουσιάσει επιδεινούμενη παρανοειδή διαταραχή ή είναι κοινωνιοπαθής ή πάσχει από σεξουαλική διαστροφή.
- Τα μέλη της οικογένειας διατηρούν μια στατική ισορροπία και δεν μπορούν να προσαρμοστούν σε καμία αλλαγή.
- Τα μέλη της οικογένειας αλληλοκατηγορούνται συνεχώς, βρίζουν και θεωρούν τους άλλους άρρωστους, αλκοολικούς, ανήθικους, τρελούς. Οι ρόλοι τους είναι δυσδιάκριτοι. Ποτέ δεν κάνουν ουσιαστικό διάλογο. Οι συγκρούσεις τους είναι σκληρές και θορυβώδεις. (Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999)

-

ΕΝΟΤΗΤΑ Β : ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Στην ενότητα αυτή θεωρήσαμε σκόπιμο, για την πληρέστερη κατανόηση του θέματος, να περιγράψουμε εν συντομία τις κυριότερες προσεγγίσεις στις οποίες βασίζεται η μεθοδολογία της οικογενειακής θεραπείας. Αυτές είναι η Συστημική , η Δομική, η Ψυχοδυναμική, η γνωσιακή και η ομαδικοαναλυτική προσέγγιση, επισημαίνοντας την ιστορική εξέλιξη , την θεωρητική θεμελίωση, τον ρόλο του θεραπευτή και τις δεξιότητες – τεχνικές ξεχωριστά για κάθε μια από αυτές. Αυτό μας δίνει την δυνατότητα να εκτιμήσουμε τους βασικούς τους άξονες, ώστε να είμαστε σε θέση στην συνέχεια μέσω της έρευνας να κατανοήσουμε ποιες από αυτές εφαρμόζονται στην Ελλάδα

Τέλος γίνεται μια σύντομη αναφορά στην εξέλιξη της οικογενειακής θεραπείας στην Ελλάδα και στους έλληνες πρωτοπόρους του κλάδου.

1. ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Τις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα επιστήμες όπως η βιολογία, η ψυχολογία και η κυβερνητική καθιστούν σαφές ότι η εφαρμογή του

προγενέστερου μηχανιστικού μοντέλου (το οποίο υποστηρίζει ότι το σώμα λειτουργεί σαν μια πολύπλοκη μηχανή και ο νους δεν επηρεάζεται από όσα συμβαίνουν σε αυτό) δεν μπορεί να ερμηνεύσει όλα τα φαινόμενα. Από το χώρο της βιολογίας επισημαίνεται ότι οι ιδιότητες του όλου είναι διαφορετικές από τις ιδιότητες των επιμέρους τμημάτων. Από τις παρατηρήσεις αυτές δημιουργείται μία νέα προσέγγιση για τη λειτουργία και την ερμηνεία των φαινομένων: η ολιστική ή συστημική προσέγγιση.

Η συστημική σκέψη και η εφαρμογή της στον χώρο της οικογένειας επηρεάστηκε από την κυβερνητική επιστήμη. Όπως αναφέρει ο Yves Winkin, «η γενική θεωρία συστημάτων και η κυβερνητική θα συνδυαστούν σταδιακά, για να προκύψει αυτό που σήμερα ονομάζουμε “συστημική”». Σημαντική επίδραση στην εξέλιξη της συστημικής προσέγγισης άσκησε και η επιστημονική θέση του κουνστρουκτιονισμού και του κοινωνικού κουνστρουκτιονισμού. (Παπαδιώτη, 2000: 21, 22, 42)

Η συστημική οικογενειακή προσέγγιση αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1970 από μια ομάδα του Μιλάνου, με πρωτεργάτες την Maria-Selvini Palazzoli και τον Luigi Bascolo. (Ζαφείρης-Ζαφείρη-Μουζακίτης, 1999: 188)

1.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ

Η συστημική θεωρία υποστηρίζει πως όλα τα συστήματα και τα υποσυστήματα είναι αλληλένδετα και αλληλοεπηρεάζονται συγχρόνως. Στην εφαρμογή της οικογενειακής θεραπείας έχει την μεγαλύτερη σπουδαιότητα να μπορεί κανείς να κατανοήσει το άτομο μέσα στο περιβάλλον του οικογενειακού του συστήματος και την οικογένεια μέσα στο περιβάλλον της κοινότητας. Επίσης είναι σπουδαίο να καταλάβουμε πως κάθε υποσύστημα συνδέεται με καθένα από τα μεγαλύτερα συστήματα, πως τα επηρεάζει, καθώς και το αντίθετο.

Σε αυτό το μοντέλο είναι απαραίτητο να εξεταστούν οι ιδιότητες του συστήματος, της οικογένειας, οι οποίες δεν μπορούν να εντοπιστούν σε κάθε μέλος ξεχωριστά. Η οποιαδήποτε συμπεριφορά μέσα στην οικογένεια, ακόμη και η αποκλίνουσα συμπεριφορά, εξυπηρετεί στην διατήρηση της οικογενειακής ισορροπίας. (Κατσιφώλη, Ορφανού, 1990: 59-60)

Κύρια αρχή της συστημικής θεωρίας είναι πως ένα ισχυρό υποσύστημα ή υπερσύστημα αλλάζει μένοντας σε επαφή με το αρχικό σύστημα, επιβάλλει την αλλαγή σε όλη την έκταση. Σύμφωνα με την αρχή του «όλου» στην συστημική προσέγγιση, σε οποιοδήποτε σημείο του συστήματος και αν παρέμβουμε, επιφέρουμε αλλαγή σε όλο το σύστημα. Για την συστημική προσέγγιση η προβληματική συμπεριφορά ενός ατόμου είναι αποτέλεσμα του όλου συστήματος στο οποίο το άτομο ανήκει και κυρίως του συστήματος της

-
οικογένειας του. Το ποιος θα παρουσιάσει συμπτώματα εξαρτάται από τη θέση την οποία το άτομο κατέχει στην λειτουργία του συστήματος και από τα ιδιοσυγκρασιακά του χαρακτηριστικά. Η συστημική προσέγγιση παρόλο που δίνει έμφαση στις σχέσεις και στα σύνολα δεν αρνείται το ατομικό στοιχείο.

Τόσο στην θεωρητική της σύλληψη, όσο και στην πρακτική της εφαρμογή, η συστημική θεώρηση αποτελεί μια ενοποιητική αλλά και εξελικτική προσέγγιση της οποίας ο κύριος στόχος είναι να αλλάξουν οι τρόποι αλληλεπίδρασης μέσα στο σύστημα, έτσι ώστε όταν χρειαστεί οποιαδήποτε αλλαγή να μην υπάρχει φόβος για την διατήρηση της ισορροπίας της οικογένειας. Το αποτέλεσμα είναι να εξαλειφθούν όλες οι μορφές αλληλεπίδρασης που είναι καταστρεπτικές.

1.3 ΡΟΛΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Ο θεραπευτής κατά την διάρκεια της θεραπείας δεν ασχολείται με την εξήγηση της συμπεριφοράς της οικογένειας μέσω της ενόρασης, αλλά ασχολείται με το να διαλευκάνει τις δυσκολίες που υπάρχουν μέσα στις σχέσεις. Ενδιαφέρεται για το «πως», «πότε» και «που» και όχι για το «γιατί».

Οι συστημικοί θεραπευτές ενδιαφέρονται να συναντούν τα μέλη της οικογένειας μαζί, έτσι ώστε να βλέπουν τις μορφές της οικογενειακής αλληλεπίδρασης τη στιγμή που συμβαίνουν. Να βλέπουν δηλαδή τους τρόπους

επικοινωνίας, τις συγκρούσεις που συμβαίνουν, τα παιδιά να χρησιμοποιούνται σαν εξιλαστήρια θύματα και τις μη λεκτικές μορφές επικοινωνίας. (Κατσιφώλη, Ορφανού, 1990)

Η συστημική προσέγγιση βασίζεται στην ικανότητα του θεραπευτή να υιοθετήσει, να διατηρήσει και να χρησιμοποιήσει θεραπευτικά ορισμένη στάση απέναντι στην αλλαγή. Ο θεραπευτής είναι αυτός που θέτει τους στόχους της θεραπείας, που δέχεται την ευθύνη για τις στρατηγικές της οικογένειας και γενικά αυτός που ελέγχει και όχι αυτός που αντιδρά όπως στην ψυχαναλυτική άποψη. Αρκείται στο να δίνει κατευθύνσεις, να κάνει προτάσεις, να δίνει ρόλους, να χειρίζεται μη λεκτικές μορφές επικοινωνίας και να δίνει πρότυπα προς μίμηση.

Ο θεραπευτής συνδέει το σύμπτωμα με το σύστημα για να δείξει πως δεν γίνεται να αλλάξει το ένα χωρίς να αλλάξει το άλλο και παρουσιάζει στην οικογένεια το δίλημμα της. Αυτό το δίλημμα της αλλαγής και τα σχετικά με αυτό ζητήματα, γίνονται το κεντρικό σημείο της θεραπείας. Βασικό θεραπευτικό ζήτημα δεν είναι το πως θα εξαλειφθεί το σύμπτωμα, αλλά τι θα συμβεί εάν εξαλειφθεί. Η θεραπευτική συζήτηση μεταφέρεται από το πρόβλημα, από το ποιος το έχει, τι το προκάλεσε και πως θα απαλλαγεί από αυτό, στο πως θα λειτουργήσει χωρίς αυτό η οικογένεια, ποιο θα είναι το επόμενο βήμα για την απόλειψή του, ποιος θα το πληρώσει και αν αξίζει να πληρωθεί.

1.4 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ – ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Μια τεχνική που χρησιμοποιείται από τους θεραπευτές της συστημικής προσέγγισης είναι οι «παράδοξες οδηγίες» ή η προήγηση του συμπτώματος. Οι παράδοξες οδηγίες έχουν ως στόχο να προκαλέσουν εκείνη την αντίδραση που θα ακυρώνει τα συμπτώματα και επομένως θα αλλάζει το σύστημα της σχέσης.

Μια άλλη μορφή παράδοξης παρέμβασης είναι η «αναπλαισίωση». Η παρέμβαση αυτή συνίσταται στην αλλαγή της αντίληψης που έχουμε για μια συμπεριφορά. Ο θεραπευτής αναπλαισιώνοντας μια συμπεριφορά δεν αλλάζει την πραγματική κατάσταση. Αλλάζει, όμως, τη γνωστική και τη συναισθηματική στάση για τη συμπεριφορά αυτή. Η αναπλαισίωση στηρίζεται στο σκεπτικό ότι εάν ένα πρόβλημα αντιμετωπιστεί και εξεταστεί από διαφορετική οπτική γωνία, αναμένεται να ατονίσει.

Οι ερωτήσεις στη συστημική θεωρία, οι οποίες αποτελούν βασικό εργαλείο παρέμβασης του θεραπευτή έχουν δύο στόχους: α) να συγκεντρώνουν πληροφορίες για τις διαφορές και τις ομοιότητες στις αντιλήψεις των μελών της οικογένειας, β) να συλλέξουν πληροφορίες για τις σχέσεις ανάμεσα στο παρελθόν, το παρόν και το μέλλον. Με τον τρόπο αυτό τόσο ο θεραπευτής, όσο και τα μέλη, πληροφορούνται για τα μέλη της οικογένειας.

-

2. ΔΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί ότι η Δομική προσέγγιση είναι απόρροια της Συστημικής , έχοντας όμως αναπτύξει τις δικές της μεθόδους και τεχνικές.

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Η δομική θεραπευτική προσέγγιση αναπτύχθηκε κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, κυρίως από τον Salvador Minuchin και τους συνεργάτες του.

Γύρω στο 1960, ο Minuchin και οι συνεργάτες του, κατά την εργασία τους με φτωχές οικογένειες σε ένα κέντρο της πόλης Wiltwyck στην Νέα Υόρκη, διαπίστωσαν ότι για την αντιμετώπιση των οικογενειών, η θεραπεία που βασίζεται στην συζήτηση και στην προσπάθεια αλλαγής ιδεών και στάσης του ασθενή δεν ήταν αποτελεσματική. Αντιμέτωποι με αυτήν την πραγματικότητα, ανέπτυξαν μια θεραπευτική προσέγγιση, η οποία βασιζόταν κυρίως στο κοινωνικό πλαίσιο, επινοώντας μια σειρά από πολύ συγκεκριμένες τεχνικές θεραπευτικής παρέμβασης. Η θεραπεία αποσκοπούσε κατά βάση στην αλλαγή της υπάρχουσας δομής της οικογένειας και των κανόνων που ρυθμίζουν την συμπεριφορά των μελών.

Αργότερα εφάρμοσαν την δομική θεραπεία και σε οικογένειες με ψυχοσωματικά προβλήματα, μετά την διαπίστωση τους ότι αυτά οφείλονταν

στην έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας και στην έλλειψη ορίων μέσα σε αυτήν. Η θεραπευτική παρέμβαση στις περιπτώσεις αυτές αποσκοπούσε στην αλλαγή της δομής και των κανόνων που ρυθμίζουν τις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. (Παπαδιώτη, 2000: 320-322)

2.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ

Σύμφωνα με τον Minuchin (2000: 177) η δομική προσέγγιση της οικογένειας βασίζεται ουσιαστικά στην ιδέα ότι η οικογένεια ως όλον είναι κάτι περισσότερο από τα μεμονωμένα και ατομικά βιοψυχοκοινωνικά δυναμικά των μελών. Τα μέλη της οικογένειας σχετίζονται μεταξύ τους με συγκεκριμένες συμφωνίες και διακανονισμούς που διέπουν τις συναλλαγές τους. Αυτοί οι διακανονισμοί, αν και συνήθως δεν διατυπώνονται ρητά και ξεκάθαρα ή τα μέλη δεν τους αντιλαμβάνονται σαφώς, διαμορφώνουν και συγκροτούν ένα όλον – την δομή της οικογένειας. Η υπόσταση αυτής της δομής βρίσκεται σε διαφορετικό επίπεδο από αυτό της πραγματικότητας κάθε μέλους ξεχωριστά.

Σύμφωνα με τον Salvador Minuchin (Ζαφείρης, Μουζακίτης, 1999: 15), η οικογενειακή θεραπεία ορίζεται ως:

Ένα σύνολο θεωριών και τεχνικών το οποίο προσεγγίζει το άτομο μέσα στο κοινωνικό του πλαίσιο. Η θεραπεία που βασίζεται σε αυτό το πλαίσιο έχει

-
στόχο την αλλαγή της οργάνωσης στην οικογένεια. Οι θέσεις που έχουν τα μέλη στην οικογενειακή ομάδα αλλάζουν ανάλογα με τις μεταμορφώσεις που υφίσταται η δομή της οικογένειας. Με αυτό τον τρόπο αλλάζει και η εμπειρία κάθε ατόμου.

Η δομική προσέγγιση αντιμετωπίζει τα προβλήματα με βάση το συστημικό πλαίσιο στο οποίο διαμορφώνονται. Τα παθολογικά συμπτώματα αναπτύσσονται, όταν η υπάρχουσα δομή μιας οικογένειας και οι κανόνες που ρυθμίζουν τις αλληλοεξαρτήσεις των μελών της δεν είναι λειτουργικά. Όταν οι δυσλειτουργικές οικογένειες βρεθούν σε κρίση, αντί να επιδείξουν ευελιξία και προσαρμοστικότητα αυξάνουν την ακαμψία των ορίων και των προτύπων συναλλαγής τους, αντί να επιδιώξουν να βρουν εναλλακτικές λύσεις για τα προβλήματα τους.

Βασική αρχή του μοντέλου αυτού είναι ότι τα προβλήματα του ατόμου μπορούν να γίνουν κατανοητά, αν εξεταστούν μέσα στο πλαίσιο της οργάνωσης και του τρόπου συναλλαγής της οικογένειας. Απόρροια της άποψης αυτής είναι ότι για να επέλθει αλλαγή στην προβληματική συμπεριφορά, για να επιτευχθεί, δηλαδή η θεραπεία πρέπει πρώτα να αλλάξουν η οργάνωση και ο τρόπος συναλλαγής της οικογένειας.

Η αναδόμηση αυτή, η προσπάθεια να ανακαλύψουν τα μέλη νέες πραγματικότητες αναφορικά με την συλλογική τους ταυτότητα και η ρύθμιση των ρόλων και των κανόνων συναλλαγής μεταξύ τους, με τρόπο που να είναι

περισσότερο λειτουργικός αποτελούν πρωταρχικό στόχο της δομικής παρέμβασης.

Η θεωρητική βάση της δομικής προσέγγισης είναι ο στρουκτουραλισμός. Ένα από τα βασικά γνωρίσματα του είναι ότι δίνει έμφαση σε ολότητες. Η δομική αντίληψη δίνει έμφαση ακριβώς στον τρόπο επικοινωνίας και αλληλοσυσχέτισης των μελών ή των υποσυστημάτων σε ένα άλλο.

Σύμφωνα με την Παπαδιώτη (2000: 325) στην δομική προσέγγιση η ψυχολογική δομή του ατόμου θεωρείται ότι βρίσκεται σε συνάρτηση με την κοινωνική. Η κοινωνική δομή αποτελεί το μέσο με βάση το οποίο λειτουργεί και εκφράζει τον εαυτό του. Η οργάνωση της κοινωνίας, σύμφωνα με την στρουκτουραλιστική άποψη, αντανακλά τον ανθρώπινο νου. Το κοινωνικό σύστημα το οποίο αποτελεί την βάση της κοινωνικοποίησης του ατόμου απαρτίζεται από την οικογένεια, και ως εκ τούτου η δομική θεραπεία επικεντρώνεται κατά βάση σε αυτήν.

2.3 ΡΟΛΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Στην θεραπευτική παρέμβαση ο ρόλος του θεραπευτή είναι να κατευθύνει την θεραπεία, να έχει ο ίδιος ενεργό συμμετοχή, προκειμένου να επιφέρει κάποια μεταβολή. Ο θεραπευτής λειτουργεί ταυτόχρονα ως ηθοποιός και ως διευθυντής. Ταυτόχρονα, διατηρεί μια επαρκή απόσταση από την οικογένεια,

-
ώστε να μπορεί να αποσυνδεθεί και να επανασυνδεθεί μαζί της, σε περίπτωση που κάτι τέτοιο κριθεί απαραίτητο. Κατά τον Minuchin χρησιμοποιεί τον εαυτό του για να κάνει συμμαχίες, συνασπισμούς, για να δημιουργεί, ενισχύει ή αποδυναμώνει όρια, για να εναντιωθεί ή να υποστηρίξει σχηματισμούς διεργασιών. (Εκλογή, 1989, τεύχος 82: 185) Αναλαμβάνοντας ηγετικό ρόλο συμπράττει με την οικογένεια, η οποία περιμένει από αυτόν να παίξει τον ρόλο του καθοδηγητή βασιζόμενη στις οργανωτικές του ικανότητες.

2.4 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ – ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Ο θεραπευτής αξιολογεί την υπάρχουσα οργάνωση της οικογένειας και διαμορφώνει υποθέσεις για την δομή της και τις ρυθμίσεις που έχουν γίνει για την επιτέλεση των ρόλων και την επίτευξη των σκοπών της. Εξετάζει τις συμμαχίες που έχουν δημιουργηθεί, τα υποσυστήματα που έχουν δημιουργηθεί, και την κατανομή της δύναμης και των ρόλων της. Έτσι φτιάχνει αρχικά τον χάρτη των ορίων της οικογένειας. Η αξιολόγηση που κάνει για τα υποσυστήματα της οικογένειας και για την λειτουργία των ορίων, παρέχει μια γρήγορη διαγνωστική εικόνα της, η οποία προσανατολίζει τις θεραπευτικές παρεμβάσεις του.

Η δομική προσέγγιση απαιτεί δύο βασικές δεξιότητες, την σύμπραξη και την αναδόμηση.

Σύμπραξη: Αυτή η δεξιότητα μειώνει την απόσταση ανάμεσα στην οικογένεια και τον θεραπευτή. Η εφαρμογή της επιτυγχάνεται μέσω των ακόλουθων τεχνικών.

A. Προσαρμογή: Η τεχνική αυτή αναφέρεται στις προσπάθειες του θεραπευτή να διευρύνει το επικοινωνιακό σύστημα της οικογένειας.

B. Διατήρηση: Ο θεραπευτής διατηρεί τα όρια ενός υποσυστήματος αποτρέποντας την παρέμβαση κάποιου άλλου υποσυστήματος.

Γ. Ανίχνευση: Αυτή η τεχνική απαιτεί από τον θεραπευτή να κάνει ανοιχτές ερωτήσεις, να αντανakλά το περιεχόμενο των σκέψεων και τα συναισθήματα που προκύπτουν, να επιδοκιμάζει και να προσέχει την συμπεριφορά των μελών της οικογένειας, έτσι ώστε να εδραιώσει μαζί τους μία σχέση που την χαρακτηρίζει η υποστήριξη. Ανταποκρινόμενος ο θεραπευτής μπορεί να εμπλέξει ευκολότερα το οικογενειακό σύστημα σε ένα πιο ανοιχτό και ειλικρινή διάλογο. Η τεχνική αυτή απαιτεί από τον θεραπευτή να συντονίζεται με την γλώσσα της οικογένειας αντί να επιβάλλει την δική του.

Δ. Μίμηση: Αυτή η τεχνική αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να μιμείται, προκειμένου να επισημάνει τις δυσλειτουργικές ενέργειες, ύφος, συμπεριφορά και συναισθήματα των μελών της οικογένειας.

-

Αναδόμηση: Αυτή η δεξιότητα χρησιμοποιείται από τον θεραπευτή στην προσπάθεια του να αλλάξει τις στάσεις, τις προσδοκίες και τις υποθέσεις των μελών «μετατοπίζοντας την οικογένεια από την βιαιότητα στην σύγχυση». Η δεξιότητα αυτή εφαρμόζεται επίσης από τον θεραπευτή στην προσπάθεια του να δείξει σε κάθε μέλος ότι εντάσσεται μαζί του, ότι όλα τα μέλη συμβάλλουν τόσο ως θύτες όσο και ως θύματα στο πρόβλημα της οικογένειας, ότι το πρόβλημα δεν είναι αυτό που πιστεύει το κάθε μέλος της οικογένειας και ότι όλα τα μέλη μπορούν να κερδίσουν κάτι από την θεραπεία.

3. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση στην οικογενειακή θεραπεία εφαρμόζει τις θεωρητικές αρχές και τις θεραπευτικές τεχνικές της ψυχανάλυσης για να κατανοήσει τις αλληλεπιδράσεις και την δομή της οικογένειας.

Η «ψυχανάλυση» ήταν ένας όρος που μεταχειρίστηκε αρχικά ο Freud αναφερόμενος σε μια μέθοδο θεραπείας. Αργότερα ανέπτυξε μια ολόκληρη ψυχολογική θεωρία, την οποία ονόμασε «ψυχαναλυτική». Ο όρος ψυχανάλυση χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ερευνητική μέθοδο. Και τα τρία αυτά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, δηλαδή η θεραπευτική μέθοδος, η ψυχολογική θεωρία και η ερευνητική μέθοδος χαρακτηρίζουν την διαδικασία της ψυχανάλυσης. (Μαλικιώση, 1999: 101)

Πολλοί οικογενειακοί θεραπευτές ακολουθούν τις αρχές της ψυχοδυναμικής θεωρίας στην εργασία τους. Παρά το γεγονός όμως ότι οι έννοιες της ψυχοδυναμικής θεωρίας έχουν αναμφισβήτητα συνεισφέρει στην κατανόηση της λειτουργίας των οικογενειών, δεν είναι εύκολο να υποστηριχθεί ότι στην οικογενειακή θεραπεία υπάρχει μια ψυχοδυναμική σχολή με

συγκεκριμένες τεχνικές παρέμβασης. Οι κλινικοί επιστήμονες που ακολουθούσαν τις κλινικές αρχές ήταν μεταξύ των πρώτων που εφάρμοσαν την οικογενειακή θεραπεία.

Μολονότι, ο κλάδος της οικογενειακής θεραπείας, έχει απομακρυνθεί από την επίδραση των αρχών της ψυχανάλυσης, πολύ μεγάλο μέρος από την αρχική δουλειά παρουσιάστηκε στο χώρο από ειδικούς εκπαιδευμένους στις αρχές αυτές. Στην πραγματικότητα το πρώτο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ξεκίνησε από έναν ειδικό ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης, τον Ackerman. (Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999: 80) Σύμφωνα με την Μαλικιώση (1999: 104), ορισμένες συγκεκριμένες επιδράσεις που ασκήθηκαν στην ψυχανάλυση ήταν: η θεωρία του Δαρβίνου· η συνειρμική ψυχανάλυση, η ανάπτυξη της νευρολογίας και η φιλοσοφία του ντετερμινισμού.

3.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ

Σύμφωνα με τους Ζαφείρη Α., Ζαφείρη Ε. και Μουζακίτη, η προσέγγιση αυτή έχει ως αφετηρία την φροϋδική αντίληψη περί ψυχικού οργάνου και εστιάζει στις ασυνείδητες ενορμήσεις, στους μηχανισμούς άμυνας και στις εμπειρίες που έχει από το παρελθόν του το κάθε μέλος της οικογένειας. (1999: 79)

Κατά την Μαλικιώση (1999: 105), η ψυχαναλυτική θεωρία που αναπτύχθηκε από τον Sigmund Freud υποστηρίζει την επίδραση των δυνάμεων του ασυνείδητου στην ψυχική ζωή και στην προσαρμογή του ανθρώπου. Διατυπώνει την άποψη ότι τα στοιχεία των πρώτων παιδικών συγκρούσεων, που έχουν απωθηθεί στο ασυνείδητο, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για το αν και κατά πόσο θα είναι υγιής η μελλοντική προσωπικότητα που θα αναπτυχθεί. Η ψυχαναλυτική θεωρία εξετάζει την δυναμική της απόθησης, της άρνησης, της προβολής, της ενδοβολής και των άλλων μηχανισμών άμυνας του εγώ που παρουσιάζει το κάθε μέλος.

Σύμφωνα με αυτή την θεωρία το κύριο μέρος της θεραπείας βασίζεται στην αλλαγή του ατόμου, η οποία είναι ξεχωριστή από την αλλαγή μέσα στην οικογένεια. Και αυτό γίνεται μεταβιβάζοντας στον πελάτη μέσω της επικοινωνίας μία ενόραση και δουλεύοντας με τις ασυνείδητες άμυνες του.

Το ψυχαναλυτικό μοντέλο, σύμφωνα με τον John Trijelijotir, εξετάζει την οικογένεια από την εξελικτική άποψη χρησιμοποιώντας τις θεωρίες για τα στάδια εξέλιξης του παιδιού, όπως εκείνες του Erikson, του Klein, Fourbein. (Κατσιφώλη, Ορφανού, 1990: 57)

Η ψυχαναλυτική θεωρία δίνει έμφαση στον ατομικό, ενδοψυχικό παράγοντα, τονίζοντας ιδιαίτερα τα ατομικά και τα ιδιοσυγκρασιακά του στοιχεία.

Ο βασικός στόχος της ψυχαναλυτικής θεραπείας, είναι η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του ανθρώπου, ανακαλύπτοντας και αποκαλύπτοντας τις ασυνείδητες σκέψεις, συναισθήματα και διαδικασίες και ξεπερνώντας τις αντιστάσεις που προβάλλει το άτομο σε αυτές τις αποκαλύψεις.

Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική προσέγγιση στην οικογενειακή θεραπεία, ο βασικός στόχος είναι η επίτευξη της ευαισθησίας για το κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά και η παρατήρηση του τρόπου με τον οποίο τα υπόλοιπα μέλη αντιδρούν απέναντί του. (Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999: 79)

3.3 ΡΟΛΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Οι θεραπευτές για διαγνωστικούς σκοπούς μερικές φορές συναντούν τα μέλη της οικογένειας μαζί, αλλά συνήθως δουλεύουν με τον πελάτη τον ίδιο ξεχωριστά ή με ζευγάρια. Τα θέματα που συζητούνται κατά την διάρκεια της θεραπείας επιλέγονται από τον ίδιο τον πελάτη. (Κατσιφώλη, Ορφανού, 1990: 58)

Ο θεραπευτής ενθαρρύνει τα μέλη να κάνουν ελεύθερους συνειρμούς. Ο θεραπευτής που υιοθετεί το ψυχοδυναμικό μοντέλο στην οικογενειακή θεραπεία δεν είναι ιδιαίτερα καθοδηγητικός και χρησιμοποιεί λιγότερο παρεμβατικές τεχνικές, από ότι οι οικογενειακοί θεραπευτές που εκφράζουν διαφορετικά

μοντέλα. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση δίνει στον θεραπευτή μεγάλα περιθώρια και ελευθερία στην διαμόρφωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων. (Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999: 79-80)

Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί την μεταβίβαση, ακούει, παρατηρεί και ερμηνεύει τις αντιστάσεις προσπαθώντας να διαλύσει τις παθολογικές άμυνες και συγκρούσεις. Τα αισθήματα για σπουδαία πρόσωπα και γεγονότα από το παρελθόν μπορούν να μεταβιβαστούν σε καινούριους ανθρώπους και καταστάσεις. Η ερμηνεία αυτών των αισθημάτων δίνεται στο άτομο ή στο οικογενειακό σύνολο και απευθύνεται στα αισθήματα και τις αντιλήψεις, οι οποίες τους εμπόδιζαν να δουν τι ακριβώς συμβαίνει. Έτσι, αν τα μέλη της οικογένειας ακούσουν και δεχτούν αυτή την εναλλακτική εξήγηση θα αλλάξει και η συμπεριφορά τους. (Κατσιφώλη, Ορφανού, 1990: 58)

Για τον θεραπευτή, ένας από τους σημαντικότερους στόχους αυτής της προσέγγισης, είναι η επανεκπαίδευση των μελών στην διαπροσωπική επικοινωνία και η παροχή βοήθειας στην οικογένεια, ώστε να αναδιοργανώσει τα πρότυπα επικοινωνίας της. Επιπλέον, ο θεραπευτής πρέπει να αντιμετωπίσει την ουσιαστική σύγκρουση στην οικογένεια, να στηρίξει τις θετικές και να εξουδετερώσει τις αρνητικές δυνάμεις των προτύπων αλληλεπίδρασης της και να αποσυρθεί όταν η οικογένεια αρχίσει να ασχολείται πιο δημιουργικά με τα προβλήματα της. Επιπλέον, ο θεραπευτής προσπαθεί να προσεγγίσει τα συγκαλυμμένα συναισθήματα της οικογένειας, τα οποία εκδηλώνονται στους

φόβους, την καχυποψία, την απελπισία, και τις εκδικητικές τάσεις των μελών της. Ένας ακόμη στόχος αυτής της προσέγγισης είναι να γνωρίσει τα εναλλακτικά πρότυπα οικογενειακών σχέσεων, δίνοντας έτσι στα μέλη της την δυνατότητα να ανακαλύψουν νέα επίπεδα οικειότητας και συμμετοχής. (Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης, 1999: 82)

3.4 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ – ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Σύμφωνα με την Μαλικιώση (1999) η ψυχοδυναμική προσέγγιση χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές όπως:

1. **Οι ελεύθεροι συνειρμοί**, σύμφωνα με τους οποίους ο άνθρωπος λέει ότι του έρχεται στο μυαλό χωρίς να κάνει συνειδητές επιλογές ή να προσπαθήσει να συνδέσει λογικά αυτά που λέει. Στον ελεύθερο συνειρμό το Εκείνο καλείται να μιλήσει, ενώ το Εγώ καλείται να σωπάσει. Με τους ελεύθερους συνειρμούς ο άνθρωπος φέρνει στην επιφάνεια, ασυναίσθητα, τραυματικές παιδικές εμπειρίες του παρελθόντος και όλα τα συναισθήματα που συνδέονται με αυτές τις εμπειρίες.
2. **Μεταβίβαση**. Η μεταβίβαση είναι ένα είδος σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευτή και πελάτη, όπου ο πελάτης αντιδρά προς τον θεραπευτή με τρόπους που έχει χρησιμοποιήσει στο παρελθόν στις σχέσεις του με άλλα

ισχυρά πρόσωπα (π.χ. γονείς). Τέτοιες αντιδράσεις είναι παράλογες και διαστρέφουν την πραγματική σχέση θεραπευτή - πελάτη, αλλά προσφέρουν νύξεις για τα προβλήματα που θα υπήρχαν με τα άλλα ισχυρά πρόσωπα. Επομένως, η μεταβίβαση μπορεί να χαρακτηρίζεται από αμφιθυμία, γιατί, όπως ο πελάτης μπορεί να αισθάνεται και αγάπη και μίσος προς τους γονείς του, έτσι μπορεί να μεταβιβάζει και τα συναισθήματα του αυτά προς τον θεραπευτή του. Ένας από τους βασικούς στόχους της ψυχαναλυτικής προσέγγισης είναι η επίλυση αυτής της σχέσης μεταβίβασης και των αντιστάσεων που προβάλλει ο πελάτης.

3. *Αντιστάσεις*. Είναι όλες οι εσωτερικές δυνάμεις του ανθρώπου που ανθίστανται στο να γίνουν συνειδητές οι ασυνείδητες σκέψεις και επιθυμίες του. Οι αντιστάσεις είναι οι διάφοροι μηχανισμοί άμυνας που προβάλλει ο άνθρωπος για να αποφύγει μερικές οδυνηρές εμπειρίες, όπως οι ενοχές, η ντροπή, το άγχος. Για να ξεπεράσει αυτές τις αντιστάσεις ο θεραπευτής θα χρησιμοποιήσει την κατά πρόσωπο αντιμετώπιση, την ερμηνεία και την θεραπευτική επεξεργασία.

4. *Ανάλυση ονείρων*. Ο Freud απέδωσε μεγάλη σημασία στα όνειρα, γιατί πίστευε ότι οι διάφορες ονειρικές παραστάσεις συμβολίζουν σημαντικά γεγονότα, αντικείμενα και παρορμήσεις της ιδιωτικής ζωής του πελάτη. Ανακάλυψε, ότι, ζητώντας από τους πελάτες του όχι μόνο να περιγράψουν τα όνειρα τους αλλά και να έχουν ελεύθερους συνειρμούς σχετικά με το

—

περιεχόμενο τους, μπορούσε να μάθει πολλά περισσότερα για το νόημα που απέκρυπταν και να φέρει έτσι στην επιφάνεια ασυνείδητες συγκρούσεις που παρεμβάλλονταν και παρεμπόδιζαν τις σχέσεις τους προκαλώντας τους διάφορα συμπτώματα.

-

4. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Σύμφωνα με την Καλαντζί-Αζίζι (1995), η γνωσιακή θεραπεία εμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1960 ως αποτέλεσμα της έρευνας του Beck πάνω στην κατάθλιψη. Αυτή η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μια προσπάθεια να επικυρωθεί η θεωρία του Freud, ότι η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα θυμού που στρέφεται προς τον εαυτό. Κατά την εργασία του με καταθλιπτικούς, παρατήρησε μια αρνητική προκατάληψη στην γνωσιακή διαδικασία των ατόμων αυτών. Μετά από αρκετές κλινικές μελέτες και έρευνες, ο Beck διατύπωσε τη γνωσιακή θεωρία των συναισθηματικών διαταραχών και κατόπιν προχώρησε στην περιγραφή του γνωσιακού μοντέλου της κατάθλιψης. Ο όρος «γνωσιακή» χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει το μοντέλο θεραπείας που περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση ανάμεσα σε πέντε μέρη. Επειδή το θεραπευτικό πρότυπο του Beck ανήκει στις πρώτες θεραπείες που έδωσαν μεγάλη προσοχή στα αποτελέσματα των σκέψεων πάνω στα συναισθήματα, στην συμπεριφορά, στη βιολογία και στις εμπειρίες του περιβάλλοντος, ήταν φυσικό την εποχή εκείνη να δοθεί το όνομα «γνωσιακή» στη θεραπεία αυτή.

Εργασίες παλαιότερων ερευνητών, αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη της γνωσιακής θεωρίας. Ένας από αυτούς που επηρέασαν ουσιαστικά την

-
διαμόρφωση του θεωρητικού της πλαισίου, ήταν ο George A. Kelly. Ανέπτυξε ένα μοντέλο προσωπικών δομών και αντιλήψεων που συνδέονται με την αλλαγή της συμπεριφοράς και όρισε την δομή και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο διαμορφώνει ή ερμηνεύει τον κόσμο. Απόρροια της δουλειάς του Kelly είναι και οι γνωσιακές θεωρίες του συναισθήματος, που υποστήριζαν ότι η τροποποίηση της σκέψης είναι ουσιαστικής σημασίας για την αλλαγή των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς.

Επίσης η δουλειά του Ellis στη Λογικοθυμική θεραπεία, ισχυροποίησε τις αρχές της γνωσιακής θεωρίας και έδωσε ώθηση στην ανάπτυξη της θεραπείας που είναι τώρα γνωστή ως Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η γνωσιακή θεωρία αναπτύχθηκε με ταχείς ρυθμούς και έγινε μια από τις πιο δημοφιλείς μεθόδους θεραπείας. (Καλαντζί-Αζίζι, 1995: 28-32)

4.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ

Η γνωσιακή θεωρία δίνει έμφαση στο τι σκέφτονται τα άτομα και πως αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τον και τον κόσμο τους. Το μέλλον, σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία, παίζει σπουδαίο ρόλο και έχει άμεση επίδραση στο πως τα άτομα αισθάνονται και συμπεριφέρονται. Η αντίληψη για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον ονομάζεται «γνωσιακή τριάδα», όρο τον

οποίο ο Beck πρωτοεισήγαγε στο γνωσιακό του μοντέλο για την κατάθλιψη. (Καλαντζί-Αζίζι, 1995: 35)

Το κύριο έργο της γνωσιακής μεθόδου είναι να ανακαλύπτει τις βασικές αντιλήψεις των ατόμων και κατόπιν, σε συνεργασία με τα άτομα, να ξανά ορίζει τις βασικές αρχές και να αναδομεί το σύστημα αντιλήψεων.

Παρόλο που η θεραπεία ονομάζεται «γνωσιακή» στην πραγματικότητα δίνει έμφαση στην αλληλεπίδραση ανάμεσα σε πέντε στοιχεία: το περιβάλλον, τη βιολογική πλευρά, τα συναισθήματα, τη συμπεριφορά και τις γνωσιακές διαδικασίες. Εκτός από τους βιολογικούς και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, η γνωσιακή θεωρία θεωρεί ότι η προσωπικότητα διαμορφώνεται από κεντρικές αντιλήψεις ή σχήματα που κατέχουν υψηλή θέση στην ιεραρχία. Τα σχήματα αναπτύσσονται νωρίς στην ζωή του ανθρώπου, ως αποτέλεσμα προσωπικών εμπειριών, καθώς και γονεϊκών και κοινωνικών επιδράσεων. Αποτελούν τη βάση για κωδικοποίηση, κατηγοριοποίηση και αξιολόγηση των εμπειριών κατά την πορεία της ζωής. (Καλαντζί-Αζίζι, 1995: 27)

Στόχος της γνωσιακής θεραπείας, είναι να βοηθήσει τους πελάτες να επιλύσουν τις γνωσιακές τους παραποιήσεις και να αναπτύξουν πιο ισορροπημένους τρόπους αξιολόγησης των εμπειριών τους. Επιδιώκει επίσης να τους διδάξει μεθόδους που μπορεί να τις χρησιμοποιήσουν στο μέλλον, προκειμένου να αξιολογήσουν άλλες αντιλήψεις.

Οι θεωρητικές βάσεις της γνωσιακής θεωρίας, έχουν διαμορφωθεί από διάφορες προσεγγίσεις οι οποίες συμπεριλαμβάνουν τη φαινομενολογία, τη δομική θεωρία και τη γνωσιακή ψυχολογία. Σύμφωνα με τη φαινομενολογική προσέγγιση, η άποψη του ατόμου για τον εαυτό και τον προσωπικό κόσμο είναι πολύ σημαντική στον καθορισμό της συμπεριφοράς. Από την άλλη πλευρά η δομική θεωρία δίνει έμφαση στην έννοια της ιεραρχικής δομής των γνωσιακών διαδικασιών, με ιδιαίτερη προσοχή στην διάκριση σε πρωταρχική και δευτερεύουσα διαδικασία σκέψης. Η γνωσιακή ψυχολογία, ενοποιώντας σημεία και από τις δύο θεωρίες, δίνει έμφαση στην σπουδαιότητα της σκέψης κατά την επεξεργασία της πληροφορίας και την αλλαγή της συμπεριφοράς. (Καλαντζί-Αζίζι, 1995: 30-31)

4.3 ΡΟΛΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να ανακαλύπτει τα γνωσιακά σχήματα των πελατών και να τους διδάσκει πρώτα να αναγνωρίζουν τις λανθασμένες αντιλήψεις μέσα από συγκρίσεις και κατόπιν να ελέγξουν αυτές τις αντιλήψεις, αντιπαραθέτοντας ορισμένες εναλλακτικές αποδείξεις.

Η σχέση θεραπευτή – πελάτη έχει περιγραφεί ως «συνεργατικός εμπειρισμός». Είναι συνεργατικός διότι ο θεραπευτής και ο πελάτης δουλεύουν

μαζί σε συνεργασία για να κατανοήσουν και να επιλύσουν τα προβλήματα του δεύτερου. Ο εμπειρισμός αναφέρεται στην διαδικασία της συλλογής δεδομένων, προκειμένου να αξιολογηθούν τρέχουσες και εναλλακτικές αντιλήψεις. Η συνεργατική αυτή σχέση δίνει στον πελάτη μια βάση να στηριχθεί για να αρχίσει να μαθαίνει. Ο θεραπευτής δίνει έμφαση στα «εδώ και τώρα» προβλήματα των πελατών. Αναζητά την ουσία του προβλήματος και δεν εμμένει σε επιφανειακά θέματα. (Καλαντζί-Αζίζι, 1995: 30)

Οι γνωσιακοί θεραπευτές αποδίδουν μεγάλη σημασία στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά. Ο θεραπευτής πρέπει να διαθέτει τις κατάλληλες δεξιότητες, ώστε να προκαλεί το συναίσθημα, εάν ο πελάτης δεν μπορεί να το βιώσει αυθόρμητα. Παρόμοια οι γνωσιακοί θεραπευτές χρειάζεται να γνωρίζουν τις μορφές συμπεριφοράς καθώς και τις μεθόδους αλλαγής της συμπεριφοράς, αφού και αυτές αποτελούν πάντα κεντρικά σημεία της γνωσιακής θεραπείας. (Καλαντζί-Αζίζι, 1995: 27, 35,36)

4.4 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ – ΤΕΧΝΙΚΕΣ

1) *Εκπαίδευση των πελατών στο γνωσιακό μοντέλο*: Η εκπαίδευση των πελατών στο μοντέλο της θεραπείας είναι σημαντική, ιδιαίτερα για τους γνωσιακούς θεραπευτές. Είναι βασικό οι πελάτες να κατανοήσουν σαφώς τις

αρχές και τις μεθόδους που απαρτίζουν την θεραπευτική διαδικασία, διότι ο θεραπευτής κατά την διάρκεια της θεραπείας θα ανατρέχει συχνά στο θεραπευτικό μοντέλο και σε συγκεκριμένες έννοιες. Η κατανόηση και η γνώση αυτή ενισχύει την αντίληψη ότι οι ίδιοι είναι υπεύθυνοι για τις σκέψεις και τις ενέργειες τους.

- 2) *Αναγνώριση και κατονομασία των γνωσιακών παραποιήσεων*: Επειδή οι γνωσιακές παραποιήσεις αποτελούν ένα αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας, είναι σημαντικό τα ζευγάρια να μάθουν όχι μόνο να τις αναγνωρίζουν αλλά επίσης και να τις κατονομάζουν ευθύς μόλις αυτές εμφανίζονται. Αυτή η συνειδητή παρακολούθηση των σκέψεων και των παραποιήσεων βοηθά τους πελάτες να συνειδητοποιήσουν με ποιο τρόπο η σκέψη τους επηρεάζει τον σύντροφο τους και τον εαυτό τους.

- 3) *Λανθασμένη επεξεργασία πληροφοριών*: Οι γνωσιακοί θεωρητικοί πιστεύουν ότι οι δυσλειτουργικές σκέψεις και παραποιήσεις αναπτύσσονται εξαιτίας της λανθασμένης επεξεργασίας πληροφοριών. Τα άτομα υιοθετούν λανθασμένες αντιλήψεις, εξαιτίας των λανθασμένων και ανεπαρκών πληροφοριών που δέχονται από την επαφή τους με το περιβάλλον τους.

4) *Αρνητικό πλαίσιο*: Τα παράπονα που εκφράζονται από τα ζευγάρια, περιλαμβάνουν συχνά συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του συντρόφου, τα οποία συνιστούν την αντίστροφη αρνητική πλευρά των χαρακτηριστικών, που κάποτε άσκησαν έλξη και υπήρξαν καθοριστικά για την επιλογή του/της συντρόφου.

Η έμφαση που δίδεται σε αυτή την διαδικασία, λειτουργεί ως ένα ισχυρό εργαλείο για να αρχίσουν τα ζευγάρια να αποδέχονται την έννοια του αρνητικού πλαισίου. Τους βοηθά ακόμη να καταλάβουν πως αυτό το ίδιο αρνητικό πλαίσιο, είναι συχνά εν μέρει μια παραποίηση όσων πριν θεωρούνταν ελκυστικά ποιοτικά χαρακτηριστικά. Αυτή η προοπτική δίνει συχνά στα ζευγάρια ελπίδα και τους ενθαρρύνει να εξερευνήσουν τις παραποιήσεις τους. Ακόμη πιο σημαντικό είναι ότι μπορούν να αρχίσουν να αλλάζουν τις αντιλήψεις τους εξετάζοντας τα στοιχεία που υπάρχουν για τις σκέψεις τους. Από τη στιγμή που τα ζευγάρια δεχτούν την έννοια του αρνητικού πλαισίου, το γνωσιακό μοντέλο ενισχύεται.

5) *Άσκηση στην αναγνώριση των αυτόματων σκέψεων*: Οι αυτόματες σκέψεις ορίζονται ως οι σκέψεις που έρχονται αυθόρμητα στο μυαλό του ατόμου και σχετίζονται με συγκεκριμένες καταστάσεις της ζωής ή με συγκεκριμένους ανθρώπους του περιβάλλοντος του. Ο θεραπευτής μπορεί να δείξει στο ζευγάρι πως οι αυτόματες σκέψεις συνδέονται με τις συναισθηματικές

αντιδράσεις και πως αυτό συμβάλει στην διαμόρφωση αρνητικού πλαισίου για τον,την σύντροφο τους.

Διδάσκοντας στα μέλη του ζευγαριού να παρατηρούν τη σκέψη τους και τις μορφές που μπορεί να λάβει, τους βοηθάμε να αναπτύξουν τη δεξιότητα αναγνώρισης των αυτόματων σκέψεων που έρχονται αυθόρμητα στο μυαλό τους, οι οποίες είναι δυνατόν να διορθωθούν και να αναδομηθούν, μέσο της αναγνώρισης και της πρακτικής.

6) *Σύνδεση συναισθημάτων με τις αυτόματες σκέψεις*: Από τη στιγμή που τα ζευγάρια είναι σε θέση να αναγνωρίσουν με ακρίβεια τις αυτόματες σκέψεις, αρχίζει να τονίζεται περισσότερο η σύνδεση των σκέψεων με τις συναισθηματικές αντιδράσεις. Ο θεραπευτής βοηθάει τα ζευγάρια να επιτύχουν συναισθηματική αλλαγή, χρησιμοποιώντας μια μέθοδο εναλλακτικής αντίδρασης ή διόρθωσης της σκέψης.

7) *Χρήση της φαντασίας και των τεχνικών παιχνιδιού ρόλων*: Οι τεχνικές της φαντασίας και του παιχνιδιού ρόλων χρησιμοποιούνται για να φέρουν στην επιφάνεια αναμνήσεις και παλιά συναισθήματα, με στόχο την αναζωπύρωση των θετικών συναισθημάτων στους συζύγους. Όταν ο θεραπευτής διευκολύνει τις θετικές εικόνες για τα άτομα, τότε αυτά μπορούν να συνδέσουν τα συναισθήματα και τις θετικές αυτόματες σκέψεις με αυτές τις εικόνες.

- 8) *Αύξηση των θετικών σημείων στη σχέση:* Οι γνωσιακοί θεραπευτές αναθέτουν ασκήσεις στο ζευγάρι με στόχο να αυξήσουν τις θετικές αλληλεπιδράσεις στις σχέσεις τους. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις βοηθούν να διαμορφωθεί μια θετική προσδοκία για αλλαγή στη σχέση.
- 9) *Άσκηση στην επικοινωνία και λύση προβλημάτων:* Ο γνωσιακός θεραπευτής, γνωρίζοντας και επαγρυπνώντας για τις τυχόν παραπονημένες αντιλήψεις που μπορεί να υπεισέλθουν στην καλή επικοινωνία και τη λύση προβλημάτων, μπορεί να συνδυάσει τις παραδοσιακές μεθόδους επικοινωνίας με τις μεθόδους της γνωσιακής θεωρίας για τον εντοπισμό και τον έλεγχο των σημαντικών αντιλήψεων. Αναφορικά οι μέθοδοι είναι οι εξής:
- α) διδασκαλία δεξιοτήτων επικοινωνίας
 - β) συνήθεις δυσκολίες που εμποδίζουν την απόκτηση δεξιοτήτων επικοινωνίας.
- (Καλαντζί-Αζίζι, 1995: 73-98)

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΟΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

5.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Η ομαδική ψυχοθεραπευτική δραστηριότητα στη Βρετανία αρχίζει στην διάρκεια του πολέμου με πρωτοπόρους τον Foulkes, τον Ezriel και τον Bion. Χαρακτηριστικό των τριών Βρετανών είναι ότι παρ' ότι ψυχαναλυτές, εντούτοις προσεγγίζουν την ομάδα ως μία νέα και ξεχωριστή οντότητα, με δικούς της σύμφυτους νόμους, και όχι, όπως οι αμερικάνοι, ως μία οικονομική διευθέτηση παροχής δυαδικής ψυχανάλυσης. Ωστόσο, εδώ, είναι αναγκαία μια ουσιαστική διευκρίνιση: ενώ οι Bion και Ezriel χρησιμοποιούν την ομαδική διαδικασία ως μέσο έρευνας και διερεύνησης της ψυχαναλυτικής θεωρίας, ο Foulkes, από την αρχή, την θεωρεί ως αυτόνομη θεραπευτική μέθοδο εμπειρικλείουσα και την ψυχανάλυση και αναπληρούσα τις θεραπευτικές ανεπάρκειες της τελευταίας. (Ασημάκης, 1999: 426)

Ο Foulkes επινόησε την ομαδικοαναλυτική ψυχοθεραπεία το 1940 σαν μέθοδο ομαδικής ψυχοθεραπείας, η οποία είναι προϊόν και έμπνευση των εμπειριών του ως ψυχαναλυτή, αλλά δεν είναι ψυχανάλυση ατόμου σε ομάδα, ούτε είναι ψυχολογική θεραπεία της ομάδας από έναν ψυχαναλυτή. Σύμφωνα με αυτόν «είναι μία μορφή ψυχοθεραπείας όλης της ομάδας,

–
συμπεριλαμβανομένης και του συντονιστή της, η οποία όμως συντελείται από ολόκληρη την ομάδα». (Ασημάκης, 1999: 420)

Στην ψυχιατρική, η ομαδική προσέγγιση επιχειρήθηκε από αμερικανούς ψυχαναλυτές, εκκινούμενους από την πρόθεση να χρησιμοποιήσουν την ψυχανάλυση και στους ψυχασθενείς των ασύλων, ή και από κάποιες ενδείξεις αναποτελεσματικότητας της δυαδικής ψυχανάλυσης. Αναφέρουμε τα ονόματα του Trigant Burrow, που είναι δριμύτατα επικριτικός προς την ψυχανάλυση, και που είναι ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο Ομαδική Ανάλυση· του Louis Wender που παρατήρησε ότι στην ομάδα τα μεταβιβαστικά φαινόμενα αναπτύσσονται, το ίδιο, όπως και στην δυαδική ψυχανάλυση· και του Paul Schilder, ο οποίος ενθάρρυνε τα μέλη της ομάδας να συζητούν οτιδήποτε τους έρχεται στο νου, ως μια προσπάθεια να ενσωματώσει, και εκεί, την φροϋδική τεχνική του ελεύθερου συνειρμού. (Ασημάκης, 1999: 425)

5.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ

Για την ομαδική ανάλυση το άτομο γεννιέται και σχετίζεται με μια ομάδα, την οικογένεια, και διαμορφώνεται τόσο από αυτή, όσο και μέσω των δικτύων επικοινωνίας όλων των μετέπειτα ομάδων. Το άρρωστο άτομο είναι ένα σχετικά απομονωμένο τμήμα ενός οργανισμού, μιας οργάνωσης, όπως είναι η

-
οικογένεια στην οποία ανήκει. Το νευρωτικό σύμπτωμα δεν είναι παρά η έκφραση της διαταραγμένης σχέσης του ατόμου με το περιβάλλον του. Μέσο του συμπτώματος, επιχειρεί ένα είδος επικοινωνίας με τους άλλους, που είναι όμως αποτυχημένη, γιατί δεν είναι κατανοητή, ούτε από τον ίδιο, ούτε από το περιβάλλον του. Έτσι, ο ασθενής δεν πρόκειται ποτέ να απαλλαγεί από τα συμπτώματα του, αν δεν κατορθώσει να εκφράσει με έναν άλλο τρόπο, περισσότερο κατανοητό με το νέο περιβάλλον του, δηλαδή την ομάδα.

Αναγνωρίζεται ότι η ομάδα δεν αποτελεί άθροισμα ατόμων, αλλά μία νέα οντότητα πέρα του αθροίσματος των μελών, η οποία εκλαμβάνομενη ως τέτοια και χρησιμοποιούμενη καταλλήλως, μπορεί, κυρίως αυτή, να συνιστά παράγοντα θεραπευτικό.

Εκεί, μέσο του πολλαπλού και πολυποίκιλου σχετίζεσθαι, το άτομο μπορεί «εν δράσει» και να ενδυναμώσει το εγώ του, αλλά και να αλλάξει κατά βούληση την συμπεριφορά του, εφ' όσον επιθυμεί να εναρμονισθεί προς τον φυσιολογικό κανόνα τον οποίο συνιστά η ομάδα, ανεξαρτήτως την επιμέρους παθολογιών.

Η ομαδική ανάλυση δίνει έμφαση στο τώρα, σε αντίθεση με την ψυχανάλυση που ενδιαφέρεται για το παρελθόν του ατόμου. Η ομαδικοαναλυτική προσέγγιση, λοιπόν, δεν ενδιαφέρεται τόσο πολύ για το γιατί το άτομο έχει φτάσει να είναι αυτό που είναι, αλλά κυρίως για το αν βρει τι το αλλάζει ή τι το εμποδίζει να αλλάξει. Εκλαμβάνει το άτομο όπως ακριβώς είναι

—

τώρα: δηλαδή ως πρότυπο της ενεστότητας ηλικίας, το οποίο, βέβαια έχει δημιουργηθεί από μια σειρά σχέσεων εντός ομάδων στις οποίες έχει συμμετάσχει ή εξακολουθεί να συμμετάσχει, και το οποίο με την ομαδικοαναλυτική διαδικασία, έχει την δυνατότητα αυτές τις σχέσεις του να τις αναπαραστήσει και να τις επεξεργαστεί.

5.3 ΡΟΛΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Σύμφωνα με τον ορισμό που έδωσε ο Foulkes για τον ρόλο του συντονιστή, της ομαδικής Αναλυτικής Ψυχοθεραπείας, «ο συντονιστής δεν βρίσκεται στην ομάδα για να θεραπεύσει, ούτε για να καθοδηγήσει την ομάδα· βρίσκεται εκεί για να εμπιστευτεί την ομάδα». (Ασημάκης, 1999:441)

Ο ρόλος του θεραπευτή είναι ποικιλόμορφος και ιδιόμορφος, για αυτό και δεν υπάρχει ονομασία που να τον αποδίδει μονολεκτικά. Έτσι μπορεί να ονομαστεί συντονιστής, θεραπευτής, ψυχαναλυτής ομάδας, αναλυτής, διευκολυντής και αρχηγός.

Ο συντονιστής παράλληλα με την ισότιμη συμμετοχή του στην ομάδα, είναι υπεύθυνος για την τήρηση ορίων και την διατήρηση της δομής καθώς και για την επισήμανση των φαινομένων εκείνων τα οποία η μονάδα ενδεχομένως για λόγους απειρίας ή άρνησης δεν επισημαίνει.

Ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον αυθορμητισμό και αποσκοπεί στην καθιέρωση μιας κουλτούρας, όπου τα μέλη επικοινωνούν ελεύθερα, επιτρέποντας την ευρύτερη και ελεύθερη ενεργοποίηση του ψυχισμού τους.

Κατά τον Foulkes, «δεν υπάρχει καμία αντίρρηση ο θεραπευτής να συμπεριφέρεται όπως και οποιοδήποτε μέλος της ομάδας, εκφράζοντας τις εμπειρίες του ή τους συνειρμούς του». (Ασημάκης, 1999: 441)

5.4 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ – ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Η συμμετοχή σε μια Αναλυτική ομάδα και η συνεχής αλληλο-αντίδραση δημιουργούν διαφόρων ειδών διεργασίες (processes).

- 1) **Ενδοπροσωπικές διεργασίες (intrapersonal)**: (Ενδυνάμωση του Εγώ, αντοχή στο άγχος) που συνιστούν αυτό που ο Foulkes ονόμασε Ego Training in Action (Εκπαίδευση του Εγώ εν δράσει).

- 2) **Διαπροσωπικές διεργασίες (interpersonal)**: καινούργιοι τρόποι επικοινωνίας με τους άλλους, αλληλεπίδραση και βελτίωση των σχέσεων των μελών μεταξύ τους.

3) *Υπερπροσωπικές διεργασίες(transpersonal)*: είναι π.χ. η εκδήλωση κοινών συναισθημάτων ή φαντασιώσεων που εκφράζουν όλη την ομάδα, ενώ μπορεί να διατυπώνονται από ένα άτομο, ή αλληλεπίδραση και αλληλοεξάρτηση ενός εκάστου εκ των μελών με την ομάδα ως σύνολο, κ.τ.λ.

Η ομάδα κατ' αυτόν τον τρόπο μπορεί να λειτουργήσει και να εναλλάσσεται διαρκώς σε τρία επίπεδα επικοινωνίας: Το πραγματικό (κρίση: αναλύει τις διαφορές), το συμβολικό (τρόποι εμφάνισης: γλώσσα) και το φανταστικό (ανακαλύπτει ή επισημαίνει τις ομοιότητες). (Ασημάκης, 1999: 437-438)

6. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πριν από 40 χρόνια περίπου ο Γιώργος και η Βάσω Βασιλείου, εισήγαγαν στην Ελλάδα την θεραπεία Οικογένειας και την εκπαίδευση σε αυτήν, έχοντας αρχίσει την δημιουργική τους συναλλαγή με τους πρωτοπόρους της οικογενειακής θεραπευτικής προσέγγισης, από τις πρώτες φάσεις γέννησης και ανάπτυξης της, προσφέροντας την Ελληνική συμβολή τους στο επίπεδο της διεθνούς διεπιστημονικής συνεργασίας.

Έχοντας δουλέψει για πολλά χρόνια στο εξωτερικό, πλάι σε σημαντικούς ανθρώπους, όπως ο V. Satir, ο D. Jackson κ.α., ευαισθητοποιήθηκαν και ασχολήθηκαν για την σύνθεση της νέας επιστημονολογικής θεώρησης με τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Ερχόμενοι στην Ελλάδα, με μια τέτοια προπαιδεία, ίδρυσαν στην Αθήνα το 1963 το Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου (Α.Κ.Μ.Α.). Την πρώτη δεκαετία, το ενδιαφέρον τους εστιάστηκε περισσότερο στην έρευνα, μετά από διαπιστώσεις ότι η προσαρμογή στην Ελληνική πραγματικότητα των μεθόδων και των αρχών που είχαν μάθει στις Η.Π.Α. απαιτούσε γνώση του Ελλαδικού χώρου. Αρχίσανε με την διερεύνηση της Δυναμικής της Ελληνικής Οικογένειας και συνέχισαν με την διερεύνηση Βασικών Στάσεων προς την ψυχική υγεία, τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό.

Το Α.Κ.Μ.Α. ασχολήθηκε με την θεραπεία οικογένειας και την εκπαίδευση σε αυτήν, και αποτέλεσε ένα φυτώριο από το οποίο ξεπήδησαν οι επόμενες γενιές οικογενειακών θεραπευτών. Η πρώτη γενιά μαθητών του Α.Κ.Μ.Α. είναι η Χ. Κατάκη, ο Δ. Σακκάς, η Μ. Τοδούλου, ο Ν. Τσαγκαράκης, η Ε. Κουτρομπή, ο Γάκου, Ασλανίδης, Γουρνάς κ.α. Όλοι αυτοί, καθώς και άλλοι μεταγενέστεροι τους, βοήθησαν σημαντικά στην εξέλιξη και διάδοση της οικογενειακής θεραπείας στην Ελλάδα.

Τα τελευταία χρόνια ξεπηδούν όλο και περισσότερα νέα κέντρα οικογενειακής θεραπείας και εκδηλώνεται από πολλούς χώρους ενδιαφέρον για εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού τους στην οικογενειακή προσέγγιση.

Απόρροια της αύξησης των κέντρων οικογενειακής θεραπείας είναι η δημιουργία δύο εταιρειών της ΕΛ.Ε.ΣΥ.Θ. και της Ε.Ε.Σ.ΣΚΕ.Ψ.Ο., με σκοπό την οριοθέτηση του κλάδου και την ύπαρξη ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες τους.

Αφού κάναμε μια θεωρητική προσέγγιση της οικογενειακής θεραπείας ως μέθοδο παρέμβασης, θα προχωρήσουμε στη συνέχεια να διερευνήσουμε το επίπεδο ανάπτυξης της, πρακτικά πλέον, μέσα από τα στοιχεία που συλλέξαμε για την εφαρμογή της στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ι. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση του επιπέδου ανάπτυξης της οικογενειακής θεραπείας ως μοντέλου παρέμβασης στην Ελλάδα και η καταγραφή των αρμόδιων υπηρεσιών στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Επίσης, έχει στόχο να παραθέσει τις τεκμηριωμένες γνώσεις σχετικά με τις μεθόδους και τις τεχνικές που εφαρμόζονται στον κλάδο. Σημαντικό κομμάτι της μελέτης είναι η έρευνα.

Ο σκοπός της έρευνας αναφέρεται τόσο στην συγκέντρωση στοιχείων για την δομή και την λειτουργία των οργανώσεων, όσο και στην λήψη αξιολογητικών στοιχείων από την εφαρμογή θεραπείας με οικογένειες τα τελευταία τρία χρόνια στις συγκεκριμένες οργανώσεις. Πιο συγκεκριμένα ενδιαφερόμαστε:

- Να γνωρίσουμε την έκταση εφαρμογής της οικογενειακής θεραπείας στην Ελλάδα.
- Να γνωρίσουμε το έργο των οργανώσεων στο Δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.
- Να παραθέσουμε στοιχεία σχετικά με την δομή και την λειτουργία των υπηρεσιών.

- Να συλλέξουμε στοιχεία που σχετίζονται με την ποιότητα και την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από την εφαρμογή της οικογενειακής θεραπείας στα συγκεκριμένα κέντρα.

2. ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το είδος της έρευνας που επιλέχθηκε είναι η διερευνητική. Διερευνητική είναι η έρευνα που εξετάζει μια δοσμένη κατάσταση και προσπαθεί να μελετήσει στοιχεία τα οποία ως τώρα δεν έχουν γίνει αντικείμενο μελέτης.

3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ-ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Τα ερωτήματα προς διερεύνηση είναι:

- Ποιά είναι η διοικητική διάρθρωση και η σύνθεση του επιστημονικού προσωπικού.
- Ποιές είναι οι διαδικασίες που απαιτούνται, ώστε οι πελάτες να έρθουν σε επαφή με την οργάνωση.
- Ποιοί είναι οι τομείς δραστηριοτήτων τους και τι προγράμματα εφαρμόζουν.
- Ποιές είναι οι μέθοδοι εργασίας τους.

- Ποιά είναι τα μεθοδολογικά χαρακτηριστικά (θεραπευτικό συμβόλαιο, διάρκεια-συχνότητα συναντήσεων) στην εφαρμογή και στην ολοκλήρωση της θεραπείας.
- Τα τελευταία τρία χρόνια:
 - Πόσες οικογένειες ακολούθησαν θεραπεία;
 - Με ποίο αίτημα απευθύνθηκαν στην υπηρεσία;
 - Ποιά η στάση των οικογενειών πριν και μετά την λήξη της θεραπείας σύμφωνα με τον οικογενειακό θεραπευτή;
 - Αν υπάρχει κάποιο σύστημα παρακολούθησης (follow up) μετά την λήξη της θεραπείας και ποίο είναι αυτό;

Υποθέσεις που θα επιβεβαιωθούν ή θα απορριφθούν:

- Ο αριθμός των κέντρων που προσφέρουν οικογενειακή θεραπεία είναι μικρός.
- Ο κλάδος της οικογενειακής θεραπείας δεν είναι αρκετά διαδεδομένος στην Ελλάδα.
- Ο αριθμός των οικογενειών που ζητάνε βοήθεια από τις συγκεκριμένες οργανώσεις είναι αρκετά μεγάλος.
- Απαραίτητη προϋπόθεση για την έναρξη της οικογενειακής θεραπείας είναι η συναίνεση όλων των μελών της οικογένειας.

- Ο θεραπευτής στην συνεργασία του με την οικογένεια αντιμετωπίζει δυσκολίες που σχετίζονται τόσο με τον ίδιο όσο και με την οικογένεια.
- Η αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας είναι ικανοποιητική για την πλειοψηφία των οικογενειών.

4. ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα που θα λάμβανε μέρος στην έρευνα αποφασίστηκε να είναι όσες υπηρεσίες παρέχουν κατεξοχήν θεραπεία οικογένειας, είναι στελεχωμένες με κατάλληλα ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και έχουν την έδρα τους στην Αθήνα. Η επιλογή των παραπάνω υπηρεσιών που ασχολούνται με τον συγκεκριμένο κλάδο έγινε από την τελευταία έκδοση του οδηγού υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και υποστήριξης στην Ελλάδα. (1997)

Από την αρχική καταγραφή καταλήξαμε σε 20 υπηρεσίες που λειτουργούν στην Αττική και διατυπώνουν στους σκοπούς τους ότι παρέχουν υπηρεσίες οικογενειακής θεραπείας. (βλ. παραρτημα Β)

5. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων ήταν η συνέντευξη. «Η συνέντευξη είναι η τεχνική που έχει σκοπό να οργανώσει μια σχέση προφορικής επικοινωνίας ανάμεσα σε δύο πρόσωπα τον συνεντευκτή και τον ερωτούμενο, έτσι ώστε να επιτρέψει στον πρώτο την συλλογή ορισμένων πληροφοριών από τον δεύτερο πάνω σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο». (ΠΑΣΠΕ, 1994: 129)

Το είδος της συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε, ήταν η δομημένη συνέντευξη όπου το περιεχόμενο και η διαδικασία είναι οργανωμένα εκ των προτέρων. Αυτό σημαίνει ότι η αλληλουχία και η διατύπωση των ερωτήσεων είναι καθορισμένα βάσει σχεδιαγράμματος και αφήνεται λίγη ελευθερία στον συνεντευκτή να κάνει τροποποιήσεις. (Cohen, Manion, 1997: 376)

6. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Η αρχική προσέγγιση με τις υπηρεσίες έγινε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Σκοπός μας ήταν να μάθουμε εάν παρέχουν οικογενειακή θεραπεία με την έννοια που αυτή αποδίδεται στον επιστημονικό κλάδο.

Στην συνέχεια, ζητούσαμε να μιλήσουμε με τον οικογενειακό θεραπευτή της κάθε υπηρεσίας, ενημερώνοντας τον για το θέμα της πτυχιακής μας, τον

σκοπό της έρευνας και τον χρόνο παραμονής μας (4-3-2002 έως 4-4-2002) στην Αθήνα. Θεωρήσαμε ότι η διάρκεια ενός μήνα ήταν αρκετή για να συλλέξουμε τις πληροφορίες που θέλαμε. Σε όσους το επιθυμούσαν στάλθηκε σχετική αλληλογραφία με:

- Θέμα πτυχιακής
- Σκοπό έρευνας
- Άξονες συνέντευξης
- Συνοδευτικό έγγραφο του Τ.Ε.Ι.

7. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο, βάσει του οποίου έγινε η συνέντευξη, χωρίζεται σε τρεις θεματικές ενότητες.

Ενότητα Ι: Το περιεχόμενο της αναφέρεται στην δομή και την λειτουργία της οργάνωσης.

Ενότητα ΙΙ: Σε αυτήν την ενότητα διερευνάται: πρώτον το έργο και οι δραστηριότητες της οργάνωσης και δεύτερον τα μεθοδολογικά χαρακτηριστικά της θεραπείας. Όταν λέμε μεθοδολογικά χαρακτηριστικά εννοούμε την θεωρητική προσέγγιση στην οποία βασίζεται η θεραπεία, τα στάδια της θεραπείας, την συχνότητα των συναντήσεων με την οικογένεια κ.α.

Ενότητα ΙΙΙ: Η ενότητα αυτή αφορά τις ερωτήσεις εκείνες που έχουν σκοπό την συλλογή μερικών στατιστικών και αξιολογητικών στοιχείων. Το πρώτο κομμάτι της ενότητας περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με την ποσότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών οικογενειακής θεραπείας στα συγκεκριμένα κέντρα. Το δεύτερο περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν την προσωπική εκτίμηση-αξιολόγηση των θεραπευτών σχετικά με την εργασία τους. (βλ. παράρτημα Ι)

Το σύνολο των ερωτήσεων είναι 34. οι τρεις από αυτές έχουν υποερωτήματα. Το είδος των ερωτήσεων είναι πραγματικές και χρησιμοποιήθηκαν για να συγκεντρωθούν στοιχεία για τα κέντρα που θα μας βοηθήσουν στην επεξήγηση των δεδομένων.

Η μορφή των ερωτήσεων είναι οι ανοιχτές και χρησιμοποιήθηκαν για να δώσουν στον ερωτούμενο την δυνατότητα να αναπτύξει και να εξηγήσει τα θέματα για τα οποία ρωτήθηκε.

8. ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Για την προσέγγιση της εργασίας αυτής βοήθησαν τα παρακάτω:

- Η μελέτη βιβλιογραφικών συγγραμμάτων που αφορούν την εμφάνιση και εξέλιξη της οικογενειακής θεραπείας ως μοντέλο παρέμβασης και τις επιστημονικές προσεγγίσεις της.

- Ιδιαίτερη σημασία είχε και η επαφή μας με ορισμένους ειδικούς στον χώρο, όπως η κα Αθηνά Ανδρουτσοπούλου, ψυχολόγος – οικογενειακή θεραπεύτρια στο Εργαστήρι Διερεύνησης Ανθρωπίνων Σχέσεων, η κα Χριστίνα Τερλίδου, κλινική ψυχολόγος – οικογενειακή θεραπεύτρια στο Ανοιχτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο και η κα Μίνα Τοδούλου, ψυχολόγος – οικογενειακή θεραπεύτρια, μέλος της ΕΛ.Ε.ΣΥΘ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα διεξήχθη στον χρόνο που είχαμε σχεδιάσει, διήρκησε από 4-3-2002 έως 4-4-2002 και ολοκληρώθηκε χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες.

Μετά την αρχική καταγραφή των 20 υπηρεσιών και την τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους, καταλήξαμε σε δέκα. Οι άλλες δέκα απορρίφθηκαν, γιατί προέκυψε ότι δεν ήταν κατάλληλα οργανωμένες για την παροχή υπηρεσιών οικογενειακής θεραπείας, με αποτέλεσμα να μην εφαρμόζεται ως καθιερωμένη μέθοδος αλλά ως «συμπτωματική». Από τις δέκα που κρίθηκαν ότι πληρούν τις προϋποθέσεις των κριτηρίων της έρευνας μας, έλαβαν μέρος τελικά μόνο οι επτά (δύο του δημοσίου και πέντε του ιδιωτικού) ενώ οι άλλες τρεις αρνήθηκαν.

Η μια αρνήθηκε λόγω απόφασης του Διοικητικού της συμβουλίου να μην ανταποκρίνεται σε ανάλογες έρευνες. Η άλλη λόγω έλλειψης χρόνου την συγκεκριμένη χρονική περίοδο που θα διεξαγόταν η έρευνα μας. Η τρίτη δεν ανταποκρίθηκε στις αλληπάλληλες προσπάθειες μας για τηλεφωνική επικοινωνία, με αποτέλεσμα να μη γίνει δυνατή η συνεργασία μας για το κλείσιμο κάποιου ραντεβού.

Πρέπει να σημειωθεί ότι δύο από τα κέντρα που συμμετείχαν στην έρευνα, απευθύνονται σε χρήστες ουσιών.

Παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε στο ξεκίνημα της έρευνας, η συνεργασία μας με τους υπεύθυνους των κέντρων ήταν πολύ καλή. Μας υποδέχτηκαν πολύ φιλικά και μας έκαναν να νιώσουμε άνετα. Κατά την διάρκεια της συνέντευξης ήταν πρόθυμοι να μας βοηθήσουν, δίνοντας μας τις πληροφορίες που ζητούσαμε.

Για την ανάλυση των συλλεχθέντων στοιχείων πραγματοποιήθηκε ποσοτική και ποιοτική ανάλυση.

ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ**Ενότητα I. Οργάνωση και δομή των υπηρεσιών.****Πίνακας 1**

Έτος ίδρυσης – Νομική υπόσταση.

ΕΤΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	Ν.Π.Ι.Δ.	Ν.Π.Δ.Δ.
1980-1984	2	2	-
1985-1989	2	2	-
1990-1994	1	-	1
1995-1999	2	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	7	5	2

Τα περισσότερα από τα κέντρα που συμμετείχαν στην έρευνα ιδρύθηκαν πριν το 1990. Παρατηρώντας τον πίνακα διαπιστώνουμε ότι από το 1980-1989 δημιουργήθηκαν τέσσερα κέντρα, τα οποία στο σύνολο τους ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα. Από το 1990-1999 ιδρύθηκαν τρία κέντρα, εκ των οποίων τα δύο ανήκουν στον δημόσιο τομέα και το τρίτο στον ιδιωτικό. Από τα παραπάνω μπορούμε να υποθέσουμε ότι τα κέντρα οικογενειακής θεραπείας στην Ελλάδα, πρωτοδημιουργήθηκαν και αναπτύχθηκαν την δεκαετία του '80 μέσα από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ την δεκαετία του '90 δημιουργήθηκαν και τα πρώτα του δημοσίου.

Όπως γνωρίζουμε από την συνέντευξη με την κυρία Τοδούλου Μίνα (ψυχολόγο – οικογενειακή θεραπεύτρια), ο συγκεκριμένος κλάδος ήρθε στην χώρα μας το 1963, αλλά ουσιαστικά η εφαρμογή του ως θεραπευτική προσέγγιση και η εκπαίδευση των ειδικών σε αυτήν, άρχισε τουλάχιστον μια δεκαετία αργότερα. Αυτό μας κάνει να υποθέσουμε ότι η ανάπτυξη των κέντρων οικογενειακής θεραπείας τη δεκαετία του '80, είναι αποτέλεσμα της πρώτης γενιάς των ειδικών που εκπαιδεύτηκαν σε αυτή. Σε αυτό μπορεί να οφείλεται και το γεγονός ότι η οικογενειακή θεραπεία αναπτύχθηκε μέσα από τον ιδιωτικό τομέα.

Έτσι μας δίνεται το ερέθισμα να υποθέσουμε ότι ο ιδιωτικός τομέας είναι πιο καινοτόμος και πρωτοπόρος στην εφαρμογή, ανάπτυξη και εξέλιξη νέων «δεδομένων» σε αντίθεση με τον δημόσιο. Η δυσκολία του δημοσίου τομέα να καινοτομεί μπορεί να οφείλεται στην μη διάθεση οικονομικών πόρων ή στην πολυπλοκότητα των μηχανισμών λειτουργίας του.

Πίνακας 2

Άδεια λειτουργίας – Εποπτεία.

ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας	7
ΣΥΝΟΛΟ	7

Ο Πίνακας 2 δείχνει ότι όλα τα κέντρα εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Επομένως υποθέτουμε ότι για την ίδρυση και την λειτουργία ενός κέντρου οικογενειακής θεραπείας, απαιτείται άδεια από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Πίνακας 3

Οικονομικοί πόροι.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ	ΑΡΙΘΜΟΣ
Παροχή Υπηρεσιών	4
Δημόσιο	2
Δωρεές	2
Εκπαίδευση	3
Έκτακτες επιχορηγήσεις	2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV : ΑΠΟΤΕΛΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από τον πίνακα βλέπουμε ότι οι οικονομικοί πόροι των κέντρων προέρχονται σε τέσσερα από την παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών, σε δύο από το δημόσιο, σε τρία από την παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, σε δύο από δωρεές και σε δύο από έκτακτες επιχορηγήσεις. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η θεραπεία και η εκπαίδευση αποτελεί τη βασική πηγή εσόδων των οργανώσεων, ενώ σε μικρότερο ποσοστό οι οικονομικοί πόροι προέρχονται από το δημόσιο και μη συστηματικά από διάφορες δωρεές και έκτακτες επιχορηγήσεις. Έτσι μπορούμε να εικάσουμε ότι το κράτος δεν στηρίζει οικονομικά τις προσπάθειες του ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα οι παρεχόμενες υπηρεσίες να μην είναι ιδιαίτερα προσιτές στους ενδιαφερόμενους και οι τελευταίοι με την σειρά τους, είτε να επιβαρύνονται αρκετά, είτε να μην μπορούν να τις αξιοποιήσουν.

Πίνακας 4

Σκοπός της οργάνωσης.

ΣΚΟΠΟΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ
Ψυχοθεραπεία ατόμου και οικογένειας	5
Συμβουλευτική	3
Απεξάρτηση	2
Εκπαίδευση	3
Έρευνα	2

Οι περισσότερες οργανώσεις στην παρούσα έρευνα ιδρύθηκαν με σκοπό την παροχή θεραπευτικών και συμβουλευτικών υπηρεσιών σε άτομα και οικογένειες, καθώς και την εκπαίδευση ειδικών επιστημόνων, ενώ δύο από αυτά έχουν ως βασικό τους σκοπό την απεξάρτηση ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Παράλληλα ένα μικρό ποσοστό επικεντρώνεται και στην έρευνα.

Προσωπικό – Ειδικότητες.

Όλα τα κέντρα που ερευνήσαμε απασχολούν τουλάχιστον ένα ψυχολόγο, ένα ψυχίατρο και ένα κοινωνικό λειτουργό. Πέραν αυτής της βασικής τους εκπαίδευσης, σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες αυτοί έχουν εξειδίκευση στην οικογενειακή θεραπεία, με σπουδές που έχουν γίνει είτε στο εξωτερικό, είτε στην Ελλάδα. Επιπλέον κάποιοι από αυτούς έχουν εξειδίκευση και σε κοινωνιόδραμα, δραματοθεραπεία, ψυχανάλυση ομάδας, ψυχόδραμα.

Πίνακας 5

Εποπτεία του προσωπικού των κέντρων.

ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ
ΝΑΙ	2
ΟΧΙ	5
ΣΥΝΟΛΟ	7

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι στα πέντε από τα επτά κέντρα το προσωπικό δεν εποπτεύεται από αρμόδιο επιστημονικό συνεργάτη, ενώ στα άλλα δύο υπάρχει η δυνατότητα συστηματικής εποπτείας. Ωστόσο, οι απαντήσεις όλων των ερωτηθέντων στα κέντρα, ήταν θετικές όσον αφορά τις άτυπες εποπτείες μεταξύ τους. Τέτοιου είδους εποπτείες μπορεί να πραγματοποιούνται είτε όταν συνεδριάζει η διεπιστημονική ομάδα, είτε όταν κάποιος θεραπευτής το έχει ανάγκη. Από τα παραπάνω μπορούμε να υποθέσουμε ότι υπάρχει έλλειψη ειδικού επιστημονικού προσωπικού για την συστηματική εποπτεία των θεραπειών. Οι άτυπες εποπτείες μας δίνουν τη δυνατότητα να υποθέσουμε ότι η εποπτεία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της δουλειάς ενός επαγγελματία στον χώρο της ψυχικής υγείας και για αυτό κρίνεται απαραίτητη η στελέχωση των κέντρων με ένα τουλάχιστον υπεύθυνο επόπτη.

Ώρες Λειτουργίας

Τα κέντρα που μετείχαν στην έρευνα λειτουργούν στην πλειοψηφία τους από το πρωί μέχρι το απόγευμα. Κατά μέσο όρο από τις 9:00 το πρωί έως 20:00 με 21:00 το βράδυ.

Απαραίτητες διαδικασίες πελατών ώστε να έρθουν σε επαφή με το κέντρο

Σε όλα τα κέντρα που έλαβαν μέρος στην έρευνα η απαραίτητη διαδικασία που πρέπει να ακολουθήσουν οι πελάτες για να έρθουν σε επαφή μαζί τους, είναι η τηλεφωνική επικοινωνία (στα περισσότερα απαιτείται η τηλεφωνική επικοινωνία από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο και όχι από κάποιο τρίτο, π.χ. συγγενή, γιατρό, φίλο). Αυτό ίσως να σημαίνει ότι τα κέντρα δίνουν μεγάλη σημασία στην κινητοποίηση των ενδιαφερομένων από την πρώτη στιγμή και στο πως αυτοί αντιλαμβάνονται το πρόβλημα.

Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες

Μεταξύ των κέντρων που είδαμε δεν υπάρχουν κοινές υπηρεσίες συνεργασίας. Κάθε οργάνωση συνεργάζεται με διαφορετικές υπηρεσίες. Τα δημόσια κέντρα συνεργάζονται με ανάλογους φορείς του δημοσίου, όπως νοσοκομεία, ψυχιατρικά κέντρα, μονάδες οικογενειακής θεραπείας, δικαστές κ.τ.λ. Ένας από τους λόγους συνεργασίας με τέτοιες υπηρεσίες μπορεί να είναι και η επίλυση κοινωνικών προβλημάτων των ενδιαφερομένων. Αντίθετα στον ιδιωτικό τομέα, οι πελάτες πρέπει να έχουν λύσει τέτοιου είδους προβλήματα για να προχωρήσουν στην θεραπεία. Η συνεργασία τους με άλλες υπηρεσίες σχετίζεται κυρίως με την εκπαίδευση των εκπαιδευόμενων και λιγότερο με την προώθηση θεμάτων των ενδιαφερομένων.

Ο ιδιωτικός τομέας συνεργάζεται με τον δημόσιο σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις οικονομικές απαιτήσεις του πρώτου οπότε γίνεται παραπομπή στον δεύτερο.

Κτιριακή υποδομή των κέντρων

Τα κέντρα που επισκεφθήκαμε στην πλειοψηφία τους στεγάζονται σε μεγάλα κτίρια ειδικά διαμορφωμένα με αίθουσες για θεραπεία ομάδας και οικογένειας και γραφεία για ατομικές συναντήσεις. Τα περισσότερα διαθέτουν επίσης βιβλιοθήκη και χώρους σεμιναρίων. Τέλος, σε όλα τα κέντρα υπάρχουν χώροι αναμονής, γραμματείας και βοηθητικοί χώροι. Κύριο χαρακτηριστικό όλων, πλην ενός, είναι οι αίθουσες με μονόδρομο καθρέπτη.

Παρά τα κοινά χαρακτηριστικά τους, παρατηρήσαμε ότι υπάρχουν κάποιες διαφορές μεταξύ των κέντρων του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα, όσον αφορά την έκταση και την διαμόρφωση του χώρου. Πιό συγκεκριμένα τα ιδιωτικά κέντρα είναι μεγαλύτερα σε έκταση, με καλύτερα διαμορφωμένους χώρους, σε αντίθεση με τα δημόσια που είναι περιορισμένης έντασης και χαρακτηρίζονται από απλότητα και λιτότητα.

Από τα παραπάνω μπορούμε να εκτιμήσουμε ότι στον ιδιωτικό τομέα δίνεται μεγάλη βαρύτητα στην διαμόρφωση του χώρου, έτσι ώστε να προκαλεί συναισθήματα άνεσης και ζεστασιάς στον εξυπηρετούμενο, ενώ στον δημόσιο τομέα οι χώροι είναι διαμορφωμένοι έτσι ώστε να εξυπηρετούν απλώς τις

ανάγκες της εργασίας τους. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας δίνει μεγάλη βαρύτητα στον τρόπο προσέγγισης των ενδιαφερομένων, αφού αυτά αποτελούν την κύρια πηγή εσόδων τους

Ενότητα II. Εργο-δραστηριότητες της οργάνωσης.

Πίνακας 6

Πληθυσμιακές ομάδες.

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ
Οικογένειες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες	5
Χρήστες ουσιών	2
ΣΥΝΟΛΟ	7

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι από τα επτά κέντρα που έλαβαν μέρος στην έρευνα, τα πέντε απευθύνονται στο ευρύ κοινό, σε άτομα και οικογένειες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην καθημερινή τους ζωή, ενώ τα άλλα δύο απευθύνονται αποκλειστικά σε χρήστες ουσιών και τις οικογένειες τους.

Τομείς δραστηριοτήτων της οργάνωσης

Όλα τα κέντρα που επισκεφθήκαμε έχουν ως βασικούς τομείς δραστηριοτήτων την θεραπεία και την εκπαίδευση.

Στον θεραπευτικό τομέα παρέχονται υπηρεσίες οικογενειακής θεραπείας. Επίσης, όλα πλην ενός παρέχουν θεραπεία ατόμου και ομάδας.

Στον εκπαιδευτικό τομέα τα έξι από τα επτά κέντρα ασχολούνται με την εκπαίδευση οικογενειακών θεραπευτών και ένα μικρότερο ποσοστό με τα

σεμινάρια και τον επαγγελματικό προσανατολισμό. Αυτό μας οδηγεί στην διαπίστωση ότι οι οργανώσεις που παρέχουν οικογενειακή θεραπεία, αποτελούν το βασικό πυρήνα εκπαίδευσης σε αυτήν, συμβάλλοντας σημαντικά στην διάδοση του κλάδου.

Τέλος, ένα μικρό ποσοστό έχει δραστηριοποιηθεί στον τομέα της έρευνας και των εκδόσεων. Έτσι μας δίνεται η δυνατότητα να εικάσουμε ότι το προσωπικό των κέντρων αυτών ενδιαφέρεται για την αξιολόγηση της εργασίας τους και την αναζήτηση νέων προοπτικών στην επιστήμη τους.

Σκοπός της οικογενειακής θεραπείας

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων φαίνεται ότι σκοπός της οικογενειακής θεραπείας είναι η βοήθεια στην αντιμετώπιση προβλημάτων της οικογένειας, με την ανάληψη ευθύνης από όλα τα μέλη της και την μεταξύ τους συνεργασία.

Παράλληλα με τον παραπάνω σκοπό η οικογενειακή θεραπεία στοχεύει:

- Στην βελτίωση των ενδοοικογενειακών σχέσεων, ώστε να εξομαλυνθούν οι εσωτερικές δυσλειτουργίες της.
- Στην πρόληψη και θεραπεία των ψυχικά ασθενών.
- Στην εκπαίδευση των μελών της οικογένειας να στηρίξουν το εξαρτημένο μέλος, ώστε όλοι μαζί να καταφέρουν να λειτουργήσουν χωρίς το σύμπτωμα της εξάρτησης.

*ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ*

*Προϋποθέσεις έναρξης
θεραπείας*

Βασική προϋπόθεση στις περισσότερες υπηρεσίες για την έναρξη οικογενειακής θεραπείας, είναι η προσέλευση κάποιου μέλους της οικογένειας για να ζητήσει βοήθεια και κατόπιν η εκούσια συμμετοχή ενός ικανοποιητικού αριθμού των μελών της. Εάν τα μέλη αρνηθούν την συμμετοχή τους, τότε το ενδιαφερόμενο μέλος μπορεί να ακολουθήσει ατομική ή ομαδική θεραπεία.

Στις υπηρεσίες που απευθύνονται σε χρήστες, βασική προϋπόθεση είναι ο χρήστης να έχει σταματήσει την χρήση ουσιών.

*Επιστημονική
προσέγγιση*

Η πλειοψηφία των κέντρων που συμμετείχαν στην έρευνα εργάζονται βασιζόμενοι στην συστημική προσέγγιση. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τόσο οι πρωτεργάτες όσο και οι πρώτες γενιές οικογενειακών θεραπευτών,

εκπαιδεύτηκαν στην συστημική προσέγγιση. Δημιουργώντας στην συνέχεια τα δικά τους κέντρα εφαρμογής και εκπαίδευσης στην συστημική οικογενειακή θεραπεία, συνέβαλλαν σημαντικά στην διάδοση και επικράτηση της συγκεκριμένης προσέγγισης.

Συσχετίζοντας την επικράτηση της παραπάνω μεθόδου με την κτιριακή υποδομή των κέντρων, μπορούμε να κατανοήσουμε το κοινό χαρακτηριστικό των χώρων όπου γίνεται η θεραπεία οικογένειας.

*Στάδια ολοκλήρωσης
θεραπείας*

Τα στάδια ολοκλήρωσης της θεραπείας με οικογένεια βασίζονται σε ένα κοινό άξονα με μικρές διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Μετά την πρώτη επαφή του ενδιαφερόμενου με την υπηρεσία, ακολουθεί η διαγνωστική φάση όπου γίνεται η εκτίμηση της κατάστασης και οριοθετείται το θεραπευτικό συμβόλαιο. Αφού τεθούν οι στόχοι, συνεχίζονται οι οικογενειακές συνεδρίες, όπου μέσα από την θεραπευτική διεργασία επιδιώκονται οι

απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας και στις ενδοοικογενειακές σχέσεις των μελών της, με απώτερο σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος. Όταν οι στόχοι έχουν επιτευχθεί μπορεί να θεωρηθεί ότι η θεραπεία έχει ολοκληρωθεί.

*Αριθμός και συχνότητα
συναντήσεων*

Η πλειοψηφία των κέντρων συναντούν τα μέλη της οικογένειας κάθε 15 ημέρες. Από αυτό μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι συναντήσεις γίνονται σε τέτοια χρονικά διαστήματα, ώστε η οικογένεια να προλάβει να επεξεργαστεί τις αλλαγές που προκύπτουν από την οικογενειακή συνεδρία, χωρίς όμως να χάσει την επαφή της με τον θεραπευτή.

*Συνεργασιμότητα των
μελών μεταξύ τους*

Στις περισσότερες υπηρεσίες η πλειοψηφία των μελών των οικογενειών κατά την διάρκεια της θεραπείας είναι συνεργάσιμα. Ωστόσο ο βαθμός συνεργασιμότητας διαφοροποιείται από οικογένεια σε οικογένεια και από άτομο σε άτομο. Μπορεί ακόμη να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως οι αντιστάσεις των μελών να δεχτούν την νέα οπτική της κατάστασης που τους παρουσιάζει ο

θεραπευτής, η δυσκολία να εμπιστευτούν τον θεραπευτή κ.α.

Λαμβάνοντας υπόψην τις προϋποθέσεις έναρξης και τα αποτελέσματα συνεργασιμότητας της οικογένειας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το θετικό ρόλο στην συνεργασιμότητα των μελών παίζει το γεγονός ότι ο θεραπευτής αφήνει τα ίδια τα μέλη να αποφασίσουν εάν επιθυμούν να συμμετέχουν στην θεραπεία.

*Συνηθέστερες δυσκολίες
θεραπευτών*

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των θεραπευτών οι συνηθέστερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην συνεργασία τους με την οικογένεια είναι η δυσκολία της οικογένειας:

- Να κατανοήσει την διαφορά συμπτώματος και προβλήματος, με αποτέλεσμα να προβάλλει αντιστάσεις.
- Να δεχτεί ότι το πρόβλημα δεν ανήκει μόνο σε ένα μέλος της, αλλά αφορά όλους.
- Να εμπιστευθεί τον θεραπευτή.

Επιπλέον, η εργασία του θεραπευτή

δυσκολεύει όταν το οικογενειακό σύστημα είναι πολύ κλειστό, εμποδίζοντας τον να εμπλακεί στις αλληλεπιδράσεις του, με αποτέλεσμα να μην μπορέσει να λειτουργήσει θεραπευτικά.

Τέλος, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από τον θεραπευτή, ώστε να μπορέσει να κρατήσει αντικειμενική στάση χωρίς να ταυτιστεί με κάποιο μέλος της οικογένειας.

Ένας τρόπος για να ξεπερνιούνται οι δυσκολίες των θεραπειών είναι η παροχή συστηματικής εποπτείας από αρμόδιους επιστήμονες. Αυτό μπορεί να επιβεβαιωθεί και από τον πίνακα 6, όπου είναι εμφανής η έλλειψη αλλά και η αναγκαιότητα των εποπτειών.

*Σύστημα
παρακολούθησης
(Follow up)*

Από τα επτά κέντρα που επισκεφθήκαμε, τα τέσσερα δεν έχουν κάποιο συγκεκριμένο σύστημα παρακολούθησης της οικογένειας μετά την λήξη της θεραπείας, ενώ τα τρία απάντησαν θετικά. Όλα τα κέντρα, ανεξάρτητα από το αν έχουν κάποιο σύστημα παρακολούθησης ή όχι, γνωστοποιούν στην

οικογένεια ότι μπορεί να απευθυνθεί στο κέντρο για μετέπειτα συνεργασία, οποιαδήποτε στιγμή αυτή το θελήσει. Από τα παραπάνω μπορούμε να εικάσουμε ότι οι θεραπευτές δεν κρίνουν αναγκαίο κάποιο σύστημα παρακολούθησης, γιατί θεωρούν ότι δεν υπάρχει λόγος εμπλοκής στην οικογένεια μετά την λήξη της θεραπείας της, εφόσον το πρόβλημα έχει λυθεί.

*Συναισθήματα
οικογένειας*

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, τα συναισθήματα στην θεραπεία ποικίλουν ανάλογα με την φάση στην οποία βρίσκεται αυτή και από οικογένεια σε οικογένεια. Ωστόσο είναι επιβεβαιωμένο ότι κάθε διαδικασία θεραπευτικής σχέσης ξεκινά με άγχος.

Έτσι, σε γενικές γραμμές, τα κύρια συναισθήματα που διακατέχουν τα μέλη της οικογένειας πριν την έναρξη θεραπείας, είναι το άγχος, η αγωνία και η ανυπομονησία για άμεση λύση του προβλήματος.

Κατά την διάρκεια της θεραπείας, τα άτομα

είτε προβληματίζονται συνειδητοποιώντας την πραγματικότητα της κατάστασης, είτε νιώθουν ανακούφιση βλέποντας τις πρώτες μικρές αλλαγές. Μετά την λήξη της θεραπείας, νιώθουν ικανοποίηση και ευχαρίστηση λόγω των αλλαγών που έχουν επιτευχθεί σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο.

Ενότητα III. Αξιολογητικά Στοιχεία

Η πλειοψηφία των κέντρων που επισκεφθήκαμε δεν απάντησαν στις ερωτήσεις των αξιολογητικών χαρακτηριστικών με συναντήσεις από οικογένειες. Αυτό μας οδηγεί στις εξής υποθέσεις:

- 1) Ίσως να μην είναι κατάλληλα οργανωμένα, ώστε να κρατούν αρχεία των περιπτώσεων τους.
- 2) Πιθανόν να μην είχαν την διάθεση να συνεργαστούν μαζί μας για αυτό το κομμάτι, γιατί απαιτούσε χρόνο και προσωπική εργασία.
- 3) Ίσως να μην ήθελαν να κοινοποιήσουν αυτά τα στοιχεία για προσωπικούς λόγους.

*Αξιολόγηση
εργασίας
θεραπευτών*

Η αξιολόγηση των θεραπευτών για την εργασία τους ήταν θετική. Συγκεκριμένα, θεωρούν την οικογενειακή θεραπεία αποτελεσματική και αυτό το καταλαβαίνουν από τον μεγάλο αριθμό των οικογενειών που ζητούν βοήθεια, από την παρατήρηση τους ότι αυτές βοηθούνται, αλλάζουν και εξελίσσονται, καθώς και από επιστημονικές

εργασίες. Τέλος χαρακτηρίζουν την εργασία τους ευχάριστη και απαραίτητη.

Προτάσεις για βελτίωση της εργασίας τους

Οι προτάσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την βελτίωση της εργασίας τους είναι οι εξής:

- Άυξηση των επιχορηγήσεων από το κράτος και στελέχωση των κέντρων με περισσότερο επιστημονικό προσωπικό.
- Γνωριμία-εκπαίδευση με άλλους ανάλογους χώρους.
- Εγκυρότερη ενημέρωση του κοινού για την οικογενειακή θεραπεία και τις υπάρχουσες υπηρεσίες της.
- Επιστημονικότερη οριοθέτηση του χώρου.

Η οικογενειακή θεραπεία έχει αποτέλεσμα όταν:

- Η οικογένεια είναι έτοιμη, επιθυμεί πραγματικά να αλλάξει και δεσμεύεται από μόνη της και όχι από τον θεραπευτή.
- Η οικογένεια είναι συνεργάσιμη.

Αποτελεσματικότητα της θεραπείας

Από τα παραπάνω μπορούμε να καταλάβουμε ότι η αποτελεσματικότητα της οικογενειακής

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

θεραπείας δεν εξαρτάται μόνο από τις ικανότητες του θεραπευτή, αλλά κυρίως από την διάθεση και την αποφασιστικότητα της οικογένειας να συνεργαστεί μαζί του.

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της έρευνας αναφέροταν τόσο στην συγκέντρωση στοιχείων για την δομή και την λειτουργία των οργανώσεων, όσο και στην λήψη αξιολογητικών στοιχείων από την εφαρμογή θεραπειάς με οικογένειες τα τελευταία τρία χρόνια στις συγκεκριμένες οργανώσεις.

Από την ανάλυση των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα ή υποθέσεις:

Η οικογενειακή θεραπεία πρωτοήλθε στην Ελλάδα το 1963 και ουσιαστικά εφαρμόστηκε μια δεκαετία αργότερα μέσα από τον ιδιωτικό τομέα. Με καθυστέρηση περίπου δέκα ετών ακολούθησε με αργά βήματα και ο δημόσιος. Η θεραπεία της οικογένειας σαν μέθοδος στην Ελλάδα είναι σχετικά καινούρια. Παρά το γεγονός αυτό όμως, έχει καθιερωθεί και αναπτυχθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για τα δεδομένα του Ελλαδικού χώρου, με την σημαντική συμβολή των επιστημόνων που πίστεψαν και δούλεψαν πάνω σε αυτή με δική τους πρωτοβουλία και χωρίς την στήριξη του κράτους.

Η ελλιπής οικονομική στήριξη από την πλευρά του κράτους φαίνεται και από το γεγονός ότι κύρια πηγή εσόδων, για τα κέντρα στον ιδιωτικό τομέα, αποτελεί η παροχή υπηρεσιών. Οι κατακτήσεις του ιδιωτικού τομέα, που

συνέβαλαν σημαντικά στην ανάπτυξη του κλάδου, στηρίχθηκαν αποκλειστικά στις δικές του προσπάθειες. Αυτό έχει ως αντίκτυπο την οικονομική επιβάρυνση των ενδιαφερομένων, με αποτέλεσμα πολλές φορές οι υπηρεσίες των κέντρων να μην είναι προσιτές προς αυτούς.

Οι βασικές ειδικότητες που συνθέτουν το προσωπικό των κέντρων οικογενειακής θεραπείας είναι οι ψυχολόγοι – ψυχίατροι – κοινωνικοί λειτουργοί. Πέρα από την βασική τους εκπαίδευση απαιτείται επιπλέον ειδίκευση στην οικογενειακή θεραπεία για να μπορέσουν να την εφαρμόσουν ως μέθοδο θεραπευτικής παρέμβασης.

Μετά την επίσκεψη μας στους χώρους των συγκεκριμένων υπηρεσιών, διαπιστώσαμε ότι στον δημόσιο τομέα υπάρχει έλλειψη χώρου αναλογικά με τις υπηρεσίες που προσφέρονται και τον αριθμό των ενδιαφερομένων. Επιπλέον υπάρχει ανάγκη στελέχωσης των κέντρων με επιστημονικό προσωπικό, τόσο από άποψη ειδικοτήτων, όσο και από άποψη αριθμού. Αντίθετα, στον ιδιωτικό τομέα, συναντάμε άνεση χώρου αναλογικά με τις ανάγκες παροχής υπηρεσιών. Αξιοσημείωτη είναι η βαρύτητα που δίνεται στην διαμόρφωση των χώρων, με τέτοιο τρόπο ώστε να προκαλεί συναισθήματα άνεσης, οικειότητας και ζεστασιάς στον πελάτη, πράγμα που πιθανόν αποσκοπεί στην όσο δυνατόν καλύτερη προσέγγιση του.

Παρά την ύπαρξη πολλών και διαφορετικών προσεγγίσεων στον κλάδο της οικογενειακής θεραπείας, πιο διαδομένη στην Ελλάδα είναι η συστημική. Επίσης, και στον τομέα της εκπαίδευσης επικρατεί η συστημική κατεύθυνση, πράγμα που περιορίζει όσους ενδιαφέρονται να εκπαιδευτούν στην οικογενειακή θεραπεία να επιλέξουν οποιαδήποτε άλλη προσέγγιση.

Το γεγονός ότι στην πλειοψηφία των κέντρων, πέρα από την παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών, δίνεται μεγάλη σημασία και στην εκπαίδευση, μας ανάγει στο συμπέρασμα ότι οι οικογενειακοί θεραπευτές ενδιαφέρονται για την διάδοση και την εξέλιξη του κλάδου. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τις προσπάθειες που καταβάλλουν στον τομέα της έρευνας και των εκδόσεων.

Από μεθοδολογικής πλευράς, η υπόθεση μας ότι για την έναρξη της θεραπείας με την οικογένεια είναι απαραίτητη η συναίνεση όλων των μελών, απορρίφθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των θεραπευτών απαιτείται ένας ικανοποιητικός αριθμός μελών, όχι όμως απαραίτητα όλη η οικογένεια. Οι θεραπευτές εργάζονται θεραπευτικά με τα μέλη που επιθυμούν, αφήνοντας στους υπόλοιπους να αποφασίσουν μόνοι τους εάν θα συμμετέχουν στην θεραπεία.

Στην εφαρμογή της η μέθοδος ακολουθεί στάδια όπως η διαγνωστική, η φάση της θεραπείας και η φάση της απεμπλοκής. Ωστόσο, κάθε περίπτωση είναι διαφορετική, με αποτέλεσμα τα στάδια, ο χρόνος ολοκλήρωσης της θεραπείας και η συχνότητα των συναντήσεων μεταξύ θεραπευτή και οικογένειας, να διαφοροποιούνται ανάλογα με την περίπτωση.

Στην οικογενειακή θεραπεία, όπως και στις άλλες επιστήμες της ψυχικής υγείας, δίνεται μεγάλη βαρύτητα στην κινητοποίηση – ευαισθητοποίηση του ίδιου του ατόμου και στην αυτοδιάθεση της οικογένειας να ξεκινήσει θεραπεία.

Στην έρευνα μας φαίνεται ότι στην εφαρμογή της οικογενειακής θεραπείας δεν ακολουθείται κάποιο συγκεκριμένο σύστημα παρακολούθησης (follow up) της οικογένειας μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Από πλευράς θεραπευτή, ο οικογενειακός θεραπευτής αντιμετωπίζει δυσκολίες στην εργασία του με την οικογένεια, χωρίς αυτό να αποτελεί εμπόδιο στο να επιτύχει τον στόχο του. Έχει να κάνει με ένα σύνολο ανθρώπων, το οικογενειακό σύστημα, το οποίο έχει τους δικούς του κανόνες και τον δικό του τρόπο επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών του. Βασική του μέριμνα είναι να μπει στο σύστημα, να το βοηθήσει να αλλάξει τον τρόπο

λειτουργίας του. Όλα αυτά χωρίς να χάσει την δική του ταυτότητα ή να ταυτιστεί με κάποιο μέλος της οικογένειας.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των θεραπειών, τα συναισθήματα των πελατών είναι πολλά και ποικίλα. Οι πελάτες βιώνουν διάφορα συναισθήματα όταν έρχονται σε επαφή με τον θεραπευτή, τα οποία θα πρέπει να γνωρίζει εκείνος, προκειμένου να τα χειρίζεται.

Είναι κοινά αποδεκτό από όλους τους θεραπευτές ότι η οικογενειακή θεραπεία είναι αποτελεσματική, χρήσιμη και απαραίτητη για την επίλυση δυσκολιών που τυγχάνει να αντιμετωπίζουν οι σύγχρονες οικογένειες. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που μπορεί να έχουν σχέση, τόσο με τον ίδιο τον θεραπευτή, όσο και με τα μέλη της οικογένειας. Ένας από τους παράγοντες που συμβάλλει θετικά στην αποτελεσματικότητα της είναι η καλή διάθεση για συνεργασία και από τις δύο πλευρές.

Μετά την συνέντευξη μας με τους υπεύθυνους οικογενειακούς θεραπευτές των κέντρων καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι για την καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών και την αποδοτικότερη εργασία των θεραπειών, απαιτείται οικονομική ενίσχυση από το κράτος και συνεργασία – στελέχωση με περισσότερους επιστημονικούς συνεργάτες.

Ο αριθμός των κέντρων που παρέχουν οικογενειακή θεραπεία είναι σχετικά μικρός αναλογικά με τον πληθυσμό της Ελλάδας. Όμως θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ικανοποιητικός, εάν αναλογιστεί κανείς ότι η οικογενειακή θεραπεία εφαρμόζεται στην χώρα μας εδώ και μια εικοσιπενταετία τουλάχιστον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη είχε σκοπό να διερευνήσει το επίπεδο ανάπτυξης της οικογενειακής θεραπείας, ως μοντέλου παρέμβασης στην Ελλάδα. Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε μια σύντομη ανάλυση των θεωριών που υπάρχουν γύρω από την μεθοδολογία του κλάδου της οικογενειακής θεραπείας.

Στην συνέχεια μέσα από την έρευνα επιχειρήθηκε η καταγραφή των αρμόδιων υπηρεσιών που λειτουργούν στην Αττική και παρέχουν οικογενειακή θεραπεία, με απώτερο σκοπό να γνωρίσουμε τον τρόπο λειτουργίας τους και τις υπηρεσίες που παρέχουν.

Από την παραπάνω μελέτη καταλήγουμε στα εξής:

Η οικογένεια αποτελεί τον σημαντικότερο θεσμό της κοινωνίας μας. Αναμφισβήτητα, οι λειτουργίες που επιτελεί παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη και εξέλιξη του ατόμου. Το βασικό αυτό κύτταρο κάθε κοινωνίας πάντοτε διερχόταν φάσεις αλλαγής, οι οποίες ακολουθούσαν παράλληλη πορεία με τις μεταβολές που συνέβαιναν στην κοινωνία. Οι αλλαγές αυτές είχαν αναπόφευκτες επιπτώσεις για την οικογένεια, παρόλα αυτά αυτή κατάφερε να επιβιώσει χωρίς όμως να διατηρήσει την αρχική της μορφή.

Από παραδοσιακή – γεωργική αγροτική εξελίχθηκε σε σύγχρονη – βιομηχανική αστεακή, αλλάζοντας μορφή – δομή και τρόπο λειτουργίας.

Η οικογένεια, λοιπόν, είναι ένας θεσμός, ο οποίος αλλάζει μορφή και σχήμα, μεταβάλλεται και προσαρμόζεται ανάλογα με τις εμπειρίες και τις αναπτυξιακές φάσεις των μελών της. Έτσι γίνεται κατανοητό ότι η οικογένεια έχει τον δικό της κύκλο ζωής. Στην διάρκεια αυτού του κύκλου, καλείται να επιτελέσει διάφορες λειτουργίες προκειμένου να επιτύχει τους στόχους της. Στην εκτέλεση αυτών των λειτουργιών, σημαντικό ρόλο παίζουν τα υποσυστήματα που δημιουργούνται μέσα σε αυτήν.

Η οικογένεια αποτελεί το βασικό κύτταρο κάθε κοινωνίας, το οποίο πάντοτε διερχόταν φάσεις αλλαγής ανάλογα με τις αλλαγές που υφίσταται η κοινωνία. Σε αυτές τις αλλαγές, τις νέες ασταθείς και ευμετάβλητες συνθήκες ζωής, οφείλονται οι κρίσεις, οι εντάσεις και τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει η σύγχρονη οικογένεια. Έτσι, οι ειδικοί των διαφόρων κλάδων της ψυχικής υγείας, προκειμένου να εκτιμήσουν επαρκώς τις ανάγκες που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονες οικογένειες στις βιομηχανικές κοινωνίες και να βοηθήσουν τα μέλη να τις ικανοποιήσουν, στράφηκαν στην οικογενειακή θεραπεία ως μια σημαντική μέθοδο παρέμβασης.

Η οικογενειακή θεραπεία ξεκίνησε ουσιαστικά να εφαρμόζεται, ως μέθοδος παρέμβασης, την δεκαετία του '50 στις Η.Π.Α. Με καθυστέρηση 25 χρόνων περίπου άρχισε να πρωτοεφαρμόζεται και στην Ελλάδα. Σήμερα 25

χρόνια αργότερα από το ξεκίνημα της, βρίσκεται σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο ανάπτυξης, κυρίως όμως μέσα από τον ιδιωτικό τομέα.

Εδώ, φαίνεται για άλλη μια φορά η αδυναμία του κράτους να συμπορευτεί με τον ιδιωτικό, ο οποίος στις περισσότερες περιπτώσεις πρωτοπορεί και καινοτομεί.

Οι μεταβαλλόμενες προσδοκίες της κοινωνίας από την οικογένεια μαζί με τις αλλαγές των ρόλων που έχουν συμβεί στην οικογένεια, έχουν σαν αποτέλεσμα να δημιουργούνται συχνά προβλήματα ανάμεσα στα μέλη της και στις σχέσεις της με τον έξω κόσμο. Με την επίλυση ανάλογων προβλημάτων έχει ασχοληθεί ο κλάδος της οικογενειακής θεραπείας

Το έναυσμα για την εφαρμογή και την ανάπτυξη της οικογενειακής θεραπείας, ως μοντέλο παρέμβασης, δόθηκε από την ανάγκη αντιμετώπισης των προβλημάτων της οικογένειας με την συνεργασία των μελών μεταξύ τους. Είναι δύσκολο να βοηθηθεί το άτομο ξεχωριστά και να υπάρξει θετική αλλαγή, αν δεν υπάρχει συνεργασία και με τα άλλα μέλη της οικογένειας, με τα οποία βρίσκεται σε στενή σχέση και επηρεάζεται.

Πρόκειται για έναν κλάδο που προέρχεται από τον ψυχιατρικό χώρο και από τον πειραματισμό ορισμένων πρωτοποριακών – τολμηρών, για εκείνη την εποχή, επιστημόνων. Χρειάστηκαν αρκετά χρόνια για να μπορέσει να καθιερωθεί ως θεραπευτική μέθοδος, να εφαρμοστεί και να διαδοθεί ευρύτερα.

Βασικός της στόχος είναι να βοηθήσει τα μέλη να υιοθετήσουν νέους, πιο αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας, να αντιμετωπίσουν με νέα – διαφορετική οπτική την πραγματικότητα και να προάγει μέσα και τρόπους επίλυσης των συναισθηματικών και κοινωνικών προβλημάτων τους.

Για την επίτευξη των στόχων της οικογενειακής θεραπείας απαιτείται η κατανόηση του οικογενειακού συστήματος και του τρόπου που τα μέλη επικοινωνούν και αναπτύσσουν περιοχές συγκρούσεων. Επομένως, σαν μέθοδος απαιτεί μεγάλη επιδεξιότητα και επαγγελματική γνώση.

Η οικογενειακή θεραπεία δίνει μεγάλη βαρύτητα στα μοναδικά συστήματα σχέσεων που δημιουργούνται στις ασυνείδητες και υποσυνείδητες επιπτώσεις που αυτά ασκούν και στις αλληλεπιδράσεις που δημιουργούνται μεταξύ των μελών.

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να παρέμβει σε όλες εκείνες τις περιπτώσεις, όπου ένα ή περισσότερα άτομα στην οικογένεια αντιμετωπίζουν πρόβλημα, με αποτέλεσμα όλο το οικογενειακό σύστημα να δυσλειτουργεί. Η θεραπευτική αυτή μέθοδος είναι αποτελεσματική, όταν τα μέλη της οικογένειας είναι σε θέση να αντιληφθούν το πρόβλημα και έχουν την διάθεση να συνεργαστούν μεταξύ τους και με τον θεραπευτή για την λύση του. Σε αντίθετη περίπτωση, όταν δηλαδή τα μέλη της οικογένειας χρησιμοποιούν πολύ άκαμπτους τρόπους άμυνας και επικοινωνίας, με αποτέλεσμα το οικογενειακό

σύστημα να παραμένει κλειστό, αφήνοντας τον θεραπευτή απ' έξω, η οικογενειακή θεραπεία δεν μπορεί να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Σχετικά με την συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο, υπάρχουν διάφορες θεωρίες που έχουν σαν αποτέλεσμα την διαμόρφωση διαφορετικών προσεγγίσεων. Ωστόσο, οι οικογενειακοί θεραπευτές ανεξάρτητα με τον προσανατολισμό τους, έχουν ένα κοινό σκοπό, συμφωνούν σε κάποιες θεωρητικές απόψεις, αλλά δίνουν έμφαση σε διαφορετικά πράγματα και επιδιώκουν κάποια συγκεκριμένα ενδιαφέροντα.

Στην Ελλάδα η οικογενειακή θεραπεία προσανατολίζεται περισσότερο στην συστημική κατεύθυνση. Η οικογενειακή θεραπεία, ως μοντέλο παρέμβασης, έχει μεγαλύτερη πορεία και εξέλιξη στο εξωτερικό. Στην Ελλάδα έχει αρχίσει να διαδίδεται τα τελευταία χρόνια με αρκετά γρήγορους ρυθμούς, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα. Αυτό έχει ως συνέπεια να επιβαρύνονται οικονομικά οι ενδιαφερόμενοι προκειμένου να απολάβουν τις υπηρεσίες της. Επειδή, όμως, δεν υπάρχει πάντα αυτή η δυνατότητα από όλους, το αποτέλεσμα είναι να παραπέμπονται στον δημόσιο τομέα. Αυτός από την πλευρά του δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει την πληθώρα των περιστατικών, λόγω του περιορισμένου αριθμού ανάλογων φορέων.

Σε όλα αυτά, το κράτος δεν φαίνεται να παίρνει θέση και αυτό γίνεται φανερό από το γεγονός ότι δεν προωθεί ιδιαίτερα την ανάπτυξη της

οικογενειακής θεραπείας στο δημόσιο, αλλά ούτε ενισχύει αυτόν και τις προσπάθειες του ιδιωτικού.

Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η οικογενειακή θεραπεία είναι μια εξελισσόμενη επιστήμη που έχει να προσφέρει πολλά στην ελληνική οικογένεια και γενικότερα στην ελληνική κοινωνία, αρκεί το κράτος να συμβάλλει έτσι ώστε να αναπτυχθεί ευρύτερα στον Ελλαδικό χώρο και να γίνει περισσότερο προσιτή προς όλους τους ενδιαφερόμενους.

2. ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Ύστερα από τη βιβλιογραφική μελέτη του θέματος μας, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την διεξαγωγή της έρευνας, παραθέτουμε ορισμένες προτάσεις για την εξέλιξη και διάδοση του κλάδου της οικογενειακής θεραπείας.

Οικονομική στήριξη από το κράτος

Το κράτος πρέπει να συμβάλλει οικονομικά τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα. Στον πρώτο για να δώσει κίνητρα για την συνέχιση και την στήριξη των προσπαθειών του, ώστε να συνεχίσει την πολύτιμη προσφορά του στην οικογενειακή θεραπεία. Στο δεύτερο να δημιουργήσει τις κατάλληλες

προϋποθέσεις για την οργάνωση ανάλογων υπηρεσιών, ώστε η θεραπεία οικογένειας να είναι προσιτή σε όλους τους ενδιαφερόμενους και οι τελευταίοι να μην επιβαρύνονται οικονομικά.

Στελέχωση των κέντρων με επιστημονικό προσωπικό

Για την παροχή υπηρεσιών με το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, κρίνεται απαραίτητη η στελέχωση των κέντρων (κυρίως στον δημόσιο τομέα) με μεγαλύτερο αριθμό ειδικευμένου προσωπικού. Αυτό θα οδηγήσει στην κατανομή των περιπτώσεων μεταξύ των θεραπευτών με τέτοιο τρόπο, ώστε να μειωθεί η πίεση και το βάρος των πολλαπλών περιστατικών. Απόρροια του παραπάνω θα είναι η αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ουσιαστικότερη κάλυψη των αναγκών των ενδιαφερομένων.

Εποπτεία των θεραπειών

Ο θεραπευτής λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματος του και του φόρτου εργασίας, βρίσκεται πολλές φορές σε ψυχικό αδιέξοδο και σε ψυχική υπερδιέγερση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε έκρηξη. Για αυτόν τον λόγο η οργάνωση πρέπει να προσφέρει στον θεραπευτή την δυνατότητα της εποπτείας, έτσι ώστε να μοιράζεται τους προβληματισμούς του και να βρίσκει λύσεις στα αδιέξοδα του.

Δημιουργία ανάλογων υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα

Παρά την αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας ως θεραπευτική παρέμβαση, υπάρχουν αρκετές δυσκολίες στην εφαρμογή της στον Ελλαδικό χώρο και συγκεκριμένα στην επαρχία. Τα περισσότερα κέντρα οικογενειακής θεραπείας είναι εγκατεστημένα και λειτουργούν στα μεγάλα αστικά κέντρα. Γεγονός που δυσχεραίνει τις προσπάθειες και την διάθεση των ενδιαφερομένων της επαρχίας να αξιοποιήσουν τις υπηρεσίες τους. Και όλα αυτά γιατί χρειάζεται κάποιο χρηματικό κόστος, αρκετός χρόνος και διάθεση να πηγαينوέρχονται για όλο το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την ολοκλήρωση της θεραπείας. Έτσι προτείνεται η δημιουργία μονάδων οικογενειακής θεραπείας τουλάχιστον στην πρωτεύουσα κάθε νομού.

Επίσης, θα ήταν καλό να δημιουργηθούν σχολές εκπαίδευσης οικογενειακών θεραπευτών και σε άλλες πόλεις εκτός από τα δύο μεγάλα αστικά κέντρα, ώστε να δίνεται η δυνατότητα στους ενδιαφερόμενους που μένουν στην επαρχία να ειδικευτούν στον συγκεκριμένο κλάδο.

Επιμόρφωση κοινωνικών λειτουργών σε θέματα οικογενειακής θεραπείας

Επειδή οι κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται συχνά να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις με οικογένειες, θα ήταν χρήσιμο να είναι ενήμεροι των καινούριων προσεγγίσεων σχετικά με την οικογενειακή θεραπεία. Θα πρέπει η θεματολογία που σχετίζεται με τη μέθοδο αυτή να ενταχθεί στα πλαίσια της εκπαίδευσης των

κοινωνικών λειτουργιών. Το περιεχόμενο στις σχολές της Κοινωνικής Εργασίας θα πρέπει να διευρυνθεί και να ανανεωθεί. Προτείνεται επίσης η οργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων για σπουδαστές και επαγγελματίες της Κοινωνικής Εργασίας και γενικότερα της ψυχικής Υγείας.

Ενημέρωση του κοινού

Οι υπηρεσίες οικογενειακής θεραπείας να γίνουν πιο προσιτές με την έννοια ότι πρέπει το κοινό να τις γνωρίσει καλύτερα, ώστε να ξέρει που ακριβώς να αποτανθεί όταν βρίσκεται σε ανάγκη. Να βοηθηθεί επίσης να καταλάβει τι είναι η οικογενειακή θεραπεία και ποιος ο ρόλος του θεραπευτή, ώστε να μην έχει παράλογες προσδοκίες από αυτόν. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με αναφορές σε άρθρα ή επιστημονικά περιοδικά.

Συνέχιση της παρούσας έρευνας

Η έρευνα μας ήταν μια πρώτη προσέγγιση της οικογενειακής θεραπείας και των υπηρεσιών της στον νομό Αττικής. Ωστόσο θα ήταν χρήσιμο να γίνουν και άλλες έρευνες πάνω στο ίδιο θέμα ως συμπλήρωμα αυτής, με σκοπό την διερεύνηση των κέντρων σε όλη την Ελλάδα. Επιπλέον, επειδή η οικογενειακή θεραπεία είναι μια εξελισσόμενη προσέγγιση, μια νέα έρευνα μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, θα μπορούσε να εξετάσει αλλαγές που πιθανόν έχουν συμβεί.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΛΛΗΛΟΗΓΡΑΦΙΑ

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

- Επωνυμία οργάνωσης
- Ιστορία οργάνωσης
- Σκοπός οργάνωσης
- Νομική υπόσταση
- Άδεια λειτουργίας - εποπτεία
- Οργανόγραμμα
- Σύνθεση – ειδικότητες – εκπαίδευση προσωπικού
- Εποπτεία προσωπικού από ειδικούς επιστήμονες
- Οικονομικοί πόροι
- Κτιριακή υποδομή
- Ώρες λειτουργίας
- Απαραίτητες διαδικασίες πελατών ώστε να έρθουν σε επαφή με το κέντρο
- Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες

ΕΡΓΟ – ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ, ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Τομείς δραστηριοτήτων της οργάνωσης
- Υπηρεσίες που προσφέρονται στον κάθε τομέα
- Πληθυσμιακές ομάδες στις οποίες απευθύνονται
- Σκοπός της οικογενειακής θεραπείας

- Επιστημονική προσέγγιση της οικογενειακής θεραπείας που ακολουθεί η οργάνωση
- Προϋποθέσεις για την έναρξη θεραπείας με οικογένεια
- Στάδια ολοκλήρωσης της θεραπείας με οικογένεια
- Ποιός ο αριθμός και η συχνότητα των συναντήσεων με μια οικογένεια
- Στη φάση της θεραπείας τα μέλη είναι συνεργάσιμα;
- Οι συνηθέστερες δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένας οικογενειακός θεραπευτής στην συνεργασία του με την οικογένεια
- Μετά την λήξη της θεραπείας έχετε κάποιο σύστημα παρακολούθησης της οικογένειας;

ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ

Τα τελευταία τρία χρόνια:

- Πόσες οικογένειες απευθύνθηκαν στην υπηρεσία
- Ποιό ήταν το συχνότερο αίτημα τους, αυτό διαφοροποιήθηκε στην πορεία από το παρουσιαζόμενο πρόβλημα;
- Πόσες από αυτές ξεκίνησαν θεραπεία
- Πόσες ολοκλήρωσαν την θεραπεία και πόσες όχι
- Σε περίπτωση που δεν ολοκλήρωσαν την θεραπεία ποιό παράγοντες έπαιξαν ρόλο
- Οι ίδιες οικογένειες έχουν ζητήσει βοήθεια περισσότερες από μια φορά; Για ποιούς λόγους;
- Ποιά τα συναισθήματα της οικογένειας πριν την πρώτη συνάντηση, κατά την διάρκεια και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας
- Πότε νομίζετε ότι έχει ή δεν έχει αποτέλεσμα η θεραπεία;

- Γενικά εσείς πως αξιολογείτε την εργασία σας;
- Τι νομίζετε πως θα έκανε καλύτερη την εργασία σας;



ΑΝΩΤΑΤΟ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Βαθμός Ασφαλείας

Πάτρα 27- 2- 2002

Αριθμ.Πρωτ. 484

Κουκούλι Πάτρας
263 34 Πάτρα
Πληροφορίες : Αλέκα Λυκούδη
Τηλέφωνο. 0610319136
FAX . 0610329943

ΠΡΟΣ: Οιονδήποτε αφορά

ΘΕΜΑ:

Παρακαλούμε να διευκολύνετε τις Ασημακοπούλου Μαρία και Χαβαλέ Ιωάννα, σπουδάστριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, της Σ.Ε.Υ.Π., του Τ.Ε.Ι. Πάτρας στην διεξαγωγή της Πτυχιακής τους Εργασίας με θέμα «**Η οικογενειακή θεραπεία ως μοντέλο παρέμβασης και οι υπάρχουσες Υπηρεσίες στην Ελλάδα**».

Υπεύθυνη της ανωτέρω εργασίας είναι η κ.Χαραλάμπους Μαίρη, Καθηγήτρια Εφαρμογών του Τμήματός μας.

Ακριβές φωτοτυπημένο αντιγραφο
εκ του εις χείρας μου πρωτοτύπου.

Πάτρα 4-3-2002

Με Ειδική Εντολή Δημάρχου



Προϊστάμενος του Τμήματος
Καθηγήτριας Δρ.Ανδρέας Ζωγράφου



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΟΥ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΑΝ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ
ΕΡΕΥΝΑΣ

ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Αιγινήτιο Νοσοκομείο Αθήνας (Ν.Π.Δ.Δ.)

Διευθ.: Βασ. Σοφίας 72, Τ.Κ.: 115 28, Αθήνα

Τηλ.: 010-7220811 – 3, 7291322, 7217763

Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστήμιο Αθηνών

Θεραπεία Οικογένειας

→ Τμήμα ψυχοθεραπειών

Διευθ.: Δημητρέςσας 10, Τ.Κ. 115 28, Αθήνα

Τηλ.: 010-7246166

Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας

Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

- Πρόγραμμα Οικογενειακής Θεραπείας

Διευθ.: Δήλου 14 (4ος όροφος)

Τηλ.: 7640111

. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ν.Π.Δ.Δ.)

Διεύθ.: Λ. Αθηνών, Τ.Κ.: 12462, Χαϊδάρι

Τηλ.: 010-5811701/9

→ Κέντρο Οικογενειακής Θεραπείας

Διευθ.: Ελλανίκου 3, Τ.Κ. 11635, Παγκράτι

Τηλ.: 010-7232213

Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών – Αλκοολικών

→ **Τμήμα Συμβουλευτικής και Οικογενειακής Θεραπείας**

Διευθ.: Μάρνης 30, Τ.Κ. 10433, Αθήνα

Τηλ.: 010-5234951, 5234737

→ **Ανοιχτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο (Ν.Π.Ι.Δ.)**

Διευθ.: Χαραλάμπη 1 και Μαυρομιχάλη, Τ.Κ. 11472, Αθήνα

Τηλ.: 010-6445140

- **Ελληνικό κέντρο για την ψυχική υγεία και θεραπεία του παιδιού και της οικογένειας, “Το περιβόλακι” (Ν.Π.Ι.Δ.)**

Διευθ.: Ύδρας 25, Τ.Κ. 15233, Χαλάνδρι

Τηλ.: 010-6814334, 6831705

· **Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων ΑΤΟΜΩΝ (Ν.Π.Ι.Δ.)**

Διευθ.: Σορβόλου 24, Μετς, Τ.Κ. 11636, Αθήνα

Τηλ.: 010-9241993/6, 9236961

→ **Πρόγραμμα “Παρέμβαση”**

Πρόγραμμα Οικογένειας

Διευθ.: Βαλτετσίου 37, Εξάρχεια, Τ.Κ. 10681, Αθήνα

Τηλ.: 010-3300751, 3300779

Fax.: 010-3300759

→ **Α.Κ.Μ.Α. (Αθηναϊκό Κέντρο μελέτης του Ανθρώπου)**

Διευθ.: Ήβης 34, Π. Φάληρο

Τηλ.: 010-9813208

→ Κέντρο Συστημικής Θεραπείας (Σμαρώ Τσαγκαράκη)

Διευθ.: Πλάτωνος 20

Τηλ.: 010-6854424

Fax.: 010-6822093

→ Κέντρο Οικογενειακής Θεραπείας (Ιλία Σαμαρά)

Διευθ.: Αριστοφάνους 34, Χαλάνδρι

Τηλ.: 010-6845369

→ Σ.ΚΕ.ΨΥ. (Συστημικό Κέντρο Ψυχοθεραπείας), (Μανώλης Τσαγκαράκης)

Διευθ.: Εθνικής Αντιστάσεως 84β, Χαλάνδρι

Τηλ.: 010-6747117

→ Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρωπίνων Σχέσεων

Διευθ.: Κονίτσης 33, Μαρούσι

Τηλ.: 010-8063665, 6129290

- ΕΛ.Ε.ΣΥ.Θ (Ελληνική Εταιρεία Συστημικής Θεωρίας)

Διευθ.: Δεινοκράτους 39, Αθήνα

Τηλ.: 010-7233887

- Ε.Ε.Σ.ΣΚΕ.Ψ.Ο. (Ελληνική Εταιρεία Συστημικής Σκέψης Ψυχοθεραπείας Οικογένειας)

Διευθ.: Παπαδιαμαντοπούλου 3, Αθήνα

Τηλ.: 010-7210301

- Δήμος Ζωγράφου

- Συμβουλευτικό Κέντρο Οικογενειών Δήμου Ζωγράφου

Διευθ.: Ευρυνόμης και Μαράτου

Τηλ.: 010-7793620, 7488382

- Δήμος Κηφισιάς

- Κέντρο Κοινωνικής Πολιτικής

Διευθ.: Διονυσίου 73 και Γορτυνίας, Τ.Κ. 14563, Κηφισιά

Τηλ.: 010-8019633, 6231638

- Δήμος Νίκαιας

Κέντρο πρόληψης

Διευθ. : Βοσπόρου 2 κ Αμερικανίνων κυριών

Τηλ : 010-4912187

-Δήμος Ηρακλείου

Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο

Διευθ . : Σωκράτους Κ Βάκχου

Τηλ 010-2816598

-Δήμος Καλλιθέας

Συμβουλευτική οικογένειας

Διευθ. : Ευαγγελιστρίας 82- 84

Τηλ. : 010- 9566680

-Δήμος Πειραιά

«κέντρο ψυχικής υγιεινής»

Διευθ. : Μπουμπουλίνας 15

Τηλ. 010- 4170540.

Οι υπηρεσίες με το βέλος (→) είναι αυτές που πληρούν τις προϋποθέσεις του κριτηρίου της έρευνας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

<u>Επωνυμία Οργάνωσης:</u>	Ανοιχτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο
<u>Διεύθυνση:</u>	Σ. Χαραλάμπη και Μαυρομιχάλη
<u>Τηλέφωνο:</u>	(010) 6435980 και 6447533
<u>Fax:</u>	(010) 6445140
<u>Ιστορία Οργάνωσης:</u>	Το Ανοιχτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο (1980) είναι ένα αυτόνομο, αυτοδιοικούμενο, μη κερδοσκοπικό κέντρο Ημέρας, το οποίο έχει πραγματοποιήσει πολλά στους τομείς της θεραπείας, της εκπαίδευσης και της έρευνας.
<u>Σκοπός Οργάνωσης:</u>	Η παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών και η εκπαίδευση.
<u>Νομική Υπόσταση:</u>	Αστική μη κερδοσκοπική εταιρία.
<u>Άδεια Λειτουργίας:</u>	Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
<u>Σύνθεση Προσωπικού:</u>	42 Ψυχολογοί 11 Ψυχίατροι 6 Κοινωνικοί Λειτουργοί 3 Ειδικοί Εκπαιδευτές 2 Εργασιοθεραπευτές 4 Νοσηλευτές 2 Ιατροί 2 Εκπαιδευτικοί 1 Φιλολόγος 1 Μαία
<u>Οικονομικοί Πόροι:</u>	Από την θεραπεία και την εκπαίδευση.
<u>Κτιριακή Υποδομή:</u>	Ένα τριόροφο κτίριο με 22 αίθουσες για θεραπεία για δυαδικές συναντήσεις, για μικρές και μεγάλες ομάδες, χώρους υποδοχής και γραφεία.
<u>Ώρες Λειτουργίας:</u>	Από 9:00 π.μ.-21:00 μ.μ., από Δευτέρα έως Παρασκευή
<u>Απαραίτητες διαδικασίες πελατών:</u>	Να επικοινωνήσουν τηλεφωνικά.

Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες:

- Ινστιτούτο Ομαδικής Ανάλυσης Αθηνών
- Ινστιτούτο Διαγνωστικής Ψυχολογίας
- Ινστιτούτο Ψυχοδράματος-Κοινωνικοθεραπείας
- Ινστιτούτο Θεραπείας Οικογένειας

Τομείς Δραστηριοτήτων:

- Θεραπευτικός τομέας στον οποίο περιλαμβάνεται:
 - α) τμήμα θεραπείας ανηλίκων
 - β) τμήμα θεραπείας οικογένειας και παιδιού
- Εκπαιδευτικός και ερευνητικός τομέας:
 - α) τμήμα σεμιναρίων
 - β) τα ινστιτούτα και οι μεταπτυχιακές εκπαιδεύσεις
- Εκπαιδευτικές δραστηριότητες στην περιφέρεια
- Άλλες εκπαιδευτικές δραστηριότητες
- Διοικητικός τομέας που περιλαμβάνει:
 - α) τον συντονισμό τομέων και τμημάτων
 - β) την γραμματεία

Προσφερόμενες

Θεραπευτικός Τομέας

Υπηρεσίες:

A. Τμήμα Θεραπείας Ενηλίκων

1. Πρώτη συνάντηση και διαγνωστική περίοδος
2. Ψυχοθεραπεία – Κοινωνικοθεραπεία
3. Ψυχοθεραπευτικές κοινότητες
4. Θεραπεία ζεύγους – οικογένειας
5. Υποστηρικτικές θεραπείες
6. Θερινό θεραπευτικό τμήμα ενηλίκων

B. Τμήμα Θεραπείας Οικογένειας και Παιδιών

1. Πρώτη συνάντηση και διαγνωστική περίοδος
2. Ψυχοθεραπεία – Κοινωνικοθεραπεία
3. Θεραπεία οικογένειας – ζεύγους
4. Ειδικές θεραπείες παιδιών
5. Θερινό θεραπευτικό τμήμα οικογένειας και παιδιών

Ερευνητικός – Εκπαιδευτικός Τομέας

A. Τμήμα Σεμιναρίων

1. Σεμινάρια
 - α) Εισαγωγή στην ομαδική ψυχοθεραπεία και

ψυχόγραμμα

β) Εισαγωγή στην ψυχολογική αξιολόγηση

γ) Εισαγωγή στην κοινωνική και δυναμική
ψυχιατρική

δ) Εισαγωγή στις δυναμικές της οικογένειας

2. Ανοιχτές διαλέξεις

3. Συνέδρια (διοργάνωση και συμμετοχή)

4. Διασύνδεση με ημεδαπούς και διεθνείς οργανισμούς

B. Ινστιτούτα και μεταπτυχιακές εκπαιδεύσεις

1. Εκπαίδευση στην ομαδική ανάλυση

2. Εκπαίδευση στην ψυχολογική αξιολόγηση

3. Εκπαίδευση στο ψυχόγραμμα και την κοινωνικοθεραπεία

4. Εκπαίδευση στην θεραπεία οικογένειας

Γ. Εκπαιδευτικές δραστηριότητες στην περιφέρεια

(Ιωάννινα – Θεσσαλονίκη)

1. Εισαγωγικό σεμινάριο στην ομαδική ψυχοθεραπεία και
ψυχόγραμμα

2. Εισαγωγικό σεμινάριο στην ψυχολογική αξιολόγηση

3. Εισαγωγικό σεμινάριο στις δυναμικές της οικογένειας

4. Μεταπτυχιακό σεμινάριο

Δ. Άλλες εκπαιδευτικές δραστηριότητες

1. Κλινική άσκηση και εμπειρία για σπουδαστές

2. Εποπτεία σε εμπειροτέχνες ψυχοθεραπευτές

3. Βιβλιοθήκη – Βιβλιογραφική ενημέρωση

4. Ενημέρωση – δημοσιεύσεις

5. Αρχεία

Διοικητικός Τομέας

A. Συντονισμός τομέων και τμημάτων

1. Συντονιστικό συμβούλιο

2. Μηνιαία γενική συγκέντρωση

B. Γραμματεία

1. Πενταμελές προσωπικό

2. Λογιστής

Πληθυσμιακές Ομάδες: Το τμήμα θεραπείας ανηλίκων απευθύνεται σε άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα οποιουδήποτε τύπου.

Σκοπός Οικογενειακής Θεραπείας: Είναι η βελτίωση των σχέσεων των μελών και η λειτουργικότητα της οικογένειας.

Επιστημονική Προσέγγιση: Ομαδικοαναλυτική

Προϋποθέσεις Έναρξης: Να υπάρχει ένα ελάχιστο επαρκές δίκτυο, δηλαδή τα άτομα που θα συγκεντρώσουν το κίνητρο για αλλαγή και θα είναι έτοιμα για να ξεκινήσουν θεραπεία.

Στάδια ολοκλήρωσης

οικογενειακής θεραπείας:

A. Διαγνωστική Περίοδος

Η αρχική συνάντηση γίνεται με την οικογένεια ή το ζεύγος και όταν υπάρχει πρόβλημα παιδιού πρώτα με τους γονείς στη συνάντηση αυτή, παράλληλα με την λήψη ιστορικού, προσδιορίζεται κατά το δυνατόν το προβαλλόμενο αίτημα.

B. Θεραπευτική Πρόταση

Ανάλογα με το είδος και την διαγνωστική εκτίμηση του παρουσιαζόμενου προβλήματος προτείνεται θεραπεία, είτε του παιδιού, είτε του γονεϊκού ζεύγους, είτε της οικογένειας, είτε συνδιασμό των ανωτέρω.

Γ. Θεραπευτική Περίοδος

Ακολουθεί θεραπεία οικογένειας – ζεύγους και ειδικές θεραπείες παιδιών.

Η θεραπεία οικογένειας – ζεύγους περιλαμβάνει:

- Αξιολογήσεις οικογένειας – ζεύγους.
- Θεραπεία οικογένειας
- Θεραπεία ζεύγους
- Ομαδική ανάλυση ζευγαριού
- Ομάδα γονέων.

Οι ειδικές θεραπείες παιδιών περιλαμβάνουν:

- Μουσικοθεραπεία
- Λογοθεραπεία
- Ειδική Αγωγή

Αριθμός και συχνότητα

Μια φορά κάθε τρεις εβδομάδες περίπου.

συναντήσεων:

Τα μέλη είναι

Ναι

συνεργάσιμα:

Συνηθέστερες Δυσκολίες:

Να μην μπορέσει να εμπλακεί στις αλληλεπιδράσεις της οικογένειας, με αποτέλεσμα να μείνει το οικογενειακό σύστημα κλειστό και να τον αφήσει απ' έξω.

Υπάρχει σύστημα

Δεν υπάρχει.

παρακολούθησης:

Αλλαγές Συναισθημάτων:

Πριν την θεραπεία είναι επιφυλακτικοί. Κατά την διάρκεια της νιώθουν ανακούφιση. Μετά την λήξη της νιώθουν ικανοποίηση και ευχαρίστηση.

**Πότε έχει αποτελέσματα
η θεραπεία:**

Όταν αλλάζουν οι άνθρωποι και νιώθουν ικανοποιημένοι.

**Πώς αξιολογείται την
εργασία σας:**

Πολύ αποτελεσματική, ευχάριστη και απαραίτητη.

**Τι θα έκανε καλύτερη την
εργασία σας:**

Πιστεύει ότι η εργασία του είναι πολύ καλή και δεν χρειάζεται αλλαγές.

<u>Επωνυμία Οργάνωσης:</u>	Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας Ψ.Ν.Α.
<u>Διεύθυνση:</u>	Ελληνικού 3, Παγκράτι
<u>Τηλέφωνο:</u>	(010) 7232213
<u>Fax:</u>	(010) 7212646
<u>Ιστορία Οργάνωσης:</u>	Ιδρύθηκε τον Σεπτέμβριο του 1994, με απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου, ως εξωνοσοκομειακή μονάδα του Ψ.Ν.Α. Είναι ειδική μη τομεοποιημένη μονάδα, η οποία καλύπτει ανάγκες τριτοβάθμιας περίθαλψης αλλά και πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Με απόφαση του Δ.Σ. ορίστηκε ως ειδικό κέντρο παροχής εξειδικευμένης περίθαλψης.
<u>Σκοπός Οργάνωσης:</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Θεραπεία οικογένειας και ψυχοκοινωνική εκπαίδευση οικογενειών. 2. Συμβουλευτική. 3. Εκπαίδευση ψυχιάτρων, ψυχολόγων, νοσηλευτών και λοιπών λειτουργών ψυχικής υγείας. 4. Ερευνητική – Γενικότερη επιστημονική δραστηριότητα
<u>Νομική Υπόσταση:</u>	Ν.Π.Δ.Δ.
<u>Άδεια λειτουργίας –</u>	Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
<u>Εποπτεία:</u>	
<u>Οργανόγραμμα:</u>	Δεν υπάρχει.
<u>Σύνθεση Προσωπικού:</u>	<p>2 ψυχίατροι – Επιμελητές Α', ειδικοποιημένοι στην θεραπεία οικογένειας</p> <p>2 ψυχολόγοι – θεραπευτές οικογένειας</p> <p>Αρμόδιες οργάνωσης της γραμματείας είναι μια προϊστάμενη νοσηλεύτρια και μια υπεύθυνη νοσηλεύτρια.</p>
<u>Οικονομικοί Πόροι:</u>	Από το Ψ.Ν.Α.

Κτιριακή Υποδομή:

Δύο ενοποιημένα διαμερίσματα στο ισόγειο και ένα διαμέρισμα στον πρώτο όροφο, όλα ιδιοκτησίας του Ψ.Ν.Α. Έχουν διαμορφωθεί δύο χώροι θεραπείας με μονόδρομο καθρέπτη, εκ των οποίων ο ένας διαθέτει οπτικοακουστικά μέσα. Επιπλέον, υπάρχουν δύο χώροι αναμονής, μία αίθουσα σεμιναρίων, ένα γραφείο γραμματείας και βοηθητικοί χώροι.

Ωρες Λειτουργίας:

Δευτέρα: 9:00 π.μ.-16:00 μ.μ.

Τρίτη, Τετάρτη, Παρασκευή: 9:00 π.μ.-15:00 μ.μ.

Πέμπτη: 9:00 π.μ. – 20:00 μ.μ.

Απαραίτητες διαδικασίες πελατών:

Να επικοινωνήσουν τηλεφωνικά με την μονάδα και να εκφράσουν το προβαλλόμενο αίτημα τους.

Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες:

Ανάλογα με τις περιπτώσεις και τα περιστατικά συνεργάζονται με το Κ.Ψ.Υ., με την μονάδα απεξάρτησης τοξικομανών – αλκοολικών του Ψ.Ν.Α., με ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων και με ιδιώτες.

Τομείς Δραστηριοτήτων:

1. Θεραπευτικός
2. Εκπαιδευτικός

Προσφερόμενες

Θεραπευτικός

Υπηρεσίες:

- α. Ψυχοκοινωνική εκπαίδευση
- β. Θεραπεία οικογένειας – ζεύγους
- γ. Συμβουλευτική

Εκπαιδευτικός

- α. Εκπαίδευση ατόμων, κυρίως επαγγελματίες ψυχικής υγείας που επιθυμούν να εκπαιδευτούν στην οικογενειακή θεραπεία μέσω της συστημικής προσέγγισης.
- β. Έρευνα.

Πληθυσμιακές Ομάδες:

Η Μ.Ο.Θ. απευθύνεται σε οικογένειες που έχουν ψυχικά πάσχον μέλος με οποιαδήποτε νοσολογική οντότητα, όπως ψύχωση, συναισθηματική διαταραχή, νευρωτική κατάσταση κ.λ.π., εκτός από αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, χρήση τοξικών ουσιών, αλκοολισμό. Επίσης απευθύνεται σε οικογένειες που βρίσκονται σε κρίση αναπτυξιακής φάσης (π.χ. αποχώρηση παιδιών από το σπίτι, ζευγάρια με δυσλειτουργική σχέση και διαταραγμένη επικοινωνία). Τέλος, δεν αναλαμβάνει περιστατικά όπου το παρουσιαζόμενο πρόβλημα αφορά το μικρό παιδί, λόγω έλλειψης επιστημονικού προσωπικού, όπως παιδοψυχολόγος, παιδοψυχίατρος.

Σκοπός Οικογενειακής

Θεραπείας:

Είναι η παροχή βοήθειας σε οικογένειες και ζευγάρια για να αντιμετωπίσουν προβλήματα και να βελτιώσουν τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, με στόχο την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση ψυχικών διαταραχών.

Επιστημονική Προσέγγιση:

Συστημική προσέγγιση.

Προϋποθέσεις έναρξης

Θεραπείας:

Βασική προϋπόθεση είναι να απευθυνθεί στην μονάδα κάποιο μέλος της οικογένειας και όχι γιατρός, συγγενής ή φίλος κ.λ.π. Να συμφωνεί για την έναρξη της θεραπείας απαραίτητα το υποδεικνυόμενο άτομο που παρουσιάζει το σύμπτωμα και να υπάρχει ουσιαστικό ενδιαφέρον και συμμετοχή της οικογένειας στο πρόβλημα.

Στάδια Θεραπείας:

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στάδια θεραπείας. Μετά την πρώτη τηλεφωνική επικοινωνία, της οικογένειας συνεδριάζει η διεπιστημονική ομάδα και γίνεται η κατανομή των περιστατικών. Το επόμενο βήμα είναι η δεύτερη τηλεφωνική επικοινωνία της οικογένειας με την μονάδα για να κλείσουν ραντεβού για την έναρξη της θεραπείας. Ο αριθμός και η συχνότητα των συναντήσεων εξαρτάται από την διάθεση της οικογένειας.

Αν τα μέλη είναι

συνεργάσιμα:

Ποιές οι συνηθέστερες

δυσκολίες:

Υπάρχει σύστημα

παρακολούθησης;

Τα μέλη συνήθως είναι συνεργάσιμα, με κάποια επιφυλακτικότητα στην αρχή.

Να εξωτερικεύσει, ο πελάτης, τα συναισθήματα του και να εμπιστευτεί τον θεραπευτή.

Όχι.

Τα τελευταία τρία χρόνια

Πόσες οικογένειες

απευθύνθηκαν στο

κέντρο:

643 οικογένειες.

Ποιό ήταν το συχνότερο

αίτημα; Διαφοροποιήθηκε

στην πορεία;

Η οικογένεια συνήθως προσέρχεται γιατί κάποιο μέλος της έχει ψυχιατρική διαταραχή (ψυχωτικού ή συναισθηματικού τύπου) ή γιατί υπάρχουν προβλήματα ενδο-οικογενειακών σχέσεων, εφηβείας ή προβλήματα ζεύγους.

Πότε δεν έχει αποτελέσματα

η θεραπεία:

Όταν δεν επιθυμεί η οικογένεια να αλλάξει, δεν ακούει αυτά που της λέει ο θεραπευτής και δεν συνεργάζεται.

Πώς αξιολογείται την

εργασία σας:

Αξιολογείται θετικά και αυτό φαίνεται από τις πολλές παραπομπές.

Τι θα έκανε καλύτερη την

εργασία σας:

Η γνωριμία – εκπαίδευση με άλλους χώρους και η επέκταση του χώρου της μονάδας.

Επωνυμία Οργάνωσης: Κέντρο Οικογενειακής Θεραπείας

Διεύθυνση: Αριστοφάνους 34, Χαλάνδρι

Τηλέφωνο: (010) 6824247 και 6848854

Fax: (010) 6845369

Ιστορία Οργάνωσης: Το ξεκίνησε να λειτουργεί το 1985 ως ιδιωτικό γραφείο. Το 1989 για να μπορέσει να αξιοποιήσει κάποιο Ευρωπαϊκό πρόγραμμα μετεκπαίδευσης των σπουδαστών μετατράπηκε σε εταιρία με καταστατικό.

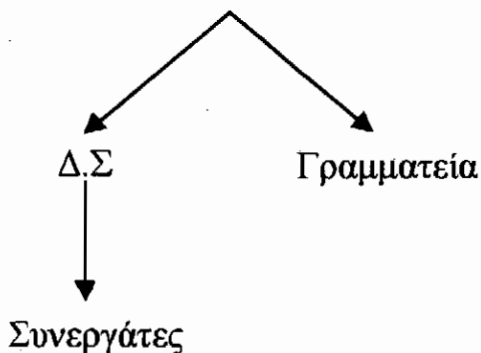
Σκοπός Οργάνωσης: Είναι η ευαισθητοποίηση, στήριξη και θεραπεία ατόμων και οικογενειών.

Νομική Υπόσταση: Ν.Π.Ι.Δ.

Άδεια λειτουργίας – Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Εποπτεία:

Οργανόγραμμα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας



Σύνθεση Προσωπικού:

- 1 Ψυχίατρος, με ειδίκευση στην ψυχοθεραπεία
- 2 Διαγνωστικοί (ένας κλινικός ψυχολόγος-ψυχοθεραπευτής και ένας ψυχοθεραπευτής)
- 1 Παιδοψυχίατρος
- 1 Παιδοψυχολόγος (ψυχολόγος εφήβων)
- 4 Ψυχολόγοι (θεραπευτές)
- 2 Γραμματείς
- 1 Λογιστής

Οικονομικοί Πόροι:

Από τις υπηρεσίες που προσφέρει.

Κτιριακή Υποδομή:

Το κέντρο στεγάζεται σε ένα διαμέρισμα μιας πολυκατοικίας και περιλαμβάνει μια αίθουσα με μονόδρομο καθρέπτη, τρεις αίθουσες για ομάδα, μία αίθουσα σεμιναρίων, ένα χώρο γραμματείας και βοηθητικούς χώρους.

Ώρες Λειτουργίας:

Δευτέρα έως Παρασκευή: 9:00 π.μ. – 22:00 μ.μ.

Απαραίτητες διαδικασίες

Τηλεφωνική επικοινωνία.

πελατών:

Συνεργασία με άλλες

Με κέντρο ισότητας γυναικών, με δικηγόρους και με τον σύλλογο “Ευτοκία”.

υπηρεσίες:

Τομείς Δραστηριοτήτων:

1. Θεραπευτικός.
2. Εκπαιδευτικός.
3. Επαγγελματικός προσανατολισμός εφήβων και ενηλίκων.
4. Σεμιναριακό Πρόγραμμα ευαισθητοποίησης και αυτογνωσίας.

Προσφερόμενες

Θεραπεία

Υπηρεσίες:

- α. Ατομική
- β. Ομαδική θεραπεία και σεμινάρια
- γ. Θεραπεία οικογένειας

Εκπαίδευση

A₁ – Γενική Θεωρία Συστημάτων

A₂ – Συστημικές βιωματικές τεχνικές

B₁ – Οικογενειακή θεραπεία

B₂ – Εποπτεία

Γ₁ – Δυναμική Ομάδος

Γ₂ – Εποπτεία

Δ₁ – Θεραπεία Ζεύγους

Δ₂ – Εποπτεία

E₁ – Διάγνωση

E₂ – Πρακτική Εξάσκηση

ΣΤ₁ – Εκπαίδευση βιωματικών σεμιναρίων

ΣΤ₂ – Πρακτική άσκηση

Z₁ – Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες

Z₂ – Πρακτική εξάσκηση

*Τμήμα Επαγγελματικού Προσανατολισμού Εφήβων
και Ενηλίκων*

Μέσα από την διεξαγωγή ειδικών ψυχολογικών test, βοηθάμε το άτομο να ανακαλύψει και να κατανοήσει στοιχεία της προσωπικότητάς του, ικανότητες, ενδιαφέροντα και να τα συνδυάσει προκειμένου να οδηγηθεί στην καλύτερη δυνατή επαγγελματική επιλογή.

*Σεμιναριακό πρόγραμμα Ευαισθητοποίησης και
Αυτογνωσίας*

Το πρόγραμμα αποτελείται από τις εξής ενότητες:

- Αυτοεκτίμηση.
- Ανακαλύπτοντας τον εαυτό μου, ανακαλύπτω το παιδί μου.
- Επικοινωνία
- Ζευγάρι: Η συνδημιουργία της αγάπης.
- Κατανοώντας την οικογένεια αλλιώς.

Πληθυσμιακές Ομάδες:

Το Κέντρο Οικογενειακής Θεραπείας απευθύνεται στα άτομα αυτά που στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν υπεύθυνα τις απαιτήσεις της σύγχρονης και πολύπλοκης εποχής που ζουν, φτάνουν σε δισεπίλυτα προβλήματα.

Σκοπός Οικογενειακής Θεραπείας:

Παράλληλος στόχος του Κέντρου Οικογενειακής Θεραπείας, πέρα από την άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος, είναι η βαθύτερη κατανόηση όλων των παραγόντων που οδηγούν στην αυτογνωσία και στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας.

Επιστημονική Προσέγγιση:

Συστημική προσέγγιση.

**Προϋποθέσεις έναρξης
θεραπείας:**

Βασική προϋπόθεση για την έναρξη της θεραπείας είναι η εκούσια προσέλευση των ενδιαφερομένων.

Στάδια θεραπείας:

Πρώτη συνάντηση με όλη την οικογένεια. Έπειτα ακολουθεί η διαγνωστική φάση που μπορεί να κρατήσει μέχρι και τρεις συναντήσεις και μετά αποφασίζει η οικογένεια αν θέλει να ξεκινήσει όλη μαζί την θεραπεία ή κάποια μέλη της μόνο. Η θεραπεία οικογένειας κρατά περίπου ενάμιση χρόνο.

Αριθμός – Συχνότητα

1-2 φορές τον μήνα.

Συναντήσεων:

**Αν τα μέλη είναι
συνεργάσιμα:**

Υπάρχουν οικογένειες που είναι εύκαμπτες και άλλες όχι.

**Ποιές οι συνηθέστερες
δυσκολίες:**

Να μπορέσει να κρατήσει ισορροπία και να μην συμμαχήσει ή ταυτιστεί με κάποιο μέλος της οικογένειας.

**Υπάρχει σύστημα
παρακολούθησης:**

Μετά την λήξη της θεραπείας βλέπουν την οικογένεια μετά από 3 ή 4 μήνες.

**Συναισθήματα της
οικογένειας:**

Πριν την πρώτη συνάντηση νιώθουν αγωνία προβάλλοντας αντιστάσεις, κατά την διάρκεια της θεραπείας νιώθουν προσμονή και μετά την λήξη της ανακούφιση.

**Πότε έχει αποτελέσματα η
θεραπεία:**

Έχει αποτελέσματα όταν ο θεραπευτής θέλει πραγματικά να αλλάξει και δεσμεύεται από μόνος του και όχι από τον θεραπευτή.

**Πώς αξιολογείται την
εργασία σας:**

Η κα Σαμαρά αξιολογεί την εργασία της αποτελεσματική, μετά την διαπίστωση ότι οι εξυπηρετούμενοι έχουν βοηθηθεί.

**Τι θα έκανε καλύτερη την
εργασία σας:**

Η δυνατότητα επιχορήγησης από το κράτος, ώστε να μην επιβαρύνονται οικονομικά πολύ οι ενδιαφερόμενοι και η δυνατότητα συνεργασίας με περισσότερους συνεργάτες.

Επωνυμία Οργάνωσης: Ψ.Ν.Α. Μονάδα απεξάρτησης (18 άνω)
Μονάδα Οικογενειακής Συμβουλευτικής και
Θεραπείας

Διεύθυνση: Μάρνη 30, Αθήνα

Τηλέφωνο: (010) 5234951 και 5234737

Ιστορία Οργάνωσης: Η μονάδα άρχισε να λειτουργεί στο τέλος του 1995 με αρχές του 1996. Η πρωτοβουλία ανήκει σε κάποια από τα μέλη του προσωπικού που μέχρι τότε εργάζονταν σε κλειστό πρόγραμμα “18 άνω” για εξαρτημένους (και λειτουργούσε σε δύο κέντρα) και παρατήρησαν ότι υπήρχε μια μερίδα ανθρώπων των οποίων όχι μόνο δεν βελτιωνόταν η ζωή τους με τον εξάμηνο εγκλεισμό στο νοσοκομείο, αλλά χειρότερευε όλο και περισσότερο.

Σκοπός Οργάνωσης: Σκοπός του τμήματος είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων ενός πληθυσμού ουσιοεξαρτημένων ατόμων, οι οποίοι είναι αρκετά καλά δομημένοι ψυχικά και επομένως δεν είναι αναγκαίο να εισαχθούν σε κοινότητα.

Νομική Υπόσταση: Ν.Π.Δ.Δ.

Άδεια λειτουργίας – Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Εποπτεία:

Οργανόγραμμα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας → Διοικητής
Νοσοκομείου → Τομέας Εξαρτήσεων →
Διευθυντής → Επιμέρους Επιστημονικοί
Υπεύθυνοι

Σύνθεση Προσωπικού:

- 1 Ψυχίατρος Π.Ε. (επιστημονικός υπεύθυνος)
- 1 Ψυχολόγος Π.Ε. (MSc. στην εξελικτική ψυχολογία)
- 1 Επισκέπτρια Υγείας Τ.Ε., με ψυχιατρική ειδικότητα
- 1 Κοινωνικός Λειτουργός
- 1 Νοσηλεύτρια Τ.Ε.
- 1 Γραμματέας Π.Ε.

Ο ψυχίατρος, ψυχολόγος και η επισκέπτρια υγείας έχουν εκπαίδευση συστημικής κατεύθυνσης.

Οικονομικοί Πόροι:

Προέρχονται από το Υπουργείο και από δωρεές προς το τμήμα.

Κτιριακή Υποδομή:

Το τμήμα στεγάζεται σε ένα χώρο 200 τ.μ., στον έκτο όροφο μιας πολυκατοικίας. Περιλαμβάνει δύο γραφεία για ατομική θεραπεία, θεραπεία ζεύγους και οικογένειας, ένα γραφείο με μονόδρομο καθρέπτη, ένα χώρο υποδοχής, ένα χώρο γραμματείας και βοηθητικούς χώρους.

Ώρες Λειτουργίας:

Δευτέρα – Παρασκευή 10:00 π.μ.-20:00 μ.μ.

Απαραίτητες διαδικασίες

πελατών:

Τηλεφωνική επαφή. Γίνεται λήψη ενός σύντομου ιστορικού από την γραμματεία.

Συνεργασία με άλλες

υπηρεσίες:

- Κλειστό τμήμα “18 άνω”.
- Μονάδα θεραπείας οικογένειας και ζεύγους.
- Ε.Κ.Τ.Ε.Π. (Ερευνητικό κέντρο)

Επίσης δέχεται παραπομπές από:

- Συμβουλευτικό σταθμό μονάδας απεξάρτησης
- Ο.Κ.Α.Ν.Α.
- Συμβουλευτικές-κοινωνικές υπηρεσίες Δήμων
- Ιδιώτες ψυχιάτρους – ψυχολόγους

Τομείς Δραστηριοτήτων:

1. Θεραπευτικός – Συμβουλευτικός τομέας
2. Εκπαιδευτικό έργο

Προσφερόμενες

Θεραπευτικός – Συμβουλευτικός Τομέας

Υπηρεσίες:

- α. Θεραπεία ατόμων, οικογένειας, ζεύγους, ομάδας.
- β. Αποτοξίνωση.
- γ. Ψυχική απεξάρτηση.
- δ. Συμβουλευτική με οικογένειες και ζευγάρια.

Εκπαιδευτικό Έργο

- α. Εκπαίδευση στην οικογενειακή συστημική θεραπεία.
- β. Παροχή βιβλιογραφικού υλικού.
- γ. Πληροφόρηση σε αρθρογραφία σχετικά με την εξάρτηση.

Πληθυσμιακές Ομάδες:

Στο θεραπευτικό τμήμα γίνονται δεκτοί:

- α. Ενήλικοι άνω των 21 ετών, εξαρτημένοι από ουσίες.
- β. Οικογένειες (γονείς) ατόμων που παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης.
- γ. Σύζηγοι εξαρτημένων, εκτός από άτομα με αντικοινωνική συμπεριφορά και περιπτώσεις που χρειάζονται νοσηλεία.

Ο εκπαιδευτικός τομέας απευθύνεται σε ψυχιάτρους, ειδικευόμενους ψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Σκοπός Οικογενειακής Θεραπείας:

Να βοηθηθεί η οικογένεια να λειτουργήσει χωρίς το σύμπτωμα της εξάρτησης.

Επιστημονική Προσέγγιση:

Συστημική κατεύθυνση.

Προϋποθέσεις έναρξης θεραπείας:

Να δεχτεί η οικογένεια τις προϋποθέσεις και τους όρους του συμβολαίου και να αναγνωρίσει την ανάγκη συμμετοχής της στην θεραπεία.

Στάδια Θεραπείας:

1^ο Στάδιο → 1^η Συνεδρία: Με την παρουσία όλης της οικογένειας του εξαρτημένου γίνεται η λήψη κοινωνικό-οικογενειακού ιστορικού και η εκτίμηση της δυνατότητας του να συμμετέχει σε ανοιχτό πρόγραμμα.

2^ο Στάδιο → Εφόσον κριθεί κατάλληλος για συμμετοχή σε ανοιχτό πρόγραμμα, γίνεται το θεραπευτικό συμβόλαιο που περιλαμβάνει αποχή από ουσίες και έυρεση εργασίας, προκειμένου να βεβαιωθούν (οι υπεύθυνοι του κέντρου) ότι υπάρχουν πραγματικά κίνητρα αλλαγής. (οχτώ συνεδρίες, περίπου δύο μήνες)

3° Στάδιο → Στο τέλος των οχτώ αυτών συνεδριών, συνεκτιμώνται από τους θεραπευτές και τους θεραπευόμενους, διαφοροποιήσεις και μετακινήσεις που τυχόν έχουν γίνει ήδη ή έστω δρομολογηθεί και εφ' όσον αυτό είναι επιθυμητό, ανανεώνοντας το συμβόλαιο με τον εμπλουτισμό του από νέα αιτήματα και προβληματισμούς που έχουν προκύψει.

4° Στάδιο → Σε αυτή την φάση ο θεραπευτής υποκινεί τον θεραπευόμενο να διερευνήσει τους στόχους του και τα αιτήματα του. Όταν ο θεραπευόμενος αισθάνεται ότι τα ερωτήματα του έχουν απαντηθεί και δεν ζητάει τίποτα άλλο, τότε μπορεί να θεωρηθεί ότι για την ώρα η θεραπεία έχει ολοκληρωθεί. Καλώς εχόντων των πραγμάτων η θεραπεία ολοκληρώνεται όταν έχουν δρομολογηθεί αλλαγές που αφορούν την οργάνωση της ζωής του και τις σχέσεις με την οικογένεια του.

Αν τα μέλη είναι

συνεργάσιμα:

Ποιές οι συνηθέστερες

δυσκολίες:

Υπάρχει σύστημα

παρακολούθησης:

Ο βαθμός συνεργασιμότητας ποικίλει από οικογένεια σε οικογένεια.

Υπάρχει δυσκολία στην κατανόηση του συμπτώματος και του προβλήματος από την πλευρά της οικογένειας.

Μετά την λήξη της θεραπείας ακολουθεί follow up στους δύο μήνες, στους έξι μήνες, στον ένα χρόνο και μετά ανά χρόνο για μια πενταετία.

Επωνυμία Οργάνωσης: Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρωπίνων Σχέσεων

Διεύθυνση: Κονίτσης 33, Μαρούσι

Τηλέφωνο: (010) 8063665 και 6129290

Fax: (010) 8062113

Ιστορία Οργάνωσης: Ιδρύθηκε επίσημα στις 20 Απριλίου 1983 ως επιστημονική μη κερδοσκοπική εταιρία, αρχικά με έδρα το Χαλάνδρι και αργότερα στη σημερινή της έδρα στο Μαρούσι.

Σκοπός Οργάνωσης: Σκοπός της εταιρείας ορίζεται στο καταστατικό ως: «η επιστημονική διερεύνηση θεμάτων που αναφέρονται στον τομέα των ανθρωπίνων σχέσεων, η ενημέρωση προσώπων που ασχολούνται με θέματα επιστημονικής διερεύνησης των ανθρωπίνων σχέσεων και η συμβουλευτική και θεραπευτική επέμβαση σε σχετικά θέματα που απασχολούν σε κάθε ενδιαφερόμενο πρόσωπο».

Νομική Υπόσταση: Είναι επιστημονική μη κερδοσκοπική εταιρία, Ν.Π.Ι.Δ.

Άδεια λειτουργίας – Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Είναι μέλος της Ε.Ε.Ψ.Ε. (Εθνική Εταιρία Ψυχοθεραπείας Ελλάδας) και Ε.Φ.Τ.Α. (European Family Therapy Association).

Εποπτεία:

Οργανόγραμμα: Ανώτατο όργανο της εταιρίας είναι η συνέλευση των μελών, που ασκεί την διοίκηση και την διαχείριση όλων των εταιρικών υποθέσεων, εκτός από θέματα για τα οποία είναι αρμόδιο το επιστημονικό συμβούλιο. Η συνέλευση των μελών ορίζει τον/την πρόεδρο και το επιστημονικό συμβούλιο. Μέλη του επιστημονικού συμβουλίου μπορεί να είναι μέλη της συνέλευσης και άλλοι συνεργάτες που ορίζονται από την συνέλευση. Πρόεδρος έχει ορισθεί η Χάρης Κατάκη.

Σύνθεση Προσωπικού:

- 6 Ψυχολόγοι (βασικοί εκπαιδευτές και επόπτες, απόφοιτοι του Ε.Δ.Α.Σ.)
- 1 Παιδοψυχίατρος
- 1 Ειδική Ψυχοπαιδαγωγός
- 1 Ψυχίατρος
- 1 Κοινωνικός Λειτουργός
- 2 Γραμματείς (απόφοιτοι ιδιωτικών σχολών)
- 2 Βοηθοί (μερικής απασχόλησης)
- 1 Λογίστρια (εξωτερική συνεργάτης)

Οικονομικοί Πόροι:

Από τα εκπαιδευτικά προγράμματα (σεμινάρια, εκπαίδευση), από την παροχή εκπαιδευτικών υπηρεσιών και από κονδύλια διαφόρων προγραμμάτων (π.χ. Ο.Κ.Α.Ν.Α.)

Κτιριακή Υποδομή:

Το Ε.Δ.Α.Σ. στεγάζεται στον ισόγειο χώρο, στον δεύτερο και τρίτο όροφο μιας πολυκατοικίας και περιλαμβάνει δύο αίθουσες με μονόδρομο καθρέπτη, δύο αίθουσες για ομαδική θεραπεία και σεμινάρια, τέσσερα γραφεία, ένα χώρο βιβλιοθήκης (ο οποίος χρησιμοποιείται και για ομάδα), ένα χώρο αναμονής και ένα χώρο εποπτείας.

Ώρες Λειτουργίας:

10:00 π.μ.-21:00 μ.μ., Δευτέρα έως Τετάρτη και 15:00 π.μ.-21:00 μ.μ., Πέμπτη έως Παρασκευή

Απαραίτητες διαδικασίες

Τηλεφωνική επικοινωνία για ραντεβού.

πελατών:

Συνεργασία με άλλες

υπηρεσίες:

Κατά περίπτωση παραπομπή σε δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς. Στο καταστατικό ορίζεται «η συνεργασία με ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και γενικά με άλλους επιστήμονες ειδικευμένους σε σχετικές επιστημονικές μεθόδους».

Τομείς Δραστηριοτήτων:

1. Ψυχοθεραπεία
2. Συμβουλευτική
3. Εκπαίδευση
4. Έρευνα
5. Εκδόσεις
6. Επαγγελματικός προσανατολισμός

Πληθυσμιακές Ομάδες:

Σε όλες τις ηλικίες.

Σκοπός Οικογενειακής

Βοήθεια στην επίλυση προβλημάτων (συμπτωμάτων, δυσκολιών) ενός μέλους της οικογένειας με την ανάληψη ευθύνης από όλη την οικογένεια. Προσφορά εναλλακτικών οπτικών που επηρεάζουν τον τρόπο αντίληψης της πραγματικότητας, το συναίσθημα και τους τρόπους συμπεριφοράς.

Θεραπείας:

Επιστημονική Προσέγγιση:

Συστημική προσέγγιση.

Προϋποθέσεις έναρξης

Η έναρξη θεραπείας με οικογένεια προϋποθέτει την συμφωνία όλων των μελών της και την αποδοχή του τρόπου λειτουργίας του κέντρου.

Θεραπείας:

Στάδια ολοκλήρωσης

1^ο Στάδιο → Αξιολόγηση – ερμηνεία του συμπτώματος

οικογενειακής θεραπείας:

2^ο Στάδιο → Η οικογένεια συνηθειοποιεί την κατάσταση της και την δυνατότητα αλλαγής και αρχίζει να αναλαμβάνει την ευθύνη της κατάστασης της.

3^ο Στάδιο → Η οικογένεια με την βοήθεια του θεραπευτή κάνει τις απαραίτητες διεργασίες για να αλλάξει τον τρόπο λειτουργίας της.

4^ο Στάδιο → Οι αλλαγές έχουν επιτευχθεί και η θεραπεία ολοκληρώνεται.

Αριθμός και συχνότητα

συναντήσεων:

Η συχνότητα των συναντήσεων οριοθετείται μεταξύ θεραπευτή και οικογένειας στο θεραπευτικό συμβόλαιο (περίπου ανά 15 μέρες).

Αν τα μέλη είναι

συνεργάσιμα:

Η συνεργασία των μελών διαφοροποιείται ανάλογα με το κίνητρο, την “ψυχολογική σκέψη”, αλλά και τους κοινωνικά προσδιορισμένους ρόλους (π.χ. γυναίκα ως υπεύθυνη της φροντίδας των μελών).

Ποιές οι συνηθέστερες

δυσκολίες:

Οι λεγόμενες “αντιστάσεις” των μελών της οικογένειας να αλλάξουν τον μέχρι τότε τρόπο λειτουργίας τους και να αποδεχτούν την πιθανότητα ύπαρξης εναλλακτικών οπτικών που ο θεραπευτής τους προτείνει να εξετάσουν μαζί του.

Υπάρχει σύστημα παρακολούθησης;

Δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο σύστημα παρακολούθησης, εκτός και αν έχει οριστεί στο θεραπευτικό συμβόλαιο. Μετά την ολοκλήρωση της συνεργασίας, επισημαίνεται στην οικογένεια ότι μπορεί οποιαδήποτε στιγμή στο μέλλον να απευθυνθεί και πάλι στο κέντρο για μετέπειτα συνεργασία.

Τα τελευταία τρία χρόνια

Πόσες οικογένειες απευθύνθηκαν στο κέντρο:

Κατά μέσο όρο τρεις οικογένειες την εβδομάδα με εξαίρεση τα μεμονωμένα άτομα, τα οποία εφόσον δεν αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα (ψυχώσεις κ.λ.π.), μετά από 2-3 ατομικές συναντήσεις μπαίνουν συνήθως σε ομάδα. Συναντήσεις με την οικογένεια των μελών των ομάδων είναι συνηθισμένες κατά την θεραπευτική τους πορεία.

Ποιό ήταν το συχνότερο αίτημα; Διαφοροποιήθηκε στην πορεία;

Το ποιό συνηθισμένο αίτημα των οικογενειών που απευθύνονται στο κέντρο έχει να κάνει με κάποιο πρόβλημα του παιδιού. Στην πορεία συνήθως διαγράφονται οι δυσκολίες του ζευγαριού.

Πόσες ξεκίνησαν θεραπεία:

Ακόμα και η πρώτη συνάντηση είναι έναρξη θεραπείας.

Πόσες ολοκλήρωσαν θεραπεία:

Από αυτές τις οικογένειες το 65 % ολοκλήρωσε βραχεία συμβόλαια 3-4 συναντήσεων.

Αν δεν ολοκλήρωσαν ποιοί παράγοντες έπαιξαν ρόλο:

Βλέπε “δυσκολίες θεραπευτή”.

Οι ίδιες οικογένειες έχουν ζητήσει βοήθεια περισσότερες από μια φορές; Γιατί;

Συνήθως ένα ή δύο μέλη μπαίνουν σε ομάδα και γίνονται κατά καιρούς και οικογενειακές συνεδρίες ανάλογα με την πορεία του μέλους.

**Συναισθήματα της
οικογένειας:**

Τα μέλη της οικογένειας δεν έρχονται όλα με το ίδιο συναίσθημα, ούτε όλες οι οικογένειες. Κάποιες φορές είναι υπεραισιόδοξοι ότι θα βρουν άμεσες λύσεις ή ότι το μέλος που φαίνεται να έχει δυσκολίες θα αλλάξει με μαγικό τρόπο, θα “συνετισθεί” κ.τ.λ.

Άλλες φορές είναι απαισιόδοξοι, κάποιο μέλος μπορεί να αισθάνεται ότι έρχεται με το “ζόρι”. Ο θεραπευτής δουλεύει στην πρώτη συνάντηση και το θέμα των προσδοκιών. Στόχος τελικά είναι η οικογένεια να αισθάνεται ενδυναμωμένη, να μπορεί να επικοινωνεί καλύτερα, να βρίσκει μόνη της δημιουργικές λύσεις και να λειτουργεί στις διάφορες φάσεις/κρίσεις της αναπτυξιακής της πορείας.

**Πότε έχει ή δεν έχει
αποτελέσματα η θεραπεία:**

Έχει αποτέλεσμα όταν έχει επιτευχθεί ο παραπάνω γενικός στόχος και η οικογένεια φεύγει ρεαλιστικά αισιόδοξη αλλά και προβληματισμένη όσον αφορά αντιλήψεις που πλέον φαντάζουν απόλυτες, περιοριστικές.

**Πώς αξιολογείται την
εργασία σας:**

Η εργασία με οικογένειες έχει αποτέλεσμα και αυτό φαίνεται από τον αριθμό των οικογενειών που ζητούν βοήθεια, αλλά και από ερευνητικές επιστημονικές εργασίες που έχουν γίνει στην Ελλάδα και κυρίως στο εξωτερικό.

**Τι θα έκανε καλύτερη την
εργασία σας:**

Η εγκυρότερη ενημέρωση του κοινού για τους στόχους της συμβουλευτικής και θεραπείας και για τα μέρη όπου μπορούν να απευθύνονται. Η επιστημονικότερη οριοθέτηση του κλάδου με χορήγηση άδειας εργασίας ψυχοθεραπευτή. Η δημιουργία επιστημονικών περιοδικών Συστημικής – Οικογενειακής θεραπείας. Τέτοια περιοδικά κάνουν πιά εύκολη την ενημέρωση, την ανάληψη ιδεών και ίσως την αποφυγή πολυδιάστατων τάσεων που επικρατούν τόσο στον χώρο της συστημικής οικογενειακής θεραπείας, όσο και της ψυχοθεραπείας γενικότερα.

<u>Επωνυμία Οργάνωσης:</u>	Κέντρο Συστημικής Θεραπείας
<u>Διεύθυνση:</u>	Πλάτωνος 20, Χαλάνδρι
<u>Τηλέφωνο:</u>	(010) 6854424
<u>Fax:</u>	(010) 6822093
<u>Ιστορία Οργάνωσης:</u>	Το κέντρο ξεκίνησε να λειτουργεί το 1996, μετά από επιθυμία της κας Τσαγκαράκη να οργανώσει ένα κέντρο οικογενειακής θεραπείας.
<u>Σκοπός Οργάνωσης:</u>	Η παροχή συμβουλευτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών σε άτομα, ζευγάρια, οικογένειες, οργανισμούς και εκπαίδευση ατόμων που επιθυμούν να γίνουν οικογενειακοί θεραπευτές.
<u>Νομική Υπόσταση:</u>	Ιδιωτικό γραφείο, ατομική επιχείρηση.
<u>Οργανόγραμμα:</u>	Δεν υπάρχει
<u>Σύνθεση Προσωπικού:</u>	Τα άτομα που εργάζονται σε καθημερινή βάση είναι η κα Τσαγκαράκη, που είναι υπεύθυνη του κέντρου, η οποία είναι κοινωνική λειτουργός και απόφοιτη του Εργαστηρίου Διερεύνησης Ανθρωπίνων Σχέσεων και μια γραμματέας. Στελεχώνεται, επίσης, το κέντρο από μια ομάδα κοινωνικών επιστημόνων (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι) που λειτουργούν ως εξωτερικοί συνεργάτες. Τους καλεί όταν τους χρειαστεί για θεραπεία και δεν είναι υπάλληλοι της, απλά συνεργάζονται.
<u>Οικονομικοί Πόροι:</u>	Από την θεραπεία.
<u>Κτιριακή Υποδομή:</u>	Το Κέντρο Συστημικής Θεραπείας στεγάζεται σε δύο διαμερίσματα στον πρώτο όροφο μιας μονοκατοικίας. Περιλαμβάνει 4 χώρους θεραπείας, ένα γραφείο γραμματείας και δύο βοηθητικούς χώρους.
<u>Ώρες Λειτουργίας:</u>	Από 10:00 π.μ.-20:00 μ.μ., από Δευτέρα έως Παρασκευή

Απαραίτητες διαδικασίες

Να επικοινωνήσει τηλεφωνικά ο ενδιαφερόμενος.

πελατών:

Συνεργασία με άλλες

Με το εκπαιδευτικό κέντρο Σκέψη και με το Kensington Consultation Center (K.C.C.).

υπηρεσίες:

Τομείς Δραστηριοτήτων:

1. Θεραπευτικές υπηρεσίες
2. Συμβουλευτικές υπηρεσίες
3. Σεμινάρια σε εταιρίες και Οργανισμούς
4. Ετήσιο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα

Προσφερόμενες

Θεραπευτικές Υπηρεσίες:

Υπηρεσίες:

Ατομική, οικογενειακή και ομαδική ψυχοθεραπεία σε ανθρώπους με ψυχολογικά προβλήματα και προβλήματα σχέσεων.

Συμβουλευτικές Υπηρεσίες:

Σε εταιρίες, οργανισμούς και οικογενειακές επιχειρήσεις που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην επικοινωνία και στις σχέσεις μεταξύ ατόμων και ομάδων προσωπικού. Επίσης, σε εταιρίες που βρίσκονται σε φάση αναδιοργάνωσης και αλλαγής.

Σεμινάρια σε εταιρίες – Οργανισμούς:

Προγράμματα εκπαίδευσης στελεχών, ειδικά σχεδιασμένο για να καλύπτουν ανάγκες και αιτήματα οργανισμών και εταιριών.

Ετήσιο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα:

Σε συνεργασία με το K.C.C., με στόχο την ειδίκευση στην Συστημική Συμβουλευτική σε managers και στελέχη του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, καθώς και σε κοινωνικούς επιστήμονες.

Πληθυσμιακές Ομάδες:

Στο ευρύ κοινό, εκτός από άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα, κάνουν λήψη φαρμάκων ή χρήση ουσιών.

Σκοπός Οικογενειακής

Η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος ενός μέλους με όλη την οικογένεια μαζί.

Θεραπείας:

Προϋποθέσεις έναρξης

Θεραπείας:

Να απευθυνθεί κάποιο μέλος της οικογένειας, να πει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει, να συναντηθεί όλη η οικογένεια μαζί με τον θεραπευτή ή όποια από τα μέλη επιθυμούν να ξεκινήσουν θεραπεία. Δεν είναι απαραίτητο να επιθυμεί όλη η οικογένεια, αλλά όσα μέλη της είναι έτοιμα. Αν αλλάξει ένα μέλος της οικογένειας, αλλάζει ολόκληρη. Βασισμένη σε αυτή την θεωρία η θεραπεία οικογένειας μπορεί να ξεκινήσει με 1, 2, 3 ή όλα τα μέλη της.

Στάδια ολοκλήρωσης
οικογενειακής θεραπείας:

1^ο Στάδιο → Διάγνωση – Θεραπευτικό συμβόλαιο
2^ο Στάδιο → Θεραπεία (διάρκεια 3-6 μήνες, ανάλογα με την περίπτωση)

Αριθμός και συχνότητα
συναντήσεων:

Ανά 15 ημέρες, όταν είναι όλη η οικογένεια μαζί και μια φορά την εβδομάδα όταν πρόκειται για ατομική ή ομαδική θεραπεία.

Αν τα μέλη είναι
συνεργάσιμα:

Τα μέλη πρέπει να είναι συνεργάσιμα στην φάση της θεραπείας.

Ποιές οι συνηθέστερες
δυσκολίες:

Οι συνηθέστερες δυσκολίες είναι η ενοχή που νιώθει κάποιο μέλος της οικογένειας και η προσπάθεια να φύγει από την σκέψη ότι κάποιος έχει το πρόβλημα, να μετακινηθεί το πρόβλημα από τον ένα σε όλους, να φύγει η ταμπέλα του “προσδιορισμένου ασθενούς” και να βοηθήσει όλη η οικογένεια ώστε να βρεθεί λύση.

Υπάρχει σύστημα
παρακολούθησης:

Όχι

Συναισθήματα της
οικογένειας:

Αρχικά νιώθουν άγχος, κατά την διάρκεια της θεραπείας νιώθουν ανακούφιση και προβληματισμό και μετά την λήξη της νιώθουν έτοιμοι να συνεχίσουν την ζωή τους στηριζόμενοι στην δυναμική της προσωπικότητας τους πλέον.

**Πώς αξιολογείται την
εργασία σας:**

Η κα Τσαγκαράκη θεωρεί την εργασία της αποτελεσματική και αυτό γίνεται ορατό από το γεγονός ότι οι εξυπηρετούμενοι βοηθούνται, αλλάζουν και εξελίσσονται.

**Τι θα έκανε καλύτερη την
εργασία σας:**

Η πιο φυσική ζωή και η υγιεινή διατροφή των εξυπηρετούμενων.

<u>Επωνυμία Οργάνωσης:</u>	Θεραπευτικό Πρόγραμμα “Παρέμβαση” ΚΕΘΕΑ (πρόγραμμα Οικογένειας)
<u>Διεύθυνση:</u>	Βαλτετσίου 37, Εξάρχεια
<u>Τηλέφωνο:</u>	(010) 3300751 και 3300779
<u>Ιστορία Οργάνωσης:</u>	Το πρόγραμμα “Παρέμβαση” ξεκίνησε να λειτουργεί το 1989, από 22 θεραπευόμενα μέλη των θεραπευτικών κοινοτήτων “Εξοδος” και “Ιθάκη” και ένα μέλος του προσωπικού, μετά την διαπίστωση τους ότι υπήρχε ανάγκη αύξησης της δυναμικότητας του ΚΕΘΕΑ και ακόμα μεγαλύτερης διαφοροποίησης στον τύπο των προσφερόμενων υπηρεσιών.
<u>Σκοπός Οργάνωσης:</u>	Σκοπός του θεραπευτικού προγράμματος “Παρέμβαση” είναι η σωματική και ψυχική απεξάρτηση, η οποία επιτυγχάνεται μέσα από την ανάπτυξη του ατόμου και την κατάκτηση ενός συστήματος αξιών που υπηρετούν τον άνθρωπο καθώς και η κοινωνική επανένταξη του εξαρτημένου χρήστη, μέσα από την αντιμετώπιση των αιτιών της χρήσης και την εξάλειψη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς.
<u>Νομική Υπόσταση:</u>	Ν.Π.Ι.Δ.
<u>Άδεια Λειτουργίας:</u>	Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
<u>Σύνθεση Προσωπικού:</u>	Το προσωπικό αποτελείται από δύο κατηγορίες: Η μία κατηγορία περιλαμβάνει πρώην χρήστες που έχουν τελειώσει την φάση της θεραπείας και έχουν κάνει εκπαίδευση (ο αριθμός α’ κατηγορίας είναι 4). Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τους 16 επιστημονικούς συνεργάτες (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους, κ.λ.π.).
<u>Οικονομικοί Πόροι:</u>	Από το κράτος, την Ε.Ο.Κ., από δωρεές και χορηγούς της μονάδας.

Κτιριακή Υποδομή:

Το θεραπευτικό πρόγραμμα “Παρέμβαση” στεγάζεται σε ένα αυτόνομο τετραόροφο κτίριο. Στο ισόγειο και τον πρώτο όροφο βρίσκεται η γραμματεία και το κέντρο ενημέρωσης, στον δεύτερο όροφο βρίσκεται διοίκησης – έρευνας και το γραφείο του υπεύθυνου προγράμματος, στον τρίτο βρίσκεται το κέντρο οικογενειακής στήριξης και ο τομέας επανένταξης και στον τέταρτο όροφο ο ξενώνας. Επίσης, υπάρχει και ένα επιπλέον κτίριο όπου στεγάζεται η θεραπευτική κοινότητα.

Ώρες Λειτουργίας:

Από 9:00 π.μ.-17:00 μ.μ., από Δευτέρα έως Παρασκευή

Απαραίτητες διαδικασίες

Τηλεφωνική επικοινωνία.

πελατών:

Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες:

Με νοσοκομεία και ψυχιατρικά κέντρα, όταν υπάρχει λόγος, καθώς και με δικαστές και σωφρονιστικούς υπαλλήλους.

Τομείς Δραστηριοτήτων:

- Συμβουλευτικό κέντρο
 - Εναλλακτική θεραπευτική κοινότητα
 - Κέντρο κοινωνικής επανένταξης
 - Κέντρο οικογενειακής υποστήριξης και συμβουλευτικής
- καθώς επίσης λειτουργίες πρόληψης, εκπαίδευσης, επαγγελματικός προσανατολισμός και κατάρτισης, έρευνας και τεκμηρίωσης.

Προσφερόμενες

Συμβουλευτικό κέντρο:

Υπηρεσίες:

Η πρώτη προσέγγιση του χρήστη με το θεραπευτικό πρόγραμμα “Παρέμβαση” γίνεται στο Συμβουλευτικό Κέντρο. Η προσέλευση του είναι εθελοντική. Στο Συμβουλευτικό Κέντρο πραγματοποιούνται ατομικές συναντήσεις και λειτουργούν ομάδες, με σκοπό την καλύτερη γνωριμία μεταξύ των μελών, την σωστή ενημέρωσή τους για το πρόγραμμα και την παροχή συναισθηματικής στήριξης, προκειμένου να ελαττώσουν την χρήση ουσιών και να προσεγγίσουν άλλους τρόπους αντιμετώπισης των

προβλημάτων τους.

Εναλλακτική κοινότητα:

Η εναλλακτική κοινότητα αποτελεί την κύρια φάση του θεραπευτικού προγράμματος και διαρκεί περίπου 12 μήνες. Είναι η κοινότητα διαμονής. Στην αρχή της φάσης αυτής συντελείται και η σωματική απεξάρτηση των χρηστών από φαρμακευτικές ουσίες. Παράλληλα χτίζεται και η προσωπικότητά τους. Τα θεραπευόμενα μέλη από την είσοδο τους στην κοινότητα εντάσσονται διαδοχικά σε ομάδες. Οι ομάδες αυτές καλύπτουν τις ανάγκες εσωτερικής διαβίωσης και επαφής με την κοινωνία και δίνουν στα μέλη της την δυνατότητα εξέλιξης και ανάπτυξης επαγγελματικών δεξιοτήτων. Υπάρχουν ομάδες οικονομικής διαχείρισης, κουζίνας, καθαριότητας, κατασκευών, γραμματείας, δημοσίων σχέσεων, οικολογίας, πληροφόρησης, δωρεών και πόρων.

Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης και Συμβουλευτικής:

Το κέντρο παρέχει στήριξη και συμβουλευτική στην οικογένεια του εξαρτημένου ατόμου. Η οικογένεια ενθαρύνεται στην αντιμετώπιση του προβλήματος και ενισχύεται στην κάλυψη των ψυχολογικών της αναγκών. Το κέντρο απευθύνεται σε γονείς – αδέρφια – συντρόφους, είτε έχουν το εξαρτημένο άτομο ήδη σε θεραπεία είτε όχι.

Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης:

Η Κοινωνική Επανάταξη αποτελεί την τελευταία φάση του προγράμματος απεξάρτησης και στοχεύει:

- στην στήριξη του ατόμου για να αναλάβει πλήρως την ευθύνη του εαυτού του.
- στην τροφοδότηση του με θετικά ερεθίσματα για την ζωή και στην ενθάρρυνση του για να είναι κοινωνικά ενεργοποιημένο.
- στην ενίσχυση του για επαγγελματική

κατάρτιση, στην περίπτωση που το χρειάζεται και το επιλέγει, καθώς και για επαγγελματική αποκατάσταση.

Εκπαίδευση:

Η εκπαίδευση των θεραπευόμενων μελών γίνεται στην κοινότητα και περιλαμβάνει μαθήματα όπως, νέα ελληνικά, ιστορία, οικολογία, οικολογική γεωργία, χειρισμός Η/Υ, αρχές δημοσιογραφίας, δημόσιες σχέσεις, υγιεινή, μουσική, θέατρο κ.α. από συνεργάτες ειδικευμένους στους αντίστοιχους τομείς. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον επαγγελματικό προσανατολισμό και την επαγγελματική κατάρτιση. Υπάρχουν ακόμη ομάδες μελών που παρακολουθούν μαθήματα σε σχολές βραχυχρόνιας ή μακροχρόνιας φοίτησης, δημόσιες ή ιδιωτικές. Από το Νοέμβριο του 1998 στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού προγράμματος Integra υλοποιείται, επίσης, πρόγραμμα κατάρτισης στη ραδιοφωνική δημοσιογραφία. Υπάρχει, τέλος, άμεση συνεργασία με ειδικούς των τεχνικών επαγγελμάτων με σεμινάρια και πρακτική άσκηση.

Έρευνα για τον πληθυσμό του Κέντρου Οικογενειακής στήριξης:

Στο πρόγραμμα αυτό γίνεται η ποσοτική και ποιοτική καταγραφή δεδομένων του πληθυσμού που την προσεγγίζει. Η καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων αυτών επιτρέπει, εκτός των άλλων, την συνεχή παρακολούθηση των μεταβολών που επέρχονται στον πληθυσμό που προσέρχεται στις υπηρεσίες του προγράμματος της "Παρέμβασης". Η καταγραφή γίνεται με βάση ειδικό ερωτηματολόγιο και αφορά το οικογενειακό ιστορικό, τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις απαραίτητες για την θεραπεία πληροφορίες, που αφορούν τους γονείς, τους συγγενείς που παρακολουθούν το πρόγραμμα.

Πληθυσμιακές Ομάδες:

Απευθύνεται σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών άνω των 20 ετών και στις οικογένειες τους.

Σκοπός Οικογενειακής

Θεραπείας:

Σκοπός του κέντρου οικογενειακής θεραπείας στήριξης είναι να εκπαιδεύσει τα μέλη της οικογένειας, ώστε να είναι σε θέση αφενός να στηρίζουν το εξαρτημένο μέλος στην προσπάθεια που καταβάλλει για απεξάρτηση και κοινωνική επανένταξη, αφετέρου να βοηθήσει την οικογένεια να εξομαλύνει τις εσωτερικές δυσλειτουργίες που ίσως ήταν μια από τις αιτίες του προβλήματος.

Επιστημονική Προσέγγιση: Σύστημα

Προϋποθέσεις έναρξης

Θεραπείας:

Να έχει σταματήσει την χρήση ουσιών και να έχει δεχτεί το θεραπευτικό συμβόλαιο. Επίσης, κρίνεται απαραίτητη η παρουσία γονιών, αδελφιών ή συντρόφων του θεραπευόμενου.



Τριάντα πέντε χρόνια πάνω στη μελέτη-διερεύνηση της οικογενειακής και της ομαδικής διεργασίας

Γιώργος Α. Βασιλείου

Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου

Ψυχιατρική 1990, 1:283-288

Στο κείμενο που ακολουθεί παρουσιάζεται διαγραμματικά και περιληπτικά η πορεία που έφερε στην Αθήνα τους Γιώργο και Βάσω Βασιλείου, προετοιμασμένους να αρχίσουν εκπαίδευση και έρευνα για την δυναμική της οικογένειας μέσα στα πλαίσια του Αθηναϊκού Κέντρου Μελέτης του Ανθρώπου (Α.Κ.Μ.Α.). Η διδασκαλία της Virginia Satir στο πενταετές πρόγραμμα ψυχιατρικής ειδίκευσης του Ψυχιατρικού Ινστιτούτου της πολιτείας του Illinois στάθηκε η αποφασιστική αφορμή για την εισαγωγή μας σε θεωρητικές απόψεις και κλινικές εφαρμογές, ριζοσπαστικές για την ψυχιατρική της δεκαετίας '50-'60. Η επαφή μας με τις απόψεις των Nathan Ackerman, Don Jackson και της ομάδας του MRI στο Palo Alto μας βοήθησε να εμπλουτίσουμε την προετοιμασία μας. Το αποτέλεσμα ήταν η γρήγορη ανάπτυξη της προσπάθειας που άρχισε το 1963. Με βάση την αναλογική επικοινωνία αναπτύξαμε τεχνικές για διάγνωση και θεραπεία οικογένειας. Για θεραπείά ομάδας αναπτύξαμε την συναλλακτική με συλλογικό είδωλο τεχνική (S.C.I.T.). Την εφαρμόζουμε σε προσπάθειες που οργανώνονται στον Ελληνικό και Διεθνή χώρο. Με πρόσκληση Πανεπιστημίων και Ερευνητικών Κέντρων πολλών ως τώρα χωρών της Α. & Δ. Ευρώπης και της Β. Αμερικής οργανώσαμε σεμινάρια διάρκειας 1-5 ημερών που δημιούργησαν ένα κύκλο από ανταλλαγές συνεργατών. Τα Διεθνή Δελφικά Συμπόσια Θεραπείας Οικογένειας συμπληρώνουν την διεργασία αυτή κάθε δεύτερο χρόνο.

Λέξεις ευρετηρίου: θεραπεία οικογένειας, ομαδική ψυχοθεραπεία

Η παρουσίαση αυτή, διαγραμματική και περιληπτική όπως είναι, επιχειρεί να καλύψει ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Γι' αυτό θα στερηθεί απ' όλες τις ζωντανές, βιωματικές όψεις που έχουν τα γεγονότα που περιγράφονται. Το ξεκίνημα έγινε τον Ιούνιο του 1956 όταν από τον πρώτο χρόνο της Ψυχιατρικής μου ειδίκευσης στο πρόγραμμα του Ψυχιατρικού Ινστιτούτου της πολιτείας του Illinois (Illinois State Psychiatric Institute - ISPI) που συγκέντρωνε τα ψυχιατρικά προγράμματα των πέντε ιατρικών σχο-

λών του Chicago (Chicago Un., Chicago Medical School, Illinois Un., Loyola Un., Northwestern UN.) η Virginia Satir κατόρθωσε να συμπεριλάβει στο πολύ απαιτητικό Ακαδημαϊκό του πρόγραμμα το επαναστατικό για την τότε Αμερικανική Ψυχιατρική ετήσιο, διαρκές Σεμινάριό της για την δυναμική της οικογένειας (Family dynamics). Η ίδια περιγράφει¹ με ποιά βήματα κατόρθωσε να ολοκληρώσει την επιστημονική της προετοιμασία για να αρχίσει μια τέτοια προσπάθεια που την συνέχισε ιδρύοντας με την συ-

νεργασία των Don D. Jackson και Jules Riskin στο Palo Alto το παγκόσμια πια γνωστό Mental Research Institute (MRI).

Η Virginia Satir με την προοδευτική, κυριολεκτικά ριζοσπαστική για κείνη την εποχή σύλληψη του ρόλου που έπαιζαν οι οικογενειακές σχέσεις στις προβληματικές, δυσλειτουργικές εκδηλώσεις μελών της οικογένειας, μας άνοιξε ένα καινούργιο δρόμο για την προσέγγιση της δυσλειτουργίας που συναντούσαμε στον άλφα ή βήτα άρρωστο². Ειδικευόμενοι αρχίζαμε να

την αξιοποιούμε διαγνωστικά και όσο βελτιώνονταν οι τεχνικές τόσο μαθαίναμε για τις συγγενείς απόψεις του Nathan Ackerman³, και θεραπευτικά. Με την ενθάρρυνση της προσπάθειας του Σεμιναρίου αυτού για τη δυναμική της οικογένειας από τον Dr. Kalman Gyarfás και την καθοδήγηση - εποπτεία της Virginia Satir αρχίσαμε να βλέπουμε οικογένειες αρρώστων μας με σημαντικά διαγνωστικά και θεραπευτικά οφέλη. Οποτε υπήρχε η ευκαιρία, κι' αυτό γινόταν συχνά, το σεμινάριο αυτό και τις κλινικές δραστηριότητες που συνδεόταν, τις παρακολουθούσε με πρόσκληση της Satir και η Βάσω. Αυτή η κοινή δραστηριότητα των δύο με την Virginia Satir θα μας δημιουργούσε μια αναπτυσσόμενη πολύ δημιουργική, φιλική συνεργασία, στις ερχόμενες τρεις δεκαετίες. Chicago, Palo Alto, Αθήνα, Κοπεγχάγη, Πράγα είναι γεωγραφικά σημεία που μας έφεραν σε συνδυασμένες, συνεργατικές προσπάθειες για την θεραπεία οικογένειας.

Με τέτοια προπαίδεια είναι κατανοητό το ότι, μόλις ιδρύσαμε το A.K.M.A. αρχίσαμε σεμινάρια για τη δυναμική της οικογένειας, έρευνες για τη δυναμική της ελληνικής οικογένειας και θεραπεία οικογένειας έχοντας πια ενσωματώσει και τις εξελίξεις του Palo Alto. Μ' αυτές μας είχε φέρει σε άμεση επαφή η Virginia Satir. Η εργασία μας στην Αθήνα, ερευνητική και θεραπευτική, με την ελληνική οικογένεια, αναπτύχθηκε γρήγορα και εκτεταμένα ώστε να μας καλέσουν για σχετικά σεμινάρια στο Palo Alto το 1986 και τον επόμενο χρόνο, στη Νέα Υόρκη στο Ackerman Institute.

Με τα παραπάνω κέντρα αποκαταστάθηκε επικοινωνία και συνεργασία που θα συνεχιζόταν ως σήμερα.

Αυτήν την εικοσιπενταετία θα οργανώναμε από το A.K.M.A. και μια σειρά από συμπόσια με διεθνή συμμετοχή για τα θέματα τα σχετικά με τη θεραπεία οικογένειας μέ-

σα στο πλαίσιο δεκάδων διεθνών και παγκοσμίων συνεδρίων. Ανάμεσα σ' αυτά είναι και η σειρά των Διεθνών Δελφικών Συμποσίων για τη θεραπεία οικογένειας που από το 1970, με εξελισσόμενες δομές, οργανώνονται κάθε δεύτερο χρόνο.

Μια άλλη προσπάθεια διάρκειας που άρχισε για μας στα χρόνια ειδικευσης ήταν σχετική με τη διεργασία ομάδας. Το εβδομαδιαίο δώρο σεμινάριο για τη θεραπεία ομάδας που είχε προγραμματίσει το I.S.P.I στο δεύτερο χρόνο της ειδικευσης, στάθηκε η αφορμή να παρακολουθώ με ενδιαφέρον όσες κλινικές δραστηριότητες είχαν σχέση με την ομάδα.

Το 1958-60 το I.S.P.I. είχε προγραμματίσει να εξασκηθώ το μισό χρόνο κλινικά και το μισό χρόνο ερευνητικά. Γι' αυτό από το Chicago πήγαμε στο Galesburg State Research Hospital. Εκεί παράλληλα με μένα η Βάσω που είχε πάρει πια το Master's έγινε δεκτή να κάνει το κλινικό της Internship κάτω από τον Dr. Hunsicker, διευθυντή του Ψυχολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου που είχε πολυετή πείρα στην ψυχολογική αξιολόγηση. Ταυτόχρονα θα είχε καιρό να αναπτύξει την έρευνα που είχε σχεδιάσει για την ανίχνευση patterns που εμφανίζονται με την ανάλυση της αλληλουχίας ιστοριών του TAT από ομάδες φυσιολογικών ατόμων και ατόμων με διάγνωση σχιζοφρενικής αντίδρασης και διαταραχών προσωπικότητας. Ήταν μια πρωτότυπη έρευνα που τη δέχθηκε η καθηγήτρια Arnold με πολύ ενδιαφέρον γιατί θα ήταν η πρώτη φορά που θα εξεταζόταν αν η μέθοδος SSA του TAT μπορεί να δώσει ευρήματα από τέτοιες ομάδες που να είναι στατιστικά σημαντικά. Τη σπουδαιότητα που είχε η έρευνα αυτή τη χρωστούσε στο ότι θα μπορούσε να αναλύσει τα πρωτόκολλα των ιστοριών και άλλος ερευνητής "τυφλά" και να καταλήξει στις ίδιες διαγνώσεις.

Ανάμεσα στις άλλες υποχρεώσεις μου είχε ανατεθεί και η ευθύ-

νη της διεύθυνσης του εβδομαδιαίου δώρου Σεμιναρίου που οι ερευνητές που εφευρέθηκαν και οι ερευνητές που εφευρέθηκαν στην κλασική Ψυχιατρική Βιβλιογραφία που είχε να καλύψει και κυριότερες Ψυχαναλυτικές Σχολές και τα σημαντικότερα σύγχρονα ρεύματα. Προετοιμασμένος από Σεμινάριο της Satir βρήκα πολύ φιλικά να καλύψω συστηματικά τις ιδέες του Nathan Ackerman. Ταυτόχρονα άρχισα να τις βάζω πράξη βλέποντας οικογένειες ζευγάρια με την ενθάρρυνση της διευθυντή του Νοσοκομείου καθηγήτη Tom Turlentes που η ελληνική καταγωγή του τον έκανε να είναι πολύ φιλικός και υποστηρικτικός στις προσπάθειές μας.

Εκείνη την περίοδο έγινε και ένα επεισόδιο που το θεωρώ χαρακτηριστικό της υποδοχής που έβρισκαν οι καινούργιες ιδέες για την οικογένεια και τη δυναμική της. Σε ένα από τα εβδομαδιαία Σεμινάρια όπου Νοσοκομείο καλούσε επισκέπτες μιλήσουν, κλήθηκε η ψυχαναλύτρια του Baltimore, Barbara Jung. Ο Διευθυντής μου είχε αναθέσει να παρουσιάσω την περίπτωση δύο συζύγων. Είχε δει τον σύζυγο σε πολλές ψυχοθεραπευτικές συνεντεύξεις και κατόπιν, έπειτα από συμφωνία του συζύγου, προχώρησα και ολοκλήρωσα τη θεραπευτική προσπάθεια εξασφαλίζοντας και τη συμμετοχή της συζύγου στις θεραπευτικές συνεντεύξεις. Έκανα δηλαδή θεραπεία ζευγαριού.

Είχε γίνει μια πολύ συστηματική διαγνωστική και θεραπευτική εργασία μ' αυτό το ζευγάρι. Η παρουσία έγινε όπως πάντα με το Νοσοκομείο μας δικτυωμένο με 50 νοσοκομεία του Illinois State με telecommunication system που χρησιμοποιούσαν τότε. Η Dr. Jung άκουσε προσεκτικά την παρουσίαση, είπε ότι συμφωνεί με την δυναμική που παρουσιάστηκε απίστευτα ότι ήταν "βαρύ θεραπευτικό λάθος" (grave therapeutic error) να δει κανείς το ζευγάρι μαζί

διερεύνηση του προηγούμενου σκεπτικού μου που είχε σχέση με την κατάλυση και ρύθμιση διεργασιών ομάδας.

Σ' ένα δωμάτιο συγκεντρώσαμε χαρτιά και χρώματα για σχέδιο. Οποιοσ είχε σχεδιάσει κάτι τόφερνε αν ήθελε στην ομάδα που σχηματίστηκε με τους νοσηλευμένους που είχα παρατηρήσει να συζητούν το σχέδιό τους. Με τη συνεργασία της Βάσως που ήταν ιδιαίτερα προετοιμασμένη να θγάζει την αλληλουχία θεμάτων, έγινε συστηματική συλλογή σχεδίων και συζητήσεων. Όταν τον Δεκέμβριο του 1959 ειδοποιήθηκα από την Ψυχιατρική Εταιρεία του Illinois για την προκήρυξη διαγωνισμού ερευνών ανάμεσα στους ειδικευόμενους ψυχιάτρους της πολιτείας, ο Dr. Tourlentes με κάλεσε και με ρώτησε αν ήμουν έτοιμος να υποβάλω μια εργασία σχετική με τα σχέδια και την αξιοποίησή τους στην ομάδα. Αρχισα να διαμορφώνω την εργασία στο νου μου. Είχα έτοιμο ένα κείμενο. Η προθεσμία υποβολής της εργασίας στην Ψυχιατρική Εταιρεία του Illinois ήταν 5 Απριλίου. Είχα διαμορφώσει το κείμενο στη σκέψη μου και είχα συγκεντρωμένο το απαραίτητο υλικό σε φωτογραφίες από τα σχέδια που είχαν συζητηθεί. Μετά από τη δουλειά μου στο νοσοκομείο, το απόγευμα της 4ης Απριλίου, άρχισα να υπαγορεύω στη Βάσω. Είχε προχωρήσει το κείμενο όταν τα μεσάνυχτα πια την παρακάλεσα να αφήσει τη συζήτηση της έρευνας όπως την είχα διατυπώσει και να την ξαναγράψει με καινούργιο τρόπο. Δεν μπορούσα να ξέρω τότε ότι η συζήτηση αυτή θα δημοσιευόταν σαν μέρος ενός κεφαλαίου στον τόμο *New Directions in Mental Health* με editor τον Bernard Riess. Όταν ξημέρωσε, το κείμενο της εργασίας είχε καλύψει πια 40 σελίδες με τον τίτλο "Group Image Therapy". Πήγα στο ταχυδρομείο του Galesburg και το έστειλα συστημένο στην Ψυχιατρική Εταιρεία του Illinois στο Chicago που είχε προκηρύξει το

διαγωνισμό. Υστερα από λίγες εβδομάδες, παρακολουθώντας από τη βιβλιοθήκη ανακοινώσεις της Εταιρείας από το Chicago, μέσα από το Telecommunication system, ακούσαμε και την ανακοίνωση με τα αποτελέσματα του διαγωνισμού. Είχαν βραβευτεί δύο εργασίες. Μία από το Chicago University πάνω σε βιολογικές μεταβλητές και η δική μου. Η επιτροπή του διαγωνισμού "εκτιμούσε ιδιαίτερα το γεγονός ότι η έρευνα είχε γίνει παράλληλα με την ερευνητική μου εργασία στα εργαστήρια του Dr. Himwich". Θυμούμαι το πλατύ του χαμόγελο στην ανακοίνωση αυτή. "George μ' αρέσει να πίνω καφέ με τους συνεργάτες μου όταν βραβεύονται. Αύριο το πρωί λοιπόν θα σε περιμένω στο γραφείο μου". Πίνοντας εκείνον τον καφέ "θρηνήσαμε", γελώντας βέβαια, και τους κόπους για τα 2000 αυγά. Υστερα από λίγες εβδομάδες, στο πρόγραμμα με τις εβδομαδιαίες παρουσιάσεις που γινόταν στην βιβλιοθήκη των εργαστηρίων Thudicum προγραμματίστηκε επίσημα η παρουσίαση της εργασίας που κράτησε ένα δώρο.

Αυτό έγινε αφορμή να συνεχίσω συστηματικότερα πια και αποδοτικότερα όσο προχωρούσε ο καιρός να αξιοποιώ την τεχνική. Αυτό θα συνεχιζόταν εντατικότερα τον επόμενο χρόνο, τον πέμπτο χρόνο της ειδίκευσής μου, που θα τον υπηρετούσα στο Night Hospital, την τότε πρωτοποριακή για το Chicago προσπάθεια του Chicago University, στο δέκατο πάτωμα του Illinois State Psychiatric Institute. Εκεί, μού είχε ανατεθεί η ευθύνη και η οργάνωση της θεραπείας ομάδας. Σύμβουλοι στη ριζοσπαστική αυτή προσπάθεια ήταν οι Daniels και Margolin που έγιναν πολύ γνωστοί στην περιοχή της κοινωνικής ψυχιατρικής.

Η συστηματική απασχόλησή μου με τη διεργασία ομάδας με έκανε να αξιοποιήσω πολύ άμεσα τα σεμινάρια για ψυχόγραμμα και role-playing που έκανε τότε στο πρόγραμμά μας

η Adelaine Starr, από τις παλαιότερες και κυριότερες μαθήτριες του Moreno. Με τη σκέψη του Moreno, με τις εργασίες του για group therapy, για κοινωνιομετρία και ψυχόγραμμα, απασχολήθηκα συστηματικά στο Psychiatric Literature Seminar που διηύθυνα στη διετία του Galesburg. Εκεί είχα αξιοποιήσει και τα όσα είχα κερδίσει από τον Rudolph Dreikurs. Τα σεμινάρια του είχαν περιληφθεί στο πρόγραμμα που μας είχε οργανώσει το ISPI την δεύτερη χρονιά. Ήταν μια τόσο κατατοπιστική εισαγωγή στη σκέψη του Adler και στις θεραπευτικές του αντιλήψεις και εφαρμογές ώστε εξασφάλισα σχετική άδεια για την παρακολούθησή τους και από τη Βάσω.

Το 1961 στο Συνέδριο της Αμερικανικής Ψυχιατρική Εταιρείας στο Chicago ο J.L. Moreno είχε ένα πολύωρο σεμινάριο για το ψυχόγραμμα. Μας κέρδισε με την πολυδύναμη, θυελλώδη προωπικότητά του και τον ενθουσιασμό του. Η επαφή μας σε επιστημονικές συναντήσεις και μέσα από τη βιβλιογραφία έγινε αποδοτικότερη.

Στις αρχές του 1973 μας εξέλεξε μέλη της η Αμερικανική Εταιρεία Ομαδικής Ψυχοθεραπείας (A.G.P.A.) και γίναμε μέλη της Επιτροπής της Διεθνών Υποθέσεων (Foreign Affairs Committee). Αυτό μας έδωσε την ευκαιρία να εργασθούμε συστηματικά για να δημιουργούνται συναντήσεις που να προάγουν τη διεθνή επικοινωνία σχετικά με την ομαδική ψυχοθεραπεία. Όταν λοιπόν ο Moreno μας μίλησε για τις προσπάθειές του για τη δημιουργία μιας Διεθνούς Εταιρείας Ομαδικής Ψυχοθεραπείας, μας θρήκε ενθουσιώδεις υποστηρικτές της ιδέας. Το 1973, στο 5ο Διεθνές Συνέδριο Ομαδικής Ψυχοθεραπείας που έγινε στη Ζυρίχη, ο Moreno κάλεσε συνάντηση για την ίδρυση της Διεθνούς Εταιρείας Ομαδικής Ψυχοθεραπείας. Γνωρίζαμε τις αντιπαλότητες που είχαν παραλύσει προηγούμενες προσπάθειές του. Γι' αυτό προετοιμάσαμε

απάντησή μου ήταν στηριγμένη στη νέα Επιστημολογία και φυσικά η Dr. Jung κλεισμένη όπως αποδείχτηκε στην επιστημολογία των γραμμικών σχέσεων αιτίου και αιτιατού, δεν ήταν έτοιμη να την καταλάβει. Δέχτηκε όμως με καλό καρδο χαμόγελο το σχόλιό μου ότι "σαν Έλληνας θεωρώ υποχρέωσή μου να συμπληρώσω πάντα κάτι δημιουργικότερα", πράγμα που ευχαρίστησε και καθούχασε τον διευθυντή μας, που γνωρίζοντας πρόσωπα και πράγματα είχε φοβηθεί εκρηκτικό επεισόδιο.

Σε τρεις δεκαετίες βέβαια θα πλημμύριζε ο πλανήτης μας από Συνέδρια και Συμπόσια για τη θεραπεία Οικογένειας και Ζευγαριών αλλά πάντα οι πρώτες προσπάθειες είναι φυσικό να συναντούν δυσκολίες παραδοχής από ειδικούς με δογματικές αντιλήψεις. Θα συναντούσαμε κι άλλες ανάλογες που η κάθε μία τους μας προετοιμάζε και μας εξότλιζε για τις επόμενες. Αυτό που προσωπικά κέρδισα από το επεισόδιο με την Dr. Barbara Jung είναι το να θυμούμαι και να λέω στους τώρα ειδικευόμενούς μας ότι είμαι ο πρώτος resident που επικρίθηκε δημόσια για το "θεραπευτικό λάθος" (!) να δει παντρεμένους σαν ζευγάρι.

Εκείνη τη διετία 58-60 μου είχε δοθεί, παράλληλα με την κλινική μου εργασία και η ευκαιρία να εργασθώ το μισό χρόνο ερευνητικά στα Thudicum Research Laboratories που είχε δημιουργήσει και διηύθυνε ο καθηγητής Harold Himwich, ο ερευνητής που βάφτισε την ψυχοφαρμακολογία με τον Ελληνικό της όρο.

Το τελευταίο εξάμηνο στο Chicago, στη βιβλιοθήκη του Illinois University, είχα κατατοπισθεί στην πρόσφατη βιβλιογραφία που αφορούσε τις έρευνες γύρω από τα βιολογικά ευρήματα σε σχέση με τη σχιζοφρένεια. Επηρεασμένος από ευρήματα που έδειχναν ότι ορός από άτομα που είχαν διαγνωσθεί σαν σχιζοφρενείς, προκαλεί

με την ένεσή του σε αράχνες διαταραχές στην κατασκευή των ιστών τους, ότι ούρα τέτοιων ατόμων προκαλούν διαταραχές στην ανάπτυξη φασολιών κλπ., είχα σκεφθεί από τότε την πιθανότητα να μελετήσω το αποτέλεσμα ένεσης τέτοιου ορού σε αυγά από όρνιθες και να παρακολουθήσω τυχόν διαταραχές στην ανάπτυξη των εμβρύων. Όταν λοιπόν, τις πρώτες μέρες στο Galesburg, με κάλεσε στο γραφείο του ο Himwich για να του πω πως σχεδίαζα να αξιοποιήσω το χρόνο που είχα διαθέσιμο για ερευνητική εργασία, ήμουν έτοιμος να του αναπτύξω τις ιδέες που είχα για μια τέτοια έρευνα. Με άκουσε με προσοχή, φώναξε την ιστολόγο του εργαστηρίου, την Dr. Inman και καταστρώσαμε ένα πρόγραμμα που θα με έκανε τελικά να μπολιάσω σε 1 χρόνο 2.000 αυγά με ορό που παίρναμε από ομάδες με κλινικά συμπτώματα και φυσιολογικά άτομα. Είχαμε διαμορφώσει τελικά 6 control groups. Όταν ολοκληρώθηκε η έρευνα με θετικά ευρήματα για ιστολογικές διαταραχές στα έμβρυα των αυγών που είχαν ένεση από ορό σχιζοφρενών και είχα πια γραμμένο το κείμενο μιας σχετικής δημοσίευσης, ο πολύ προσεκτικός Himwich ζήτησε τη γνώμη μιας φαρμακευτικής εταιρείας που ήταν τότε πολύ ειδικευμένη σε σχετικά θέματα. Η εταιρεία απάντησε ότι είχαμε παραλείψει να προσθέσουμε ένα έβδομο control group αυγών, αυγά που θα τα είχαμε τρυπήσει όπως πάντα με τη βελόνα οδοντιατρικού τροχού κάτω από το υπεριώδες φως που χρησιμοποιούσαμε για να είναι αποστειρωμένο το περιβάλλον, χωρίς να ενέσουμε τίποτα, για να ελέγξουμε την επίδραση που πιθανόν να είχε στο έμβρυο το υπεριώδες φως που θα περνούσε από το άνοιγμα.

Όταν με φώναξε ο Himwich και μου έδωσε να διαβάσω το γράμμα, του έδειξα το δακτυλογραφημένο κείμενο της ανακοίνωσης που είχα

ετοιμάσει και τον ρώτησα: Τώρα τι να το κάνουμε; Μου άνοιξε με ένα χαμόγελο ένα βαθύ συρτάρι του γραφείου του: Πρέπει να συμφιλιωθείς, George, και μ' αυτή την πλευρά της ερευνητικής δουλειάς. Αυτό το συρτάρι είναι γεμάτο από εργασίες που χρειάστηκε να μείνουν, για ανάλογους λόγους, δημοσίευτες.

Δεν έμενε καιρός για να επαναληφθεί η τεράστια εκείνη εργασία και ταυτόχρονα είχαν αρχίσει να εμφανίζονται στη βιβλιογραφία που παρακολουθούσα συστηματικά, ευρήματα που δημιουργούσαν το ερώτημα: είναι ανάλογα ευρήματα αιτία ή αποτέλεσμα της διαταραχής που ονομάζουμε σχιζοφρένεια;

Καθημερινά έπρεπε να κάνω την ιατρική επίσκεψη στους 200 αρρώστους που είχαν σε ομάδες των 25 κρεβατιών οι 8 θάλαμοι που είχε το τμήμα για το οποίο ήμουν υπεύθυνος (Acting chief of Service). Εκείνες τις ώρες σκεφτόμουν όλο και περισσότερο την ανάγκη που ένοιωθα για μια τεχνική θεραπείας των ανθρώπων αυτών που, συμπληρωματικά με τα ψυχοφάρμακα και υποστηρικτικά, σε τυχόν βιολογικές διαταραχές, θα επέτρεπε στο θεραπευτή μέσα σε ομάδα να καταλύσει και να ρυθμίσει τις διεργασίες που ανελλίσσονται, έτσι ώστε, να γίνονται ψυχοκοινωνικά λειτουργικότερες.

Αυτό το σκεπτικό το έκαναν επιτακτικότερο οι εβδομαδιαίες συναντήσεις μου στους θαλάμους, με το νοσηλευτικό προσωπικό και με τους νοσηλευμένους, (ward meetings). Σε μια πρωινή επίσκεψη παρατήρησα κάτι ασυνήθιστο. Νοσηλευόμενοι που ήταν γνωστοί να μην επικοινωνούν μεταξύ τους, έσκυβαν σε κάτι και το συζητούσαν. Όταν πήγα κοντά τους είδα ότι συζητούσαν το σχέδιο ενός απ' αυτούς. Ήταν τόσο απορροφημένοι ώστε δεν πρόσεξαν την παρουσία μου. Αυτό το επεισόδιο ήταν και η αφορμή να προχωρήσω σε μια διαφορετική έρευνα που θα ήταν και

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Nerin WF. Family reconstruction. New York, Norton, 1986.
2. Satir V. Conjoint family therapy. Palo Alto, Science and Behavior Books, 1964.
3. Ackerman N. The psychodynamics of family life, New York, Basic Books, 1958.
4. Vassiliou GA and Vassiliou VG. Outlining a systemic-dialectic approach to family functioning and malfunctioning. In: Pines M. and Rafaelsen L, eds The Individual and the Group. New York, Plenum Press, 1982, 151-155.
5. Vassiliou GA. Analogic communication as a means of joining the family system in therapy. Intern J Family Psychiat 1983;4.
6. Vassiliou GA and Vassiliou VG. Analogic communication in generating and developing family therapy. Terapia Familiare Comunitaria Cad. 3, 1983, 173-179.
7. Durkin JE. Living groups. New York, Brunner/Mazel, 1981.

Γεώργιος Α. Βασιλείου, Επίτιμος Πρόεδρος της Παγκόσμιας Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου, Ηθης 34, 175 62 Π. Φάληρο, Αθήνα.

το έδαφος καλώντας σε ένα ευρύχωρο διαμέρισμα που μας φιλοξενούσε στη Ζυρίχη, μερικά από τα σημαντικότερα μέλη της Αμερικανικής Εταιρείας με τα οποία είχαμε πια αποκαταστήσει πολύ φιλικές και επιστημονικά παραγωγικές σχέσεις. Ετσι είχαμε τη χαρά να οργανώσουμε με έντεκα συνεργάτες μας ένα ευχάριστο γεύμα για τους Helen Durkin, Jay Fidler, William Holloway, David Mendell και John O'Hearne. Κατά το γεύμα είχε δημιουργηθεί μια ζεστή και χαρούμενη διάθεση που έκανε να είναι γενική η αποδοχή της πρότασής μας να πάμε όλοι μαζί στο Dolden Hotel όπου είχε προσκαλέσει όλους ο Moreno για την ιδρυτική συνάντηση της Διεθνούς Εταιρείας. Όταν άνοιξαν οι πόρτες και εμφανίστηκε η ομάδα μας, δημιούργησε ένα ευχάριστο κλίμα στη συνάντηση γιατί δόθηκε έτσι μια χειροπιαστή απόδειξη ότι οι παλιές αντιπα-

λότητες δεν θα επαναλαμβάνονταν. Οι παρόντες ομόφωνα αποφάσισαν την ίδρυση της Εταιρείας εκλέγοντας Επίτιμο Πρόεδρο τον J.L. Moreno, Πρόεδρο τον Samuel Hadden και πρώτο Αντιπρόεδρο τον γράφοντα. Η Βάσω-εξελέγη μέλος της Εκτελεστικής Επιτροπής. Ετσι δημιουργήθηκε ένα διεθνές forum για την Ομαδική Ψυχοθεραπεία που είχε πολύ παραγωγική εξέλιξη με τα τακτικά, κάθε τριετία, Συνέδριά του.

Η εξελισσόμενη προσπάθειά μας πάνω στη διεργασία οικογένειας και ομάδας μας ετοίμασε για συστηματική εργασία πάνω στα θέματα αυτά μέσα στα πλαίσια του Α.Κ.Μ.Α. Με βάση την αναλογική επικοινωνία αναπτύξαμε τεχνικές για διάγνωση και θεραπεία οικογένειας⁴⁻⁶. Για θεραπεία ομάδας αναπτύξαμε την συναλλακτική με συλλογικό είδωλο τεχνική (S.C.I.T.)⁷. Την εφαρμόζουμε σε

προσπάθειες που οργανώνονται στον Ελληνικό και Διεθνή χώρο. Με πρόσκληση Πανεπιστημίων και Ερευνητικών Κέντρων πολλών ως τώρα χωρών της Ευρώπης, Ανατολικής και Δυτικής και της Β. Αμερικής (Αυστρία, Βουλγαρία, Γαλλία, Γερμανία, Γιουγκοσλαβία, Δανία, Ελβετία, Ελλάδα, Ηνωμένες Πολιτείες, Ισπανία, Ισραήλ, Ιταλία, Καναδάς, Κύπρος, Μάλτα, Μεγ. Βρετανία, Μεξικό, Ολλανδία, Ουγγαρία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σοβιετική Ένωση, Τουρκία, Τσεχοσλοβακία), οργανώσαμε σεμινάρια διάρκειας 1-5 ημερών που δημιούργησαν έναν κύκλο από ανταλλαγές συνεργατών. Φυσικά η τακτική επικοινωνία και η ανταλλαγή πληροφορίας έχει συμβάλει όλα αυτά τα χρόνια στην ανάπτυξη της μελέτης - διερεύνησης πάνω στη διεργασία οικογένειας και ομάδας και η συναλλαγή (transaction) συνεχίζεται.

On studying-researching family and group processes for thirty-five years.

George A. Vassiliou, M.D.

Athenian Institute of "Anthropos"

Psychiatriki 1990, 1:283-288

This presentation aims to briefly outline the march that brought the author and his co-worker V. Vassiliou to Athens, prepared to launch training and research on Family Dynamics within the frame of the Athenian Institute of Anthropos (1963). The Teaching of Virginia Satir, within the 5-year Training Program of Illinois State Psychiatric Institute (ISPI) had introduced us to holistic theoretical concepts and clinical applications. Learning the essentials of the Teachings of Nathan Ackerman, Don Jackson and the MRI group enabled us to enrich our preparation. The result was the rapid development of the efforts we started in 1963. Based on Analogic Communication we developed techniques for Family Diagnosis and Therapy. Actualising Analogic Communication also, we have developed the Synallactic Collective Image Technique (SCIT) for Group Therapy. We apply it in Training Seminars conducted in Greece and abroad. Upon the invitation of Universities and Research Centers of twenty four countries up to now, of E. and W. Europe and N. America we organised 1-5 day Seminars which generated an exchange of Scientific teams. The International Delphic Symposia on Family Therapy complete this process biennially.

Key words: family therapy, group psychotherapy

George A. Vassiliou, M.D., Ex President of the World Association of Social Psychiatry, Athenian Institute of "Anthropos", 34 Ivis str. 175 62, P. Phaliron, Athens, Greece

Γιώργος Α. Βασιλείου

Δ/ΝΤΗΣ ΤΟΥ ΑΘΗΝΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΕΠΙΤΙΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜ. ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΟΙΝ/ΚΗΣ ΨΥΧ/ΚΗΣ

Το δημιούργημα της νέας επιστημολογίας στις επιστήμες του ανθρώπου: Η κοινωνική ψυχιατρική

ΜΙΑ ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Μια υπεραπλουστευμένη άποψη για τον Άνθρωπο ήταν και ο ορισμός που του έδινε ο Γερμανός ιστοπαθολόγος Rudolf Virchow μέλος τότε της Ακαδημίας του Βερολίνου. Με όλο του το κύρος όριζε τον Άνθρωπο σαν «σάκκο γεμάτο με κύτταρα». Πολύ αργότερα στη δεύτερη πενηταετία του 20ού αιώνα θα γινόταν φανερό ότι εκείνο που άφηνε έξω από τον ορισμό του ο Virchow ήταν η οργανωμένη συμπλοκότητα που ανελίσσεται με σπειροειδή τρόπο σε επίπεδα που την ενέχουν αυξανόμενα οργανωμένα. Σύμφωνα με την αρχή της αυξανόμενα οργανωμένης συμπλοκότητας κύτταρα, για να συναποτελέσουν ένα είδος ιστού, επιθηλιακό, συνδετικό, μυϊκό κ.λ.π. αποκαθίστούν και διατηρούν μεταξύ τους τύπους (patterns) συναλλαγής που τα συνδέουν. Το ίδιο συμβαίνει και με τους ιστούς που διαπλέκονται για να συναποτελέσουν όργανα. Το ίδιο και με τα όργανα που λειτουργικά διασυνδέονται μέσα στο πλαίσιο του καθενός από τα συστήματα, κυκλοφορικό, αναπνευστικό, πεπτικό, νευρικό, μυϊκό κ.λ.π. Και το ίδιο τελικά συμβαίνει με τα συστήματα που λειτουργούν φυσιολογικά εναρ-

μονισμένα στο σώμα του Ανθρώπου. Τις τελευταίες δεκαετίες αποκαταστάθηκε επιστημονικά και η ψυχοσωματική φύση και έκφραση που ενέχουν και οι λειτουργικές και οι δυσλειτουργικές καταστάσεις του Ανθρώπου, γεγονός που βοήθησε να ξεπεραστούν οι περιορισμοί που είχε δημιουργήσει για την ιατρική ή γραμμική αιτιολογία αιτίου-αιτιατού, μια αιτιολογία που την είχε εισαγάγει η Νευτώνια μηχανική.

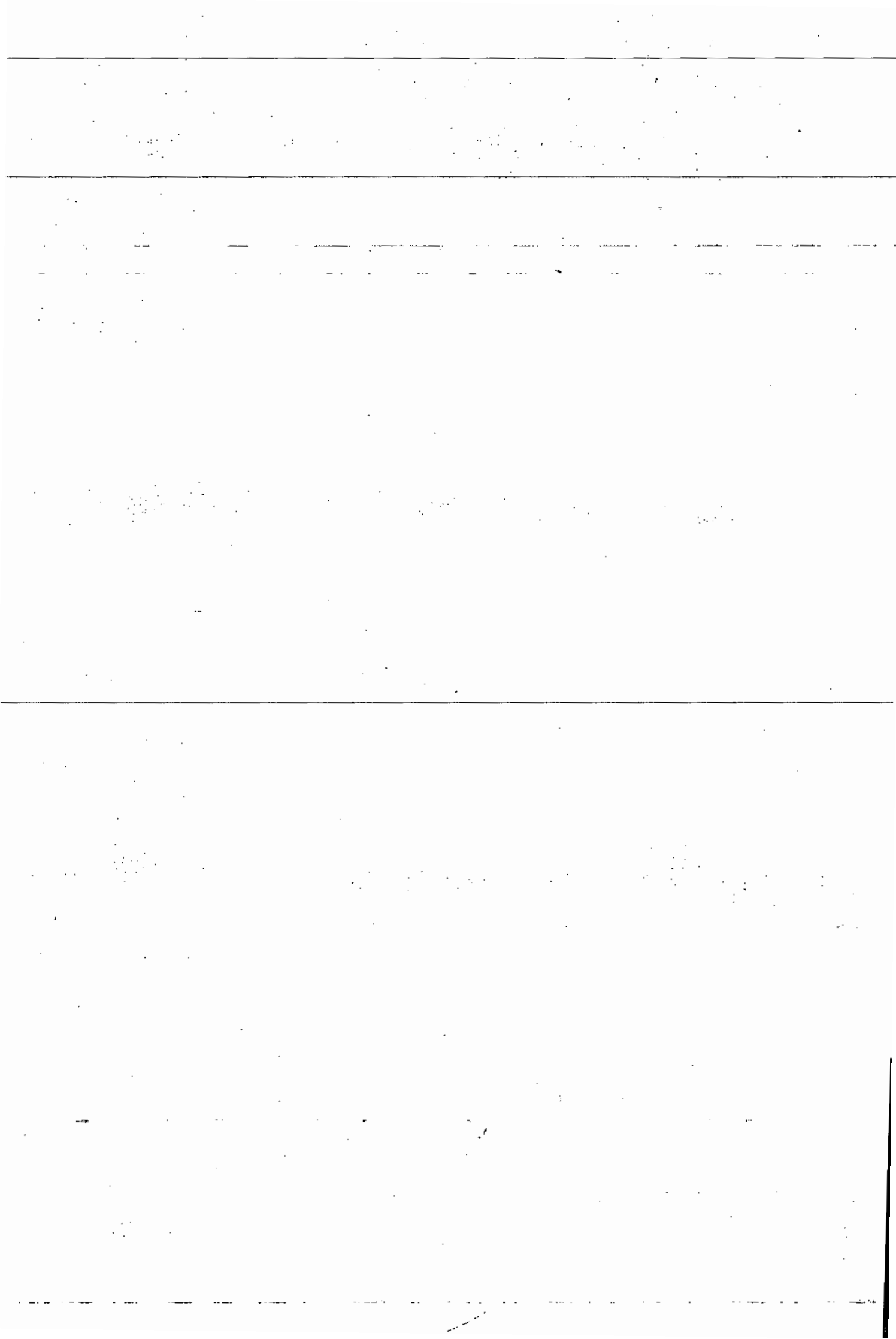
Η άποψη π.χ. ότι η αρρώστια φυματίωση ισούται με τον οργανισμό ή το βάκιλλο του Koch δεν ήταν πια αρκετή για να εξηγήσει το πως νοσοκόμος που νοσήλευε επί χρόνια βαριά αρρώστους με φυματίωση σε σανατόριο, δεν παρουσίασε ούτε κλινικά ούτε εργαστηριακά ευρήματα μόλυνσης. Όταν όμως πληροφορήθηκε το θάνατο του πατέρα της εκδήλωσε σε λίγες μέρες και τα δυο. Το παράδειγμα αυτό το χρωστώ στο μεγάλο δάσκαλό μου Percival Bailey που διηύθυνε τότε το Illinois State Psychiatric Institute όταν άρχισα το εκεί πενταετές πρόγραμμα ειδίκευσης (residency).

Οι εξελίξεις αυτές συνοδεύτηκαν χρονικά από επαναστατικά ανοίγματα στη φυσική. Τα έφεραν με τις

απόψεις τους οι Albert Einstein, Max Planck, Niels Bohr, Shroedinger, Heisenberg κ.ά.

Παράλληλα, ανάλογα ανοίγματα επαναστατικής, εννοιολογικής αναδόμησης δημιουργούσαν για τις επιστήμες του Ανθρώπου οι απόψεις του Sigmund Freud. Ήταν ένα μεγάλο επαναστατικό άνοιγμα στην κατανόηση του ανθρώπου, η εμφάνιση των ψυχαναλυτικών σχολών. Οι Sigmund Freud, Alfred Adler και Carl G. Jung, παρά τις μεγάλες επιστημολογικές, κοσμοθεωριακές και βιοθεωριακές διαφορές τους άνοιξαν με το τεράστιο έργο τους τους καινούριους δρόμους που ξεπερνούσαν τα αδιέξοδα της Νευτώνιας θεώρησης των φαινομένων.

Ακολούθησε η μελέτη ενδοψυχικών διεργασιών από Νεο-Φρόνδικούς σαν του Karen Horney και Erich Fromm για να εμφανισθεί σχεδόν ταυτόχρονα ο Harry Stack Sullivan με την αποφασιστική του συμβολή σχετικά με τις διαπροσωπικές διεργασίες. Ξεκινώντας από τους Freud, Adolf Meyer και George Mead, ο Sullivan έφερε μια αληθινά επαναστατική θεώρηση στην Αμερικανική Ψυχιατρική που δεν είχε δει ως τότε τα συν και τα πλην της διαπρο-



σωπικής συναλλαγής. Πλούτισαν το θέμα **ρι** απόψεις της Clara Thompson, της Frieda Fromm-Reichmann, του Otto Will: δυο Άνθρωποι αποκαθιστώντας διαπροσωπικές σχέσεις αρχίζουν μια ψυχοκοινωνική συναλλαγή, (transaction), μια διεργασία που είχε περιγραφεί από τους Dewey και Bentley. Ήταν μια διεργασία που αξιοποιήθηκε θεωρητικά και κλινικά με τις συμβολές του Roy Grinker και του John Spiegel.

Μελέτες για τις διεργασίες της ψυχοκοινωνικής συναλλαγής, πλουτίστηκαν με τη μελέτη των διεργασιών επικοινωνίας, θεωρητικά και πρακτικά από τους Sullivan, Moreno, Frieda Fromm-Reichmann, Jurgen Ruesch, Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Jay Hayley κ.ά.

Τα πειράματα Αισθητηριακής Αποστέρησης (sensory deprivation) αποκάλυψαν με δραματικό τρόπο ότι όταν ο Άνθρωπος αποκοπεί τελείως από την επικοινωνία με το περιβάλλον του, ανθρώπινο και φυσικό, αναπτύσει σε λίγες ώρες συμπτώματα που χαρακτηρίζουν βαριά δυσλειτουργικές καταστάσεις.

Έτσι αποκαταστάθηκε σαν αναπόσπαστο γεγονός ότι δυαδικές, τριαδικές, ομαδικές σχέσεις είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη της ολοκληρωμένης ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του Ανθρώπου.

Στις επιστήμες του Ανθρώπου έγινε μ' αυτόν τον τρόπο φανερό ότι για να κατανοηθούν οι λειτουργικές και δυσλειτουργικές καταστάσεις του Ανθρώπου επιβάλλεται να μελετηθεί συστηματικά η πρωτογενής του ομάδα, η οικογένεια. Με τις πολυχρόνες προσπάθειες των Stephen Fleck, Nathan Ackerman, Murray Bowen, Salvador Minuchin, Carl Whitaker, Don Jackson, Virginia Satir, Paul Watzlawick, Jay Hayley, αναπτύχθηκε και διαδόθηκε σε ευρύτατη πια, διεθνή κλίμακα και η Οικογενειακή Θεραπεία.

Αρκετά χρόνια πριν, όταν είχε ξε-

σπάσει ο 2ος Παγκόσμιος Πόλεμος, είχε αποκατασταθεί η Επιστημολογική προεργασία που χρειαζόταν ώστε οι ειδικοί που είχαν έργο τους τη θεραπεία της ψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας να μπορούν να προχωρήσουν στην ανάπτυξη της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας. Με τις συστηματικές και συγκλίνουσες, παρά τις ιδιαίτερότητές τους, προσπάθειες των Samuel Slavson, J.L. Moreno, L. Wolberg, A. Wolf και E. Schwartz, S.H. Foulkes, H. Ezriel και της ομάδας του Tavistock, S. Lebonici, J. Marti-Tusquets και πολλών άλλων, αναπτύχθηκε σε ευρύτατη κλίμακα η ομαδική ψυχοθεραπεία, που έγινε σύντομα διεθνές, παγκόσμιο κίνημα με τη δημιουργία πολύ ισχυρών επιστημονικών οργανώσεων σαν την American Group Psychotherapy Association, την Canadian Group Psychotherapy Association, την Group Analytic Society, London και διεθνείς εταιρείες όπως την International Association of Group Psychotherapy.

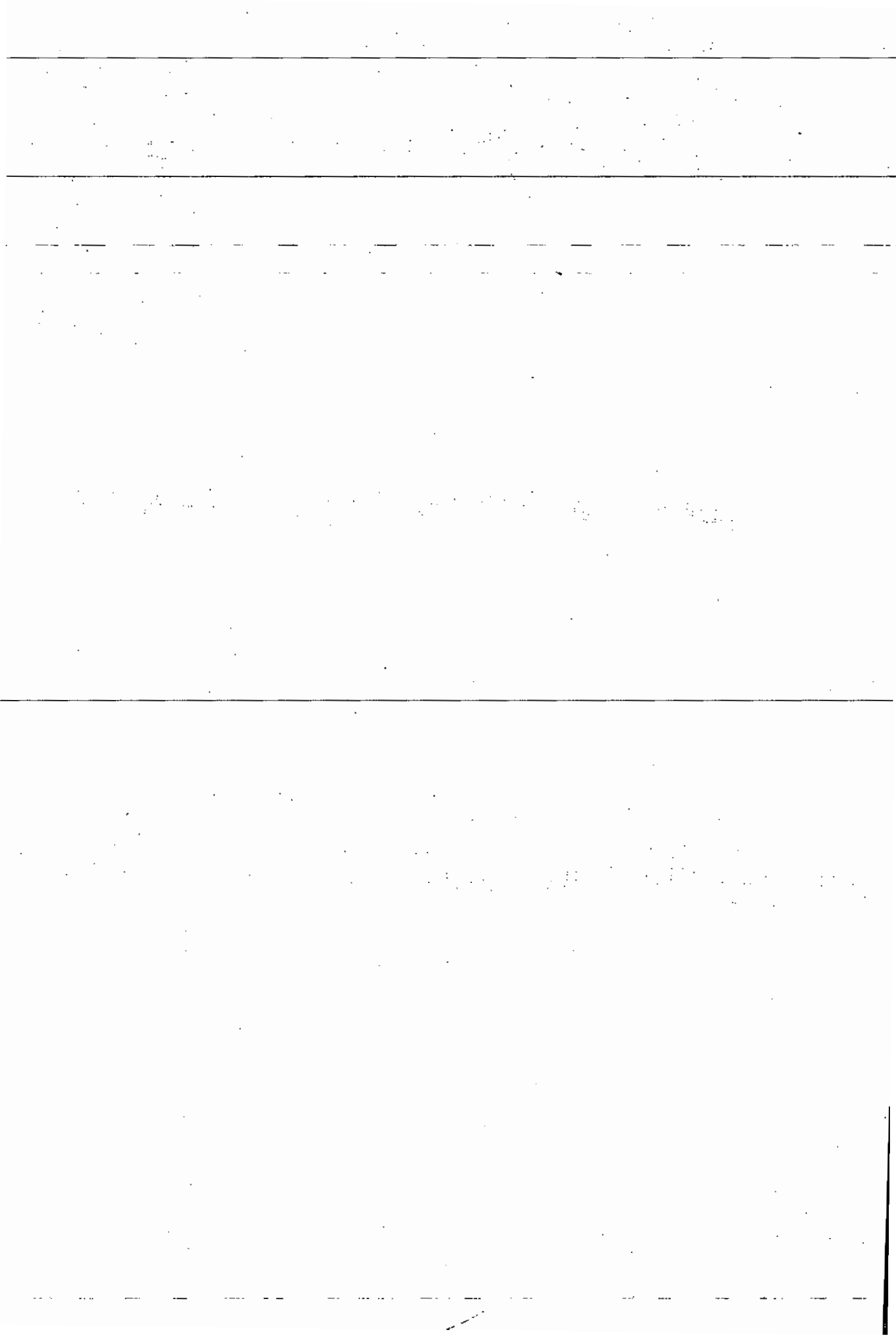
Αναφερθήκαμε παραπάνω στη Νέα Επιστημολογία που αναπτύχθηκε με τη συμβολή των πρωτοποριακών ερευνών στη Φυσική και στη Βιολογία. Σχεδόν ταυτόχρονα παρουσίαζε την Κυβερνητική ο Norbert Wiener, τη θεωρία της Πληροφορικής ο C. Shannon και ο Ludvig von Bertalanffy τη Γενική Θεωρία Συστημάτων (G.S.T.).

Μπορούσαμε πια να ορίσουμε και για θεωρητικές και για εφαρμοσμένες προσπάθειες τον Άνθρωπο και τις ομάδες που δομεί για να ζήσει: οικογένεια, ομάδες, κοινότητες, κοινωνίες, σαν Συστήματα με αυξανόμενα ανεπισσώμενη οργανωμένη συμπλοκότητα. Το καθένα από αυτά τα Συστήματα μπορεί να κατανοηθεί σαν το σύνολο των διεργασιών που αναπτύσσονται «εντός και δια μέσου των ορίων του».

Για παράδειγμα σύμφωνα με τη Διαλεκτική-Συστημική προσέγγιση που έχει αναπτύξει και ακολουθεί το

Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου, οι διεργασίες προσδιορίζονται σαν Βιολογικές, Ψυχοκοινωνικές, Κοινωνικοπολιτιστικές και Οικονομικοκοινωνικές, που είναι και βασικής σημασίας για την επιβίωση και τη μορφογένεσή τους. Μέσα στο κάθε Σύστημα οι διεργασίες συναλλάσσονται (transact), αλληλοσυνδέονται και αλληλοεξαρτώμενες.

Είναι απαραίτητο να τονισθεί ότι αν οι διεργασίες αυτές ακολουθούν ανταγωνιστικές κατευθύνσεις, τότε οδηγούν σε εντροπικές δυσλειτουργικές καταστάσεις που χρειάζονται βοήθεια από τους ειδικούς που έργο τους είναι η θεραπευτική επέμβαση στις ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργικές καταστάσεις του Ανθρώπου. Σύμφωνα λοιπόν με τη Διαλεκτική-Συστημική προσέγγιση του ΑΚΜΑ, δεν επαρκεί η γραμμική αιτιολογία αιτίου-αιτιατού. Από σημείο σε σημείο του χωροχρόνου, αίτιο και αιτιατό εναλλάσσονται. Για να κατανοήσει κανείς τις αντιδράσεις που εξελίσσονται, ατομικές και ομαδικές, χρειάζεται την κυκλική αιτιολογία και για διεργασίες που αναπτύσσονται ανάμεσα σε συστήματα που παρουσιάζουν διαφορετικούς βαθμούς οργανωμένης συμπλοκότητας, (μεγάλο, μεγαλύτερο, μέγιστο), χρειάζεται τη συναλλακτική αιτιολογία (transactional aetiology). Ένα απλό παράδειγμα είναι η περίπτωση παιδιού που εκνευρίζει με διάφορους τρόπους συμπεριφοράς τη μητέρα του. Στη διερεύνηση της «περίπτωσης» το παιδί λέει ότι συμπεριφέρεται έτσι γιατί το εκνευρίζει η μητέρα του με παρατηρήσεις «πολύ αυστηρές». Η μητέρα πάλι λέει ότι είναι αυστηρή με το παιδί γιατί της το απαιτεί ο πατέρας. Ο πατέρας συμφωνεί ότι εκνευρίζεται από τη συμπεριφορά του παιδιού, που τη βρίσκει απαράδεκτη και θεωρεί υπεύθυνη γι' αυτό τη μητέρα που δεν είναι «αρκετά αυστηρή» με το παιδί. Η μητέρα από την πλευρά της παραπονείται ότι η απασχόλη-



ση με τα οικιακά είναι μεγάλο βάρος γι' αυτήν και ο πατέρας δεν συμβάλλει στο να κάνει το ρόλο της «ελαφρότερο». Ο πατέρας εξ' άλλου δικαιολογείται ότι «δεν έχει την άνεση να κάνει τα πράγματα πιο ευχάριστα για τη μητέρα γιατί τον πιέζει πάρα πολύ η κατάσταση της δουλειάς του μέσα στις πληθωριστικές τάσεις και στην κοινωνική ακαταστασία της εποχής».

Σε τέτοιο περίγυρο (context), σε μια περίοδο κρίσιμη για το παιδί π.χ. δύσκολες εξετάσεις που απολήγουν σε αποτυχία, το stress είναι δυσανάλογα μεγάλο για όλα τα μέλη της οικογένειας. Το παιδί μπορεί να οδηγηθεί σε διαφόρων ειδών «απονενομημένα διαβήματα» η μητέρα να εκδηλώσει έντονες ψυχοσωματικές αντιδράσεις και ο πατέρας, πιεζόμενος από την οικονομικοκοινωνική κατάσταση που αντιμετωπίζει, να εκδηλώσει ένα καρδιακό ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Στο τέλος ο ένας επιρρίπτει τις ευθύνες στον άλλον. Αλληλοκατηγορούνται για τα «απελπιστικά τους αδιέξοδα» και είναι δύσκολο να βρεθεί λύση ή αιτιολόγηση για τους φαύλους κύκλους.

Η Ψυχιατρική που κατανοεί και ακολουθεί την κυκλική και την συναλλακτική αιτιολογία μέσα στη Συστημική σύλληψη του Ανθρώπου και των Συστημάτων του έχει πια ονομασθεί Κοινωνική Ψυχιατρική. Μέσα στο πλαίσιο της αναπτύχθηκε και το ευρύτατο κίνημα της κοινοτι-

κής ψυχιατρικής (Community Psychiatry) που άρχισε στην Αγγλία ο Maxwell Jones και εφαρμόστηκε σε μεγάλη έκταση στη Β. Αμερική και στην Ευρώπη. Όμως αυτή πρέπει να αποτελέσει ιδιαίτερο κεφάλαιο. Από την δεκαετία του '60, άρχισαν να οργανώνονται από τον Joshua Bierer τα διεθνή συνέδρια Κοινωνικής Ψυχιατρικής στο Λονδίνο. Σύντομα οι συνέδροι τους οργάνωσαν τη Διεθνή Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

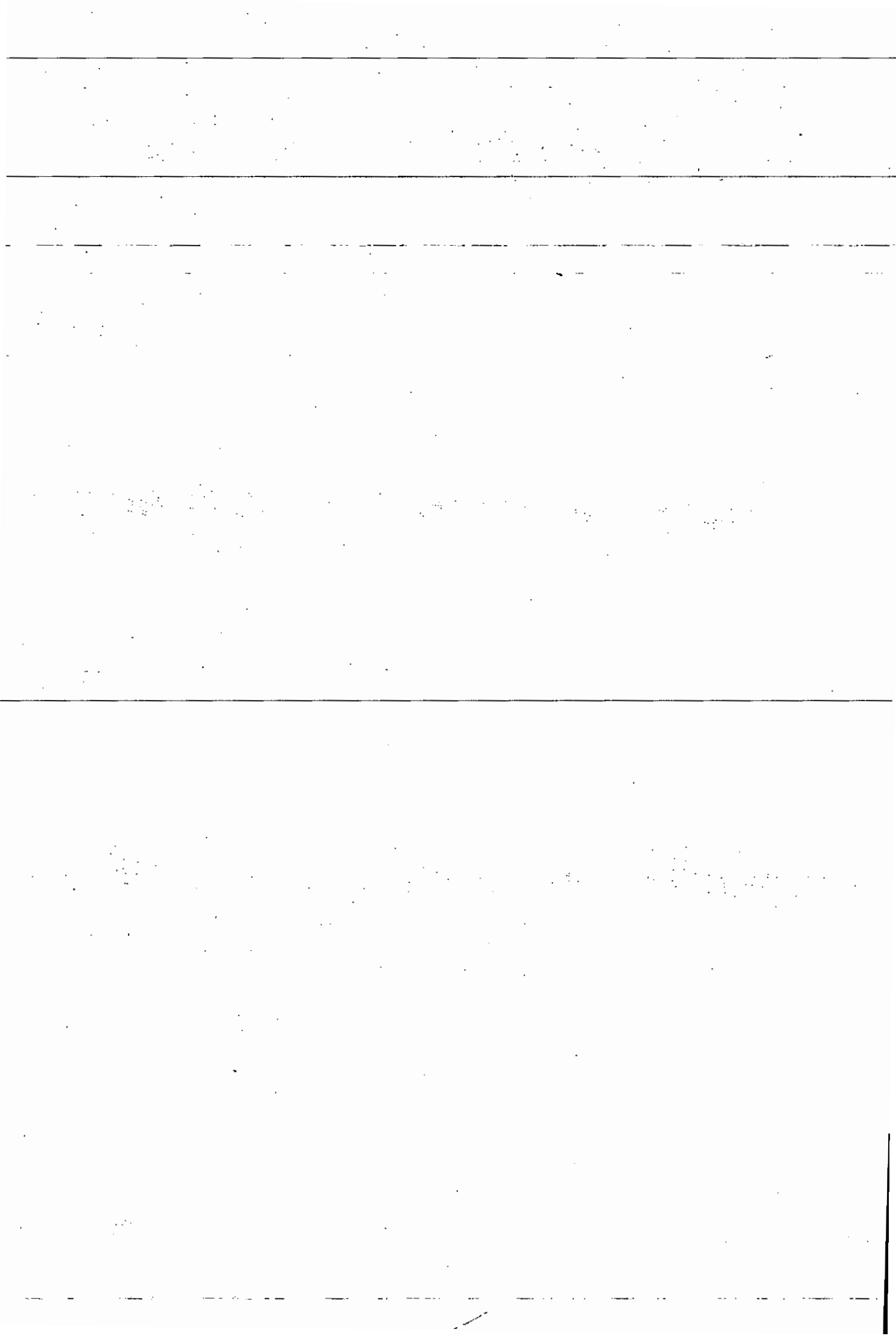
Στο 4ο Συνέδριο της Εταιρείας, στην Ιερουσαλήμ το Μάιο του 1972, εγκρίθηκε από την ολομέλεια των μελών το καταστατικό της. Τον Οκτώβριο του 1976, στο 6ο Συνέδριο της Εταιρείας στην Ορατίγια της Γιουγκοσλαβίας, αποφασίσθηκε ομόφωνα η αλλαγή του Τίτλου της Εταιρείας σε Παγκόσμια γιατί ήδη είχε μεγάλα τμήματα σε πολλές χώρες σε όλες τις Ηπείρους. Αυτό τον καιρό οργανώνεται το 12ο Συνέδριο της Εταιρείας στην Washington των ΗΠΑ 27-31 Οκτωβρίου 1990 και το 13ο Συνέδριο της Εταιρείας στο Νέο Δελχί των Ινδιών, 9-13 Νοεμβρίου 1992.

Από την αρχή της δεκαετίας του '70 ο Joshua Bierer από το Λονδίνο είχε αρχίσει την έκδοση του International Journal of Social Psychiatry. Από την αρχή της δεκαετίας του '80 ο John Carleton άρχισε να εκδίδει το American Journal of Social Psychiatry από τη Νέα Υόρκη και ο

Vladimir Hudelin με τον γράφοντα άρχισαν να εκδίδουν από το Zagreb το Mediterranean Journal of Social Psychiatry.

Οι συνάδελφοι που ενδιαφέρονται για λεπτομερέστερη κατατόπιση στα παραπάνω παραπέμπονται στα εξής βιβλιογραφικά:

- Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ed. Alfred M. Freedman, M. D. and Harold I. Kaplan, M. D. The William S. Wilkins Company. Baltimore 1967.
- Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV. Ed. Harold I. Kaplan, M.D., Benjamin J. Sadock, M.D. Williams S. Wilkins. Baltimore 1985.
- Munroe Ruthe I. Schools of Psychoanalytic Thought. The Dryden Press-Publishers. New York 1955.
- General Systems Theory and Psychiatry. Ed. William Gray, M.D., Frederick J. Duhl, M.D., and Nicholas D. Rizzo, Ed. D., M.D. Little, Brown and Company, Boston 1969.
- Grinker, Roy M.D., Towards a Unified Theory of Human Behavior, Basic Books, New York 1956.
- Spicgel John. Transactions. Science House Inc. New York, 1971.
- Living Groups Ed. James E. Durkin. Bruner, Mazel New York, 1981.



Διονύσης Σακκάς

Συζητώντας με τον ψυχίατρο Γιώργο Α. Βασιλείου

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα Τετράδια Ψυχιατρικής φιλοξενούν σ' αυτό το τεύχος τον Γιώργο Βασιλείου, έναν πρωτοπόρο στο χώρο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής στην Ελλάδα και το εξωτερικό, που με τη σύζυγό του Βάσω Βασιλείου, ψυχολόγο, συνδιευθύνουν, για σχεδόν 30 χρόνια, το Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου.

Ο Γ. Βασιλείου υπήρξε πρόεδρος της Παγκόσμιας Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εν συνεχεία εκλεγμένος επίτιμος πρόεδρος. Έχει επίσης διατελέσει πρώτος αντιπρόεδρος της Διεθνούς και της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Θεραπείας Οικογένειας. Οι Βασιλείου με τους

συνεργάτες τους έχουν διεξαγάγει εκπαιδευτικά εργαστήρια και σεμινάρια μετά από πρόσκληση Πανεπιστημιακών και Ερευνητικών Κέντρων πολλών χωρών της Δυτικής και Ανατολικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής. Ανάμεσα σ' άλλες τιμές ο Γ. Βασιλείου έχει τιμηθεί με το χρυσό μετάλλιο του Ινστιτούτου του Λένιγκραντ, το μετάλλιο Ρυγκίνε της Πράγας και το χρυσό μετάλλιο της Στρατιωτικής Ακαδημίας του Βελιγραδίου. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία Ομαδικής Ψυχοθεραπείας τον έχει εκλέξει σαν αντεπιστέλλον μέλος, ενώ η Αμερικανική Εταιρία Ομαδικής Ψυχοθεραπείας έχει εκλέξει τον Γ. Βασιλείου όπως και τη Β. Βασιλείου Master Trainers.

Στη συζήτηση που ακολουθεί ο Γ. Βασιλείου απαντά στον Διονύση Σακκά, μέλος της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού, σε καιρία ερωτήματα που προβληματίζουν τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Η συζήτηση έγινε στην αυλή της θερινής κατοικίας των Βασιλείου, στο χωριό Παράκοιλα της Μυτιλήνης, που βλέπει στον κόλπο της Καλλονής. Εδώ ομάδες συναδέλφων από την Ελλάδα και το εξωτερικό, που εργάζονται στο χώρο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, έρχονται για μετεκπαιδευτικά σεμινάρια στη Διεργασία Ομάδας και τη Θεραπεία Οικογένειας. Αντίστοιχα είναι και τα θέματα στα οποία επικεντρώνεται η συζήτηση.

Ερώτ.: Έχοντας διατελέσει επί πολλά χρόνια στη Διοικούσα Επιτροπή της Παγκόσμιας Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής (W.A.S.P.) σε πολύ υπεύθυνες θέσεις, σαν Πρόεδρος εκλεγείς της Εταιρείας (1974-1978) σαν πρόεδρος (1978-1983) και στην επίτιμη προεδρία την τελευταία επταετία, πώς θα ορίζατε συνοπτικά το τί είναι Κοινωνική Ψυχιατρική;

Απάντ.: Αυτό μου είναι δυνατό γιατί αντιμετωπίζω στα υπεύθυνα σώματα της Εταιρείας την ανάγκη του ορισμού αυτού και θεωρητικά και εφαρμοσμένα.

Θα έλεγα λοιπόν ότι Κοινωνική Ψυχιατρική είναι το δημιούργημα, η καρποφορία της Νέας Επιστημολογίας, της Επιστημολογίας που ξεπερνά τους περιορισμούς της γραμμικής αιτιολογίας σχέσεων αιτιοαιτιατού και διαμορφώνει σε αυξανόμενη έκταση την θεωρία της και την πρακτική της πάνω στην κυκλική αιτιολογία και σ' ένα επίπεδο ανώτερης συμπλοκότητας στην συναλλακτική (transactional) αιτιολογία.

Αναφερόμαστε στην επιστημολογία που ξεπερνώντας τους περιορισμούς της Ναιτώνιας μηχανικής, ανελίσσεται μέσα από επαναστατι-

κά ανοίγματα που πρόσφεραν οι απόψεις των: Albert Einstein, Max Plank, Niels Bohr, Werner Heisenberg, Schrodinger Norbert Wiener με την Κυβερνητική και του C. Shannon με τη Θεωρία Πληροφόρησης, δημιουργώντας δυνατότητες που αξιοποιήθηκαν στις επιστήμες του Ανθρώπου, επάλληλα με την εμφάνιση των απόψεων του Ludwig von Bertalanffy με τη Γενική Θεωρία Συστημάτων (General Systems Theory).

Στο χώρο της ψυχιατρικής έχουν εμφανισθεί τις τελευταίες δεκαετίες απόψεις που με τη σύγκλιση τους μας έφεραν σε επιστημολογικές κα-

τευθύνσεις ανάλογες μ' αυτές που αναφέρθηκαν πριν. Πρόκειται για τις απόψεις μεγάλων Δασκάλων της Ψυχιατρικής όπως ο Carl Menninger που γενικά θεωρείται ο Πρύτανης της Αμερικανικής Ψυχιατρικής και άλλοι εκπρόσωποι της όπως οι: Roy Grinker, Robert Knight, Reginald Lourie, Hugh Mullan, John Schwab, John Spiegel, Emmanuel Schwartz, Lewis Wolberg, Alexander Wolf στη Βόρεια Αμερική. Στη Δυτική Ευρώπη, δάσκαλοι σαν τους Morris Carstairs, Maxwell Jones, Joshua Bierer (ιδρυτή της W.A.S.P.) και ανεξάρτητα πνεύματα σαν τους J. L. Moreno και S. H. Foulkes. Στην Ανατολική Ευρώπη, δάσκαλοι σαν τους Modest Kabanov, Sergei Leibig, Georgi Hidas Duzan και Slavka Petrovic, Branco Gazic, Stanislav Nikic, Vladimir Hudolin, Christo Christozov, Nicola Shipkovensky και Ivan Temkon, που δεν είναι φυσικά οι μόνοι. Όλοι οι δάσκαλοι της Ψυχιατρικής που αναφέρθηκαν εδώ, μας έχουν τιμήσει με τη φιλία τους και μας έχουν επηρεάσει μέσα από το «κλίμα» που δημιούργησαν στη Ψυχιατρική σκέψη και πράξη, να διαμορφώσουμε τελικά, ξεκινώντας από τον Ηράκλειτο και το υπόλοιπο Αρχαίο Ελληνικό, σκέπτεσθαι σε διεργασίες, την Διαλεκτική - Συστημική προσέγγιση που ακολουθούμε στη προσπάθειά μας του «'Ανθρώπου Ζητώ», την προσπάθεια που κατευθύνω από την ίδρυση του ΑΚΜΑ το 1963. Κατά την προσέγγιση αυτή οι προσπάθειες για την λειτουργικότητα του Ανθρώπου και των συστημάτων που δομεί (Οικογένεια, Ομάδα, Κοινότητα) γίνονται αποδοτικότερες κατά την έκταση που αναγνωρίζουν ότι η λειτουργικότητα είναι το εξαζόμενο της συνλλαγής (transaction) όλων των διαεργασιών του Ανθρώπου. Βιολογικών, ψυχοκοινωνικών, κοινωνικοπολιτιστικών, οικονομικοκοινωνικών. Φυσικά μ' αυτή τη θεώρηση προκύπτουν δυνατότη-

τες ανάπτυξης ισομορφικών τρόπων παρέμβασης.

Ερώτ.: Επομένως πώς θεωρείται ο Άνθρωπος που έρχεται να υπηρετήσει η Κοινωνική Ψυχιατρική;

Απάντ.: Σαν το ολοκλήρωμα, με τη μαθηματική έννοια του όρου, το ολοκλήρωμα των κοινωνικών του σχέσεων.

Ερώτ.: Μέσα στα πλαίσια μιας τέτοιας Κοινωνικής Ψυχιατρικής, τι θα λέγατε ότι εξασφαλίζει την πληρέστερη μορφή διάγνωσης;

Απάντ.: Η πληρέστερη και αμεσότερη μορφή διάγνωσης για τον δεδομένο άνθρωπο που δυσλειτουργεί, είναι η εξέτασή του μέσα στο πλαίσιο του (context). Γι' αυτό και μια διαγνωστική συνάντηση οικογένειας μπορεί να δώσει απάντηση, όχι με μονομέρεια, στο ποίο είναι «το προβληματικό άτομο», αλλά ολιστικά στις προβληματικές σχέσεις μέσα στο Σύστημα οικογένεια του ατόμου αυτού, που αλλιώς, χωρίς αυτή τη διαγνωστική συνάντηση, θα ξεφύγουν από την αντίληψη του διαγνώστη και φυσικά και από μια μελλοντική θεραπευτική του παρέμβαση. Άλλωστε υπάρχουν αναπτυγμένες και θεωρητικά υποστηριγμένες προσπάθειες αξιολόγησης και υποβοήθησης του ατόμου που δυσλειτουργεί, όχι μόνο μέσα στη πρωτογενή του ομάδα (οικογένεια) αλλά και σε ευρύτερες δευτερογενείς ομάδες (ομάδες εργασίας, κοινότητα κ.α.).

Ερώτ.: Τι γίνεται όμως όταν μια τέτοια διαγνωστική συνάντηση οικογένειας είναι ανέφικτη;

Απάντ.: Τότε θα πρέπει τα μέλη της διαγνωστικής ομάδας (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός) να στηρίζουν τη διάγνωση στη συλλογή πληροφοριών από τις οποιοσδήποτε άλλες πηγές που είναι δυνατόν να προσεγγισθούν,

πράγμα που θ' αυξήσει φυσικά το χρόνο και το κόστος και θα ελαττώσει τη πληρότητα της διαγνωστικής προσπάθειας. Αυτή θα δίνει τότε μια απλουστευμένη εικόνα με όλα τα μειονεκτήματα μιας αθροιστικής προσπάθειας, προσπάθειας δηλαδή που δίνει το άθροισμα αλλά δεν συλλαμβάνει - κατανοεί το ολοκλήρωμα.

Ερώτ.: Μα τότε δεν είναι και θεραπευτικά πληρέστερη η θεραπεία στα πλαίσια της οικογένειας;

Απάντ.: Όλες σχεδόν οι κύριες προσπάθειες (σχολές) θεραπείας οικογένειας έχουν καταλήξει την τελευταία δεκαετία στο ότι η θεραπεία οικογένειας μπορεί να συμπεριλαμβάνει όλα τα μέλη της οικογένειας ή να προγραμματισθεί πάνω στη συμμετοχή ενός μόνο μέλους. Τότε φυσικά η θεραπεία γίνεται με πολύ ειδικούς τρόπους που έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία, δηλαδή είτε σε ατομικές συνεντεύξεις είτε στα πλαίσια θεραπείας ομάδας.

Ερώτ.: Όπως έχετε δημοσιεύσει στα πρακτικά του Διεθνούς Δελφικού Συμποσίου Θεραπείας Οικογένειας (Αθήνα, Απρίλιος 1985), «η εξατομίκευση (individuation) του Ανθρώπου ολοκληρώνεται μέσα από την αλληλεξάρτηση και για την αλληλεξάρτηση». Αυτό δεν τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της διεργασίας ομάδας για προληπτικές, θεραπευτικές και κοινωνικοεκπαιδευτικές εφαρμογές;

Απάντ.: Ναι, γι' αυτό η εξοικείωση με τη διεργασία ομάδας αποτελεί μια τόσο κεντρική πλευρά των εκπαιδευτικών - προληπτικών και θεραπευτικών - προσπαθειών της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Μιλάμε για προσπάθειες που μπορούν να γίνονται στα πλαίσια Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας, σε ανοιχτά ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, σε ανοιχτά ψυχοθεραπευ-

τικά προγράμματα, για την εκπαίδευση προσωπικού ψυχιατρικών κλινικών, όπως και σ' όλες τις φάσεις κοινωνικοποίησης.

Ερώτ.: Τι ρόλο θα λέγατε ότι έχουν στην Κοινωνική Ψυχιατρική τα ψυχοφάρμακα;

Απάντ.: Η ολοκληρωμένη διάγνωση οδηγεί και στη διαμόρφωση του ενδεικνυόμενου θεραπευτικού σχήματος. Φυσικά θα χρειάζεται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και η φαρμακευτική υποβοήθηση του ατόμου που βρίσκεται σε δυσλειτουργία. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να τονισθεί αυτό που εμφαντικά υποστήριξε σε πρόσφατο άρθρο του στο *European Journal of Psychiatry* ο Dr. S. Nijdam ομότιμος καθηγητής του Πανεπιστημίου Nijmegen της Ολλανδίας. Είναι ένα άρθρο που στηρίζεται προφανώς σε δεκαετίες εμπειρίας. Παρουσιάζει πειστικά τη συμπλοκότητα που έχουν οι ψυχοφαρμακολογικές επεμβάσεις. Αν θέλει κανείς οι θεραπευτικές αυτές παρεμβάσεις να ακολουθούν το Ιπποκράτειο «ωφελείν μη βλάπτειν» πρέπει να αναπτύξει και να κατευθύνει την προσπάθειά του με πολύ λεπτούς χειρισμούς έχοντας συνέχεια υπ' όψιν του το όλο πλαίσιο του Ζειν του ατόμου σε δυσλειτουργία.

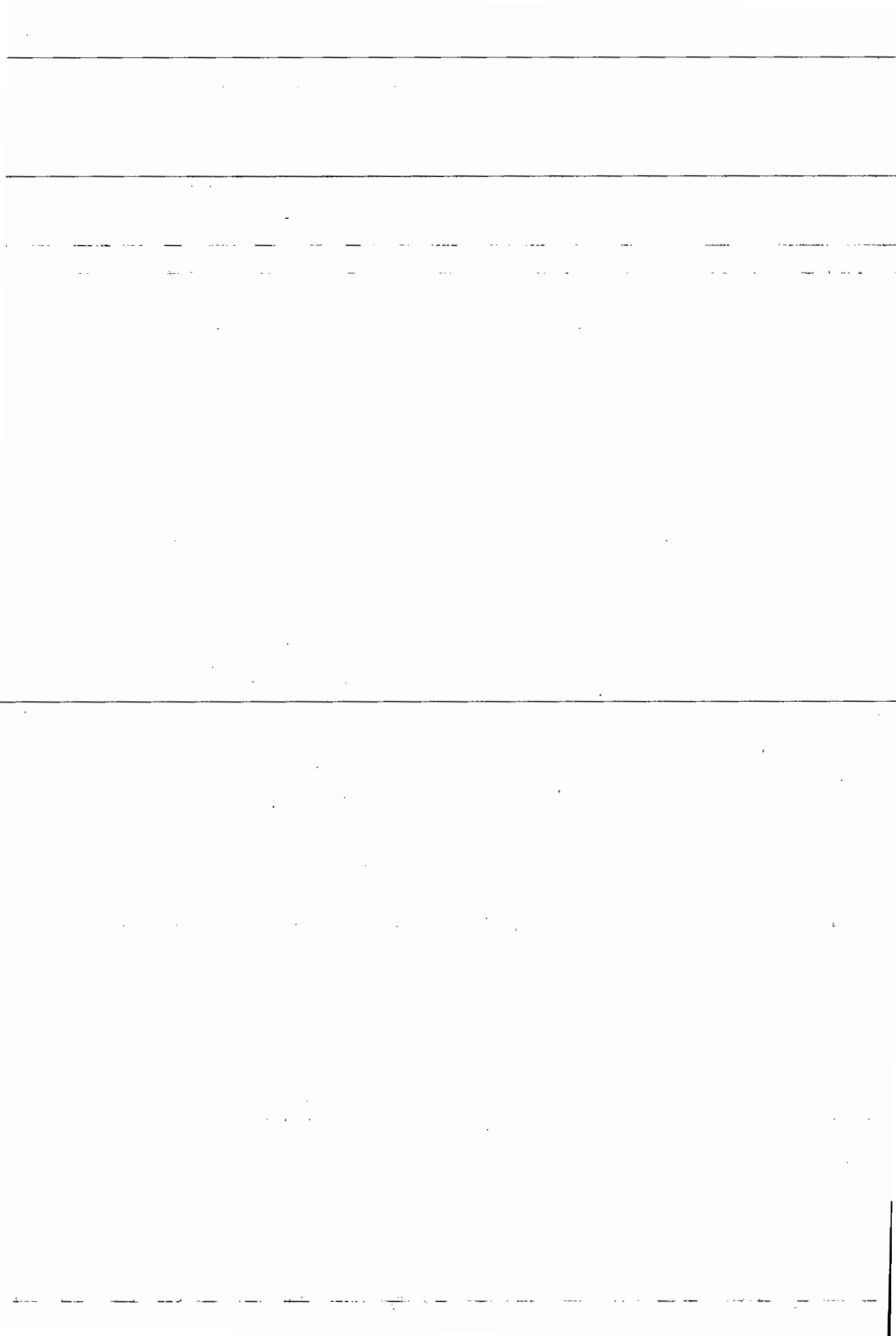
Ερώτ.: Τι θα λέγατε για τη λειτουργία των νευρομεταβιβαστών;

Απάντ.: Όταν προς το τέλος της δεκαετίας του '50 άρχισαν να πυκνώνουν τα ερευνητικά δεδομένα τα σχετικά με τους νευρομεταβιβαστές που ήταν έως τότε γνωστοί, την αδρεναλίνη - νοραδρεναλίνη, την επινεφρίνη - νορεπινεφρίνη και την σεροτονίνη, στα Thadicum Research Laboratories του Galesburg State Research Hospital που είχε ιδρύσει και διηύθυνε ο καθηγητής Harold Himwich και όπου εργαζόμουν τότε, οργανώθηκε μια εκτεταμένη συζήτηση των συνεργατών για το θέμα. Στη συζήτηση αυτή συμμετείχε μαζί με άλλους συναδέλφους και ο Ιταλός Ermínio Costa που έγινε αργότερα πολύ γνωστός στην Ψυχοφαρμακολογία. Ο Himwich εξέφρασε στο τέλος την πεποίθηση ότι πρέπει να υπάρχουν δεκάδες νευρομεταβιβαστών και δυστυχώς, όπως είπε, γνωρίζουμε μόνο, και μάλιστα ατελώς, τη δράση των πέντε που αναφέρθηκαν πιο πάνω. Στη δεκαετία μας είμαστε πια σε θέση να κατανοούμε ότι δημιουργούνται, με τη λειτουργία τους, κυκλικές αντιδράσεις μέσα στο νευρικό σύστημα. Με τις κυκλικές αυτές αντιδράσεις, συναισθηματικές καταστάσεις μεταφέρο-

νται με τη λειτουργία των νευρομεταβιβαστών στην περιφέρεια και εκδηλώνονται στη συμπεριφορά. Αυτή επιδρά με επανατροφοδοτικούς μηχανισμούς (feed-back) σε υποφλοιώδη «κέντρα» που συνδέονται και με φλοιώδεις περιοχές. Τα ερεθίσματα φυσικά επανατροφοδοτούνται στα περιφερικά νεύρα. Οι συναισθηματικές καταστάσεις που εκδηλώνονται έτσι στη συμπεριφορά του όλου Ανθρώπου, επενεργούν σαν μετααίτιο που επηρεάζει όλα τα συστήματα του οργανισμού και φυσικά, τη λειτουργία του νευρικού συστήματος καθολικά και των ενδοκρινών αδένων.

Θα ήθελα να κλείσω τη σύντομη αυτή συζήτησή μας τονίζοντας κάτι που νομίζω ότι έγινε πια φανερό: η προσέγγιση που αναφέραμε παραπάνω δεν έρχεται να υποκαταστήσει καμιά θεραπευτική προσέγγιση αλλά να συμπληρώσει τις υπάρχουσες, αξιώνοντας έτσι τον κλινικό να υπηρετήσει τον ΟΛΟ ΑΝΘΡΩΠΟ μέσα στον περίγυρό του, στον «Κόσμο του».

Ψυχίατρος Διονύσης Σακκάς
της Συντακτικής Επιτροπής



Η ανάπτυξη της οικογενειακής θεραπείας όπως την ζήσαμε

Μια συζήτηση του Διονύση Σακκά με τους Γιώργο και Βάσω Βασιλείου*

Η δυσκολία αποτύπωσης μιας συζήτησης με τους Βασιλείου είναι ότι όλες προσπάθειες και να κάνεις να καταγράψεις ή και να μαγνηφωνήσεις απαντήσεις, ακούγοντας τις ιστορίες που έζησαν και διηγούνται, και με το συναισθηματικό κλίμα που δημιουργείται, ή απορροφάσαι και δεν γράφεις, ή η κάθε απάντηση σαν συναισθηματικός χειμαρρός σε παίρνει και σε πάει μακριά. Όταν καταγράφεις τις απαντήσεις, και μάλιστα θέλοντας να συμπληκνώσεις, αντιλαμβάνεσαι ότι κάτι σημαντικό λείπει από το γραπτό λόγο από το συναισθηματικό κλίμα που δημιουργούν οι μνήμες, όπως λεκτικά και κύρια εξωλεκτικά αναδύονται μέσω από την συμπληρωματική συναλλαγή τους. Η ίδια η ιστορία της σχέσης μας (υπήρξαν και είναι για μένα δάσκαλοι τον ζειν και όχι μόνο στην πορεία μετεκπαίδευσης και την μετέπειτα επιστημονική συνεργασία μας - κάτι που γ'αυτούς είναι βέβαια ένα και το αυτό), οριοθετούσε ένα πλαίσιο που έπρεπε να ξεπεράσω. Κι' αυτό γιατί ανταποκριθή στο έργο αυτής της "συνέντευξης" και στο κάλεσμά από τους ίδιους και τα μέλη της Συντακτικής Επιτροπής κ.Κ. Μάτσιου και Κ. Χαριλαμπάκη, που ανέλυσαν αυτό το Αφιέρωμα στην Οικογενειακή Θεραπεία. Επέζη η "δημοσιογραφική" μου απειρία να μην εμπόδιζε την ανάδειξη της σημαντικότητας των μνημιμάτων και μεταμνημιμάτων που απορρέουν από την συμπύκνωση του διαλόγου και των απαντήσεων των Γιώργου και Βάσως Βασιλείου, που πριν από 30 χρόνια, εισήγαγαν στην Ελλάδα την Θεραπεία της Οικογένειας και την εκπαίδευση σ'αυτήν, έχοντας αρχίσει τη δημοσιογραφική τους συναλλαγή με τους πρωτοπόρους της Οικογενειακής Θεραπείας προσέγγισης, από τις πρώτες φάσεις γέννησης και ανάπτυξης της, προσφέροντας την Ελληνική συμβολή τους στο επίπεδο της διεθνούς διεπιστημονικής συνεργασίας.

Δ.Σ.: Ποιές σημαντικές στιγμές, σκηνές και εικόνες από τη ζωή σας σηματοδοτούν την πορεία διαμόρφωσης της προσέγγισης που αξιοποιείτε στη δουλειά με την οικογένεια; Και κατ'αρχήν πώς άρχισε η πορεία αυτή;

Γ.Β.: Όταν αποφάσισα να ειδικεύω και να ολοκληρώσω την ειδίκευσή μου στην Ψυχιατρική έκανα αίτηση στο πενταετές πρόγραμμα του Ψυχιατρικού Ινστιτούτου της Πολιτείας του Illinois στο Chicago (ISPI). Το Ινστιτούτο συγγέντωνε τις Ψυχιατρικές Κλινικές των πέντε Πανεπιστημίων του Chicago (Illinois University, Chicago University, Chicago Medical School, Loyola University & North Western University). Ακολουθού-

σα τότε, από τον καιρό που ήμουν τελειόφοιτος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (1952), μία ολιστική, ουσιαστικά Ιπποκρατική, θεώρηση του Ανθρώπου.

Β.Β.: Ερίνα η πρώτη επαφή μου με την Ψυχολογία ήταν περιπετειώδης! Όταν πήγα στην Αμερική, στη μέση της δεκαετίας του '50, να ολοκληρώσω τις σπουδές μου, είχα έρθει σ'επαφή με τη Γαλλική Ψυχολογία, είχα εξοικειωθεί με την θεωρία του Piaget και είχα συμμετάσχει στο στήσιμο ενός Ιατροπαιδαγωγικού Σταθμού στην Αθήνα, βοηθώντας την Ψυχολόγο που είχε εκπαιδευτεί με τον Piaget, στην Γενεύη. Συγχρόνως, είχα μία εσποτι-

* Γ.Α. Βασιλείου, Ψυχίατρος, Πρόεδρος του Αθηναϊκού Κέντρου Μελέτης του Ανθρώπου (ΑΚΜΑ), Πρόεδρος της Παγκόσμιας Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής (1978-83), Επίτιμος Πρόεδρος (1983-)

Β.Γ. Βασιλείου, Ph.D. Ψυχολόγος, Υπεύθυνος Εκπαίδευσης και Έρευνας του ΑΚΜΑ.

κή αντίληψη της άσκησης της Κλινικής Ψυχολογίας στην Αγγλία και μετά, στο Σικάγο, έγινε δεκτή σε ένα Πανεπιστήμιο, το Loyola University, που επειδή εκείνα τα χρόνια κέρδιζε την αναγνώρισή του από την Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία, είχε μία πολύ προοδευτική, πολύπλευρη θεώρηση της ειδικεύσεως στην Κλινική Ψυχολογία. Από την άλλη μεριά, παράλληλα με το δικό μου πρόγραμμα, παρακολουθούσα και τις πιο σημαντικές δραστηριότητες του Προγράμματος του Γιώργου. Τότε, και ίσως ακόμα και σήμερα, κάθε διαφορετική "θέση" εμφανίζονταν σαν η "μόνη αλήθεια" και η Ψυχιατρική και η Ψυχολογία ήταν δύο χώροι εχθρικοί μεταξύ τους. Και οι δύο ειδικότητες διεκδικούσαν την προεδρία της διεπιστημονικής επιτροπής! Η η μια ή η άλλη είχε δίκιο!. Οι Ψυχολόγοι έβλεπαν τους Ψυχιάτρους φυλακισμένους στην άσπρη μπλούζα τους και τους εαυτούς τους προοδευτικούς, ανοιχτούς στα νέα ρεύματα. Οι Ψυχιάτροι έβλεπαν τους εαυτούς τους σαν τους γνήσιους επιστήμονες και αυτούς που μπορούσαν να σηκώσουν την τεράστια ευθύνη της διάγνωσης και της θεραπείας, και τους Ψυχολόγους σαν ερασιτέχνες, μη επιστήμονες, λίγο φιλολογούντες. Κι'εγώ, όχι μόνο ήμουν παντρεμένη με ένα ψυχίατρο, αλλά έπρεπε να μπορέσω να φτιάσω σε μία προσωπική σύνθεση και να εντάξω ό'αυτά που ήξερα, που προέρχονταν από την "Γαλλική Σχολή", την Ελβετική παράδοση (Piaget), την "Αγγλική Σχολή" (Tavistock) και γενικά την Ευρωπαϊκή μου υποδομή, ότι μάθαινα στις Η.Π.Α. Για να το πετύχω έπρεπε ν'ακολουθήσω μία ολιστική προσέγγιση που να επιτρέπει το "και αυτό και εκείνο" αντί του "ή αυτό ή εκείνο". Και αυτή ήταν μία πολύ περιπετειώδης διαδρομή!

Δ.Σ.: Μέσα από ποιά διαδικασία, πώς διαμορφώσατε μία ολιστική θεώρηση της λειτουργικότητας και της δυσλειτουργικότητας του Ανθρώπου; Τι εννοείτε εσείς με τον όρο "ολιστική";

Γ.Β.: Η θεώρηση αυτή είχε διαμορφωθεί από το Ηρακλείτιο σκέπτεσθαι σε διεργασίες και από τη Σωκρατική διαλεκτική. Σύμφωνα μ'αυτή τη θεώρηση ο Άνθρωπος εκλαμβάνεται σαν το εξαγόμενο της συναλλαγής διεργασιών που είναι βιολογικές, ψυχοκοινωνικές, κοινωνικοπολιτιστικές και κοινωνικοοικονομικές. Χρειάστηκε μία δεκαετία να τις ξεχωρίσω και να τις κατανοήσω βαθμιαία. Στις βιολογικές βασίζεται η διατήρηση της Ζωής

και η σωματική ανάπτυξη του Ανθρώπου. Στις ψυχοκοινωνικές, βασίζεται η ολοκλήρωση της ταυτότητάς του και η όλη ύπαρξή του στις ψυχοκοινωνικές της εκδηλώσεις. Στις κοινωνικοπολιτιστικές βασίζεται η όλη κοινωνική και πολιτιστική του συμπεριφορά και τα σχετικά του επιτεύγματα. Στις κοινωνικοοικονομικές βασίζεται η δυνατότητά του να παράγει, να δημιουργεί και να ανταλλάσσει το εξαγόμενο της παραγωγής και της δημιουργίας του με τους άλλους στον περίγυρό του (context).

Β.Β.: Μία ολιστική θεώρηση μας ήταν απαραίτητη, και αφού γυρίσαμε στην Ελλάδα, το Δεκέμβριο του 1961, για να επιβιώσουμε και να δώσουμε χρόνο στον εαυτό μας να "αντουχεδιάσει" και να δημιουργήσει το ΑΚΜΑ, ανακατεντήκαμε με Δημοσκοπική Έρευνα, με Έρευνα Αγοράς, με Διδασκαλία, με Συμβουλευτική Επιχειρήσεων και συγχρόνως με βασική Ψυχολογική Έρευνα όπως την στάθμιση Ψυχολογικών Δοκιμασιών (WAIS, Rorschach), την ανάπτυξη του Semantic Differential του Charles Osgood, ή την αντίληψη των Ρόλων, τη διερεύνηση βασικών Λεξιών, την Ψυχοδυναμική της Ελληνικής Οικογένειας και άλλες. Πολλές από αυτές ήταν διαπολιτιστικές έρευνες. Από την άλλη μεριά κάναμε Ομαδική Θεραπεία, Οικογενειακή Θεραπεία, Ατομική Θεραπεία, και, σιγά-σιγά στήναμε το ΑΚΜΑ. Μόνο με μία ολιστική προσέγγιση και μία Βοηθώσα αντίληψη της πληροφορίας (information is the news of dif ference) μπορούσε να μπει τάξη στο χάος των εμπειριών μας!

Όταν χρησιμοποιήσαμε αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμών στον Ελλαδικό χώρο, στην Έρευνα της Δυναμικής της Ελληνικής Οικογένειας, βρεθήκαμε εμπρός σε σημαντικά ευρήματα: Διαπιστώσαμε πολύ μεγαλύτερες διαφορές ανάμεσα σε υποομάδες του γενικού πληθυσμού, παρά ανάμεσα σε κλινικές ομάδες και "μύητες". Π.χ. όταν δώσαμε την Κλίμακα Εκδηλού Αγχους (Manifest Anxiety Scale) του Taylor (που στην αρχή της δεκαετίας του '60, ήταν πολύ δημοφιλής στις κλινικές έρευνες διεθνώς), διαπιστώσαμε σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε ομάδες διαφορετικής μόρφωσης, ή ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, ή ανάμεσα σε άτομα που ζούσαν στην Αθήνα, στη Θεσ/νίκη και σε χωριό. Ως τότε, όλες αυτές οι ομάδες θεωρούντο ως "φυσιολογικά άτομα"

(normal) και είχαν χρησιμοποιηθεί αδιακρίτως ως "μάρτυρες", στη διεθνή βιβλιογραφία του MAS. Δηλαδή η "φυσιολογικότητα" ήταν ένα σημείο πέρα απ' το οποίο εκτεινόταν σαν διάσταση ή παθολογία. Ενώ ήταν φανερό με τα αποτελέσματα του αντιπροσωπευτικού δείγματος ότι είχαμε μια διάσταση που εκτεινόταν από αυξημένη δυσλειτουργικότητα σε αυξημένη λειτουργικότητα.

Ακόμη, από τις πρώτες έρευνες χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουμε την έννοια της "αλληλεξάρτησης" ενώ στα διεθνή Συνέδρια όλοι μιλούσαν για ανεξαρτησία - εξάρτηση. Όταν παρουσιάζαμε τα ευρήματά μας έπρεπε να δείχνουμε ότι η αλληλεξάρτηση είναι μία μορφή "λειτουργικής εξάρτησης", ή και κατ'εξοχήν ΑΞΙΑ στον Ελλαδικό χώρο για 3.000 χρόνια! Γενικά η ιδέα της παθολογίας χρειαζόταν μία γενναία αναπλαισίωση για να εξηγήσουμε τα Ελληνικά ευρήματα συγκριτικά με τις άλλες κουλτούρες.

Δ.Σ.: *Η σχέση σας ως σύζυγοι, επιστήμονες, και συνεργάτες τι όνειρα έχτιζε όσον αφορά τη διαλεκτική σύνθεση της ζωής, της θεωρίας και των εφαρμογών;*

Γ.Β.: Αυτή τη θεώρηση του Ανθρώπου την αποδεχόταν και η Βάσω. Εκείνη είχε επιτύχει να γίνει δεκτή στο ψυχολογικό τμήμα του Loyola University του Chicago για την απόκτηση του Masters και του Ph.D. στην Κλινική Ψυχολογία. Ακολουθήσαμε ένα Πρόγραμμα συνδυσασμένης προετοιμασίας (ψυχιατρική-κλινική ψυχολογία) που μετά την ολοκλήρωσή του θα μας αξίωνε να ιδρύσουμε, με την επιστροφή μας στην Αθήνα, ένα ανεξάρτητο Κέντρο, αυτό που τελικά ονομάσαμε Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου (The Athenian Institute of Anthropos).

Β.Β.: Παντρευτήκαμε με τη συνειδητή δέσμευση να συνεργαστούμε. Πήρε όμως πολλά χρόνια να μάθουμε "πώς". Μέσα από αυτόν τον αγώνα για επικοινωνία, διαπραγμάτευση, διάλογο, οριοθέτηση, μέσα από "δάκρυα και ιδρώτα", φτάσαμε σε στιγμές αληθινής μοιρασιάς που γέννησαν όχι μόνο παιδιά, αλλά και εσωτερική διαφοροποίηση για τον καθένα μας, το "εμείς" σαν τρίτη ενότητα κατά τη διάρκεια της συναλλαγής μας, όλη μας την προσέγγιση για εκπαίδευση του νέου ζευγαριού και τη θεραπεία της δυσλειτουργίας και σιγά-σιγά την μορφοποίηση του θεωρητικού υπόβαθρου της δουλειάς μας με την οικογένεια. Είχαμε την καλή "συντυχία" να

είμαστε πολύ διαφορετικοί άνθρωποι σε κάθε καθημερινή έκφραση του τρόπου αντίληψης, και του τρόπου προσέγγισης. Καλή τύχη, γιατί έτσι είχαμε μία συνεχή πρόκληση να βρούμε τρόπους σύνθεσης, ξεπερνώντας κατηγορίες και γκρίνιες. Έτσι έγιναν όσα όνειρά μας έγιναν πραγματικότητα. Ευτυχώς υπάρχουν ακόμη όνειρα που δεν πραγματοποιήθηκαν και που προλέγουν συνέχεια στον αγώνα...

Δ.Σ.: *Ποιά ήταν η πρώτη σημαντική σας συνάντηση με το ρεύμα που αγωνιζόταν για σύνθεση της νέας επιστημολογικής θεώρησης με τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.*

Γ.Β.: Είχαμε το μοναδικό προνόμιο να παρακολουθούμε τις εργασίες του επαναστατικού για την Αμερικανική Ψυχιατρική του 1956, σεμιναρίου της Dr. Virginia Satir για την Δυναμική της Οικογένειας (Family Dynamics). Ήταν ένα δίωρο εβδομαδιαίο σεμινάριο που διαρκούσε όλο το ακαδημαϊκό έτος (continuous seminar). Εκεί βλέπαμε στις τρέχουσες περιπτώσεις ότι το "πρόβλημα" δεν ήταν το α ή το β μέλος της οικογένειας που ερχόταν στο νοσοκομείο γιατί δυσλειτουργούσε, αλλά οι δυσλειτουργικές σχέσεις των μελών της οικογένειας. Ήταν κάτι που προδιδνε έκταση και βάθος στη διαγνωστική αλλά και στη θεραπευτική μας προσπάθεια γιατί η τελευταία περιελάμβανε πια όλη την ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ. Τα αποτελέσματα τόσο στην ελίτωση των ψυχοφαρμάκων που χρειαζόταν να χρησιμοποιηθούν όσο και στη χρονική διάρκεια της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και στον προγραμματισμό της εξωνοσοκομειακής αγωγής που θα ακολουθούσε, ήταν φανερά και στους εκπαιδευόμενους και στους επόπτες τους.

Β.Β.: Εκείνα τα χρόνια στην κλινική εκπαίδευσή μας, μάθαινα ότι κάθε επαφή με τους συγγενείς του "αρρώστου" ήταν "προδοσία" της εμπιστοσύνης του πελάτη σου που κατέστρεφε την θεραπευτική σχέση. Οι πρώτοι θεραπευτές που είδαν οικογένειες έσπαγαν ένα ισχυρό φράγμα! Η V. Satir μας περιέγραφε με ενθουσιασμό πώς, ξεκινώντας από την απελπισία που την διακατείχε, όντας Κοινωνική Λειτουργός να προσπαθεί να βοηθήσει "έναν χωρίς ελπίδα πληθυσμό σχιζοφρενών" ("a hopeless schizophrenic population"), εστίασε στην ανάγκη να γίνει πιο επαρκής, πιο υπεύθυνη θεραπεία και έτσι πήρε πολλά ρίσκα. Έτσι την πρώτη φορά, καθαρά

από διάδοθη "έτυχε" να φέρει στο γραφείο της μία "άρρωστη" μαζί με την μητέρα της. Ελεγε λοιπόν η Satir ότι αυτή την "πρώτη φορά" δούλευε με μία νεαρή κοπέλα πολύ καιρό, με καλά αποτελέσματα, όταν πήρε ένα τηλεφώνημα από την μητέρα της κοπέλας που την απειλούσε ότι θα την μηνύσει, ενώ συγχρόνως η Satir διέκρινε στον τόνο της φωνής της μία "παράκληση" να την δει κι αυτήν. Τότε, διαισθητικά διάλεξε ν' ανταποκριθεί στην "παράκληση" και όχι στην "απειλή". Ακόμη δεν ήξερε τίποτα για G. Bateson - Don Jackson και Double Bind Theory. Τις κάλεσε λοιπόν νάρθουν μαζί την επόμενη φορά, σπάζοντας έτσι όλες τις απαγορεύσεις του "ιατρικού κατεστημένου" της εποχής εκείνης. Ήταν η αρχή της δεκαετίας του 1950! Όταν ήρθαν, μάννα και κόρη, είχε την έκπληξη της ζωής της. Η "άρρωστη" της ήταν πίσω στην απελπιστική κατάσταση που την είχε πρωτοδεί!

Αργότερα, το 1958, ο Γιώργος, ειδικευόμενος τότε, έκανε μία "παρουσίαση περιπτώσεως" σ' ένα εκπαιδευτικό σεμινάριο στο Galesburg State Research Hospital. Το Νοσοκομείο αυτό, με inter-com σύστημα, ήταν συνδεδεμένο με όλα τα Νοσοκομεία του Illinois που είχαν Πρόγραμμα ειδίκευσης στην Ψυχιατρική. Η επόπτρια, μία ορθόδοξη Ψυχαναλύτρια, όταν άκουσε ότι ο Γιώργος είχε καλέσει να δει την άρρωστή του μαζί με τον άντρα της, τον "μάλωσε" δημόσια - άκουγαν όλοι οι ειδικευόμενοι του Illinois. "Νεαρό" του είπε "Αυτό ήταν ένα πολύ σοβαρό λάθος!" Τότε όμως είχαν ήδη δημοσιευθεί και άρθρα και το βιβλίο του Ackerman!

Δ.Σ.: Πώς βγήκατε εσείς έξω από τα στεγανά των ακαδημαϊκών πλαισίων και της κλασικής ψυχιατρικής αλλά και των κατεστημένων σχολών ψυχοθεραπείας εκείνης της εποχής;

Γ.Β.: Οι επόπτες ήταν όλοι μέλη των 5 Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Σχολών που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα. Άλλοι ακολουθούσαν το ψυχαναλυτικό μοντέλο παρέμβασης (Φροϋδικό, Αντλεριανό ή Γιουνγκικό). Άλλοι ήταν μαθητές του Moreno, όπως η A. Star, άλλοι Gestalt, άλλοι ήταν Υπαρξιστές. Ήταν σημαντικό όμως ότι ο Percival Bailey, ο διευθυντής του I.S.P.I. ήταν μία επιστημονική φυσιογνωμία με βαθύτατη κατανόηση της Νέας Επιστημολογίας και επομένως της Ολιστικής θεώρησης του Ανθρώπου. Σ' αυτό λοιπόν οφειλόταν το γεγονός ότι οι επόπτες του προγράμματος

ήταν ειδικοί που δεν ήταν εγκλωβισμένοι μέσα σε δογματικά κελύφη αλλά μπορούσαν να δουν τις διεργασίες του Ζειν όπως ήταν και όχι όπως τις ήθελαν οι Θεωρίες της κάθε Σχολής. Ήταν φυσικό λοιπόν να αξιοποιούνται απ' όλους, επόπτες και εκπαιδευόμενους, τα πορίσματα από το σεμινάριο της Satir.

Β.Β.: Εγώ είχα την τύχη νάχω πολύ καλούς Δασκάλους στην Κοινωνική Ψυχολογία που ενθάρρυναν την αξιοποίηση των ευρημάτων αυτής της περιοχής στην κατανόηση της διαλειτουργικότητας. Είχα και καλούς Δασκάλους στα Προβλητικά tests - τον S. Beck για το Rorschach, την M. Arnold για το T.A.T. - που ενθάρρυναν ν' αξιολογήσουν τη δυνατότητα "πρόβλεψης" της συμπεριφοράς του γενικού πληθυσμού και όχι μόνο των κλινικών ομάδων. Έτσι, συζητώντας με το Γιώργο και ονειρευόμενοι τις εφαρμογές σ' αυτό που θέλαμε να κάνουμε στην Ελλάδα "διαπερνούσαμε όρια", στην αρχή χωρίς να είμαστε ενήμεροι. Από την άλλη μεριά, επειδή ποτέ δεν σκεφτήκαμε να μείνουμε στην Αμερική, η κατανόησή μας από τα κλασικά παραδοσιακά ακαδημαϊκά πλαίσια δεν ήταν σημαντική για μας. Γιατί η αλήθεια είναι ότι, ειδικά η θεραπεία Οικογένειας ήταν στην περιοχή του "ανάπτυξου" εκείνα τα χρόνια. Όλοι οι πρώτοι θεραπευτές οικογένειας ανέπτυξαν τη δουλειά τους σε μικρά, ιδιωτικά, αυτόνομα κέντρα, έξω από τα Πανεπιστήμια.

Η Κοινωνική Ψυχολογία θα μπορούσε να έχει προσφέρει πολλά, πολύ νωρίτερα στην Ανάπτυξη της Θεραπείας Οικογένειας με την μελέτη της δυναμικής της μικρής ομάδας, της Διεργασίας της και τη Διερεύνηση των Ρόλων. Όμως οποιαδήποτε προσπάθεια να χρησιμοποιήσει κανείς μία προσέγγιση ψυχοκοινωνική στην κατανόηση της διαλειτουργίας μέσα στην οικογένεια, καταδικάζονταν σ' επιτυχία από τους κλασικούς ελιτίστικούς της εποχής εκείνης. Η παράλληλη εκπαίδευσή μας στην Ομαδική Θεραπεία επηρέασε σημαντικά την ανάπτυξή μας με την Οικογενειακή Θεραπεία. Είδαμε καθαρά τις ομοιότητες της Οικογένειας και της μικρής ομάδας, ενώ συγχρόνως γίναμε ενήμεροι της διαφοράς ότι η οικογένεια δεν είναι μία ειδική περίπτωση μικρής ομάδας. Μόνο ιστορικά μπορεί κανείς να μεταφερθεί γρήγορα από την μικρή ομάδα στην οικογένεια.

Εγώ έκανα πρακτική για δύομισή χρόνια σε Ιατρο-

παιδαγωγικό Κέντρο στο Σικάγο. Εκεί, από την αρχή ήταν πολύ παραδεκτό να βλέπουμε το παιδί σαν μέλος της Οικογένειάς του, γιατί ήταν δεδομένο ότι η οικογένεια συνέβαλε στην ανάπτυξη προβληματικής συμπεριφοράς στο παιδί. Και διδασκόμαστε "Συμβουλευτική Οικογένειας". Όμως η μητέρα ήταν ο "εχθρός". Τότε όλοι διαβάσαμε με φανατισμό την Frieda Fromm-Reichmann και την περιγραφή της σχιζοφρενιογόνου μητέρας -και εκπαιδεύσαμε πώς να γλυτώσουμε το παιδί - το "θύμα" - από την εχθρική επιρροή της μάνας - του "θύτη"! Ακόμη τότε, σε όλους τους Ι.Π.Κ. η Ψυχολόγος έβλεπε το παιδί, η Κοινωνική Λειτουργός έβλεπε την μητέρα και ο πατέρας αγνοείτο! Ενώ λοιπόν αναγνωριζόταν η σημαντικότητα της επιρροής της οικογένειας στο παιδί, η μάνα και το παιδί αντιμετώπιζονταν σαν ξεχωριστά άτομα. Δεν τους βλέπαμε ποτέ μαζί για να μην "μολύνουμε την ξεχωριστή θεραπευτική σχέση" του καθένα με τον θεραπευτή του.

Και όμως, ο Nathan Ackerman, από το 1938 είχε προτείνει την Θεραπεία Οικογένειας σαν το καλύτερο "μέσο" θεραπείας στους Ι.Π.Κ. Το 1950 πρότεινε την μελέτη της Οικογένειας σαν "μέσο" για να καταλάβουμε το παιδί. Στο επόμενο βήμα πρότεινε την Οικογενειακή Θεραπεία.

Μόλις λοιπόν απομακρύνθηκα από τον Ι.Π.Κ., η οικογενειακή προσέγγιση, που στο μεταξύ ο Γιώργος είχε υποθετήσει, μου φαινόταν σαν το φυσικό επόμενο βήμα.

Δ.Σ.: Θυμίσατε κάτι χαρακτηριστικό των πρώτων προβληματισμών που οδήγησαν στην οικογενειακή προσέγγιση;

Γ.Β.: Ένα χαρακτηριστικό εύρημα, που θυμάμαι δημιούργησε πολλές παραγωγικές συζητήσεις και οδήγησε σε δημοσιεύσεις, ήταν το γεγονός ότι την αποδρομή της ψυχωτικής αντίδρασης ενός μέλους της Οικογένειας την ακολουθούσε μια δυσλειτουργικότητα άλλου μέλους. Έτσι, στην περίπτωση εφήβου 18 ετών, μετά την αποδρομή της ψυχωτικής του αντίδρασης, ακολούθησε μια ελκώδης κολίτιδα της μητέρας του. Σε μία άλλη περίπτωση κοπέλας 25 ετών, την αποδρομή της ψυχωτικής αντίδρασής της την ακολούθησε έμφραγμα του πατέρα. Χαρακτηριστικό είναι ότι σε νέο 19 ετών που είχε εκδηλώσει σχιζοφρενική αντίδραση, παρατηρήσαμε επιδείνωση της κατάθλιψής του μετά από κάθε επίσκεψη της οικογένειάς

του. Είχε πέσει σε κατατονική κατάσταση οπότε τον ρώτησα αν ήθελε να απαγορεύσω τις επισκέψεις της οικογένειάς του. Επειδή δεν μιλούσε, παραμένοντας ακίνητος με το βλέμμα του προσηλωμένο στην οροφή, του άπλωσα το χέρι μου με τα δάχτυλά μου ανοιχτά και του εξήγησα ότι το ένα σήμαινε "ναι" και το άλλο "όχι". Του είπα ότι δεν τον ζητούσα να μιλήσει. Μπόρούσε μόνο ν'ακοιμητήσει το δάχτυλο που σήμαινε "ναι" ή το δάχτυλο που σήμαινε "όχι". Σε καταφατική του απάντηση έκανα αυτό που ζητούσε ο άρρωστος και η βελτίωσή του ήταν σημαντική. Όταν πια είχε περάσει αρκετό διάστημα και η κατατονική κατάσταση του αρρώστου αυτού ήταν σε αποδρομή, δέχτηκε να περιληφθούν στις επισκέψεις και άλλα μέλη της οικογένειάς του. Υστερα από πολλές μήνες δέχτηκε και τους γονείς που μαζί τους είχε τις πιο επώδυνες γι'αυτόν συγκρούσεις. Τότε συνεχίστηκε η ενδοοικογενειακή θεραπεία με όλη την οικογένεια και τα αποτελέσματά ήταν ικανοποιητικά.

Σ'αυτή την περίπτωση βλέπουμε ότι η προσωρινή συνέχιση της θεραπευτικής προσπάθειας με τον άρρωστο μόνο, κατόπιν με την εισαγωγή και της υποομάδας των αδελφών του, έδωσε τη δυνατότητα για βελτίωση του αρρώστου μέχρι του σημείου να δεχτεί τη γονεϊκή υποομάδα που μαζί της όπως αναφέρουμε παραπάνω, είχε και τις πιο επώδυνες γι'αυτόν συγκρούσεις.

Δ.Σ.: Πώς ζήσατε εσείς το επιστημολογικό άλμα στο χώρο της οικογενειακής προσέγγισης;

Β.Β.: Εμείς ζήσαμε το άλμα της Virginia Satir, που έφτασε στην Οικογενειακή Θεραπεία μέσα από την απογοήτευσή της με την έλλειψη αποτελεσματικότητας της τότε ατομικής Θεραπευτικής της προσέγγισης. Αλλά δεν είναι καθαρὰ ποιός άρχισε την θεραπεία οικογένειας. Γιατί συγχρόνως ο G. Bateson με τον Don Jackson διαμορφώνανε την θεωρία του "διπλού δεσμού" (double bind) στο Palo Alto. Στην Νέα Υόρκη ο N. Ackerman δημοσίευσε την εργασία του "Interlocking Pathology in Family Relationships" στο βιβλίο Changing Concepts of Psychoanalytic Medicine. Ο L. Wynne στο N.I.M.H. δούλευε την έννοια της "ψευδοαμοιβαιότητας" περιγράφοντας την άκαμπτη οικογένεια. Ο M. Bowen στη Washington μιλούσε για την "αδιαφοροποιητή μάζα του εγώ της οικογένειας", ο Litz με τον Fleck στο Yale, μελετούσαν την σχιζοφρένεια σε σχέση με την Οικογένεια

κατάλλοι... Όλα αυτά γύρω στο 1955-56 που αρχίσαμε
εμείς την εκπαίδευσή μας στο Σικάγο.

*Δ.Σ.: Εσείς πώς συνδεθήκατε με το κίνημα των θερα-
πειών οικογένειας;*

Γ.Β.: Η ευαισθητοποίησή μου από το σεμινάριο της
Virginia Satir μ'έκανε ν'απασχοληθώ συστηματικά με
τις απόψεις του Nathan Ackerman και να περιλάβω το
βιβλίο του "Η Ψυχοδυναμική της Οικογενειακής Ζωής"
στο σεμινάριο Ψυχιατρικής Βιβλιογραφίας που μου είχε
ανατεθεί να διευθύνω το 1958 και 1959 από το πρόγραμ-
μα του I.S.P.I. Εκείνη τη διετία η Virginia Satir είχε αρ-
χίσει τη συνεργασία της με τον Don Jackson και τους
συνεργάτες του (Watzlawick, Weakland, Riskin κ.α.)
στο Mental Research Institute (M.R.I.) του Palo Alto.
Αργότερα, όταν πια είχαμε ιδρύσει στην Αθήνα (1963)
το Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου (ΑΚΜΑ)
και είχαμε τελειώσει την πρώτη διερεύνησή της δυναμι-
κής της Ελληνικής Οικογένειας, το 1966 πήγα στην Αμε-
ρική με πρόσκληση Πανεπιστημίων (Berkeley Un.,
Stanford Un.) και Κέντρων όπως το Mental Research
Institute (MRI).

Στο τελευταίο είχα προσκληθεί να παρουσιάσω την
"Δυναμική της Ελληνικής Οικογένειας" το 1966. Θυμά-
μαι ότι στο διάλειμμα ο Don Jackson με κάλεσε να περ-
πατήσουμε στο ευρύχωρο και καταπράσινο πάρκο του
Palo Alto που ήταν γύρω από το MRI. Εκεί διηγήθηκε τις
πολύ ανάλογες με το θέμα εργασίες του για την Αμερικάνι-
κη Οικογένεια. Είπε ότι θα ήθελε πολύ να τον φιλοξε-
νούσαμε στο ΑΚΜΑ για να συνεχίσει τις έρευνές του
διαπολιτιστικά. Με βρήκε φυσικά ενθουσιασμένο με την
ιδέα του και κάναμε ένα σχέδιο γι' αυτό. Ο ίδιος το προ-
ανάγγειλε στο Family Process αλλά ο ξαφνικός θάνατός
του το άφησε δυστυχώς απραγματοποίητο.

Σ' ένα επόμενο ταξίδι το 1967 θυμάμαι ότι στο Ινστι-
τούτο του Ackerman είχα την ευκαιρία να με καλέσει να
καθίσω δίπλα του όταν παρέμβαινε θεραπευτικά στο σύ-
ζυγο μιας Ιταλοαμερικανικής Οικογένειας για να τον
προετοιμάσει να δεχτεί μια οικογενειακή θεραπευτική
συνάντηση. Το ίδιο απόγευμα ο Ackerman μου έκανε
ένα ιδιαίτερο δώρο. Ετοίμασε ο ίδιος στην κινηματογρα-
φική μηχανή του Κέντρου και πρόβαλε τρεις ταινίες με
θεραπείες οικογένειας που έκανε τότε ο ίδιος. Αυτές οι
ταινίες γνωρίζουμε ότι αργότερα υπήρξαν σημαντικό μέ-

σον για τη διάδοση της Οικογενειακής Θεραπείας στην
Αμερική μαζί με τις πολλαπλασιαζόμενες "ζωντανές"
επιδείξεις του Ackerman σε Κέντρα που άρχισαν βαθμι-
αία να αξιοποιούν την Οικογενειακή συνάντηση σαν
διαγνωστικό και θεραπευτικό μέσον. Μπορέσαμε να πα-
ρακολουθήσουμε πολλές από αυτές στα χρονικά διαστή-
ματα που είμαστε στις ΗΠΑ. Τέτοιες ζωντανές επιδεί-
ξεις έκανε με πολύ αποτελεσματικότητα και επιτυχία και
η Virginia Satir που γρήγορα άρχισε να αντιμετωπίζει
ένα πολλαπλασιαζόμενο αριθμό προσκλήσεων.

*Δ.Σ.: Πώς υποδέχθηκε ο κόσμος της Ψυχιατρικής τη
νέα αυτή προσέγγιση;*

Γ.Β.: Ένα σημαντικό άνοιγμα έγινε όταν ο Ackerman
προσκληθήκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εται-
ρεία (Α.Ρ.Α.) στο 23ο Συνέδριό της (1967) να προεδρευ-
σει σε μία "ζωντανή" συνέντευξη με Οικογένεια που έκα-
νε ο Salvador Minuchin. Το ψυχιατρικό κατεστημένο
της Αμερικής βρέθηκε υποχρεωμένο πια να παραδεχτεί
σαν πραγματικότητα τη μέθοδο παρέμβασης που έδινε
τόσο βάθος και ευρύτητα και στη διαγνωστική και στη θε-
ραπευτική προσπάθεια. Θυμάμαι την θύελλα των χειρο-
κροτημάτων όταν το Συμπόσιο έκλεισε, γιατί είχε παρ-
ουσιάσει τη λύση ενός Οικογενειακού δράματος που εί-
χε δημιουργήσει έντονη δυσλειτουργικότητα.

Στο ίδιο Συνέδριο, η Α.Ρ.Α. είχε οργανώσει επίσης
ένα συμπόσιο για την προσέγγιση των Ψυχιάτρων των
χρυσών της Δυτικής και της Ανατολικής Ευρώπης με
αυτούς των ΗΠΑ. Θέμα ήταν η αξιοποίηση της Οικογέ-
νειας διαγνωστικά και θεραπευτικά. Χαρακτηριστικά γίν-
ναι τα ονόματα των προσκεκλημένων ομιλητών όπως
αναφέρονται στο πρόγραμμα της ΑΡΑ: Ο Masserman
(ΗΠΑ) Πρόεδρος, Chertok (Γαλλία) Γραμματέας και
ομιλητές οι: W. Brosin (ΗΠΑ), Z. Boszormenyi
(Ουγγαρία), L.B. Kalinowsky (ΗΠΑ), F. Knoblock
(Τσεχοσλοβακία), Z.M. Lebensohn (ΗΠΑ), Jus (Πολω-
νία), J.E. Meyer (Δ.Γερμανία), Miller (Ισραήλ),
D. Muller-Hegemann (Α.Γερμανία), Ozturk (Τουρκία),
F.C. Redlich (ΗΠΑ), Howard P. Rome (ΗΠΑ),
N. Schipkowensky (Βουλγαρία), G.A. Vassiliou
(Ελλάς) και E.D. Wittkower (Καναδάς).

Στο ίδιο Συμπόσιο γνωρίσαμε τον David Mendell,
από τους πρώτους θεραπευτές Οικογένειας, καθηγητή
στο Πανεπιστήμιο του Τέξας. Από τότε, επί σειρά ετών,

ο καθηγητής Mendell μας καλούσε στο Houston να συνεργαστούμε μαζί του σαν σιψθεραπευτές στις ομάδες του και στις οικογένειές του.

Δ.Σ.: Πώς ξεκινήσατε το 1962, όταν επιστρέψατε στην Αθήνα, να υλοποιείτε το καινούργιο;

Β.Β.: Την πρώτη δεκαετία εγώ εστίασα περισσότερο στην Έρευνα γιατί γρήγορα διαπιστώσαμε ότι η προσαρμογή στην Ελληνική πραγματικότητα των μεθόδων και αρχών, που είχαμε μάθει στις ΗΠΑ, απαιτούσε γνώση του Ελλαδικού χώρου. Αρχίσαμε με τη διερεύνηση της Δυναμικής της Ελληνικής Οικογένειας και συνεχίσαμε με τη διερεύνηση Βασικών Στάσεων προς την Ψυχική Υγεία, τον Ψυχίατρο, τον Ψυχολόγο, τον Κοινωνικό Λειτουργό.

Μελετήσαμε την επίδραση της Κοινωνικής Αλλαγής στην λειτουργικότητα της Οικογένειας. Ερευνήσαμε βασικές Αξίες όπως το Φιλότητιο, Στερεότυπα, Ρόλους, Συνήθειες Θηλασμού και Τρόπους Εκπαίδευσης στην Καθαριότητα (toilet training). Αναπτύξαμε κλίμακες όπως το Semantic Differential, το Role Differential, σταθμίσαμε ψυχολογικά tests όπως το WAIS, το Rorschach, μελετήσαμε βασικές στάσεις παιδιών προς τον εαυτό τους και τη ζωή με το T.A.T. και βασικές στάσεις κλινικών ομάδων, όπως ανθρώπων που υπέφεραν από έλκος ή καρδιακές παθήσεις. Ένας μεγάλος αριθμός αυτών των ερευνών έγιναν διαπολιτιστικά και τα συγκριτικά ευρήματα έδωσαν βάθος στα συμπεράσματα. Αποτέλεσμα αυτής της ερευνητικής δουλειάς ήταν η ευαισθητοποίησή μας στον παράγοντα Υποκειμενικός Πολιτισμός (Subjective Culture), δηλαδή ο τρόπος που ο Έλληνας αντιλαμβάνεται το κοινωνικό του περιβάλλον. Με αυτή την κατανόηση, το 1970 οργανώσαμε στους Δελφούς το Πρώτο Δελφικό Συμπόσιο Θεραπείας Οικογένειας, όπου φιλοξενήσαμε 40 πρωτοπόρους της Οικογενειακής Θεραπείας, με θέμα: "Υποκειμενικός Πολιτισμός και Οικογενειακή Θεραπεία".

Δ.Σ.: Σε συνθήκες πόλωσης και ακαμψίας, η δέσμευση της προσοχής στο όλον, η ενότητα στη διαφορετικότητα, ο σεβασμός στο μοντέλο αυτονομίας στα πλαίσια της διαλεκτικής-συστημικής προσέγγισης που υπηρορετείτε, δεν είναι μόνο θεωρία. Παίρνετε πρωτοβουλίες που ξεπερνάνε τα στενά Ελληνικά όρια. Είναι μια εποχή που είσατε περισσότερο γνωστοί στο διεθνή χώρο

απ'ότι στον Ελληνικό. Θέλετε να μας αναφέρετε κάποιες σημαντικές στιγμές αυτής της πορείας;

Γ.Β.: Τον Μάιο του 1967 έγινε μία ιστορική συνάντηση για την εποχή του λεγομένου "ψυχρού πολέμου". Ήταν το Σεμινάριο Ανατολικών-Δυτικών Χωρών για Οικογενειακή και Ομαδική Θεραπεία που έγινε στο Forest Hospital στο Des Plaines του Illinois. Είναι ενδιαφέρον να δει κανείς το πρόγραμμα: Nathan Ackerman, M.D. (ΗΠΑ), Zoltan Boszormenyi, M.D. (Ουγγαρία), Mortimer Cross, M.D. (ΗΠΑ), Juan Lopez Ibor, M.D. (Ισπανία), Don D.Jackson, M.D. (ΗΠΑ), Leon Chertok, M.D. (Γαλλία), Jules Masserman, M.D. (ΗΠΑ), Louis Miller, M.D. (Ισραήλ), Rudolph G. Novick, M.D. (ΗΠΑ), J.K.W. Morrice, M.D. (Σκωτία), Orhan M. Ozturk, M.D. (Τουρκία), D.Müller-Hegemann, M.D. (Α.Γερμανία), Nikola Schipkowensky, M.D. (Βουλγαρία), George Vassiliou, M.D. (Ελλάς), Carl Whittaker, M.D. (ΗΠΑ).

Από το 1970, όπως ανέφερε και η Βάσω, είχαμε αρχίσει τη σειρά των "Διεθνών Δελφικών Συμποσίων για την Οικογενειακή Θεραπεία". Το πρώτο το οργανώσαμε στους Δελφούς, τον Αύγουστο του 1970. Συμμετείχαν σφαιρικά περίπου ειδικοί από την Ευρώπη και την Αμερική. Ομόφωνη απόφαση ήταν ότι θα ήταν πολύ αποδοτικό να οργανώνονται από το ΑΚΜΑ τα "Διεθνή Δελφικά Συμπόσια για Οικογενειακή Θεραπεία" κάθε διετία με τον ίδιο τίτλο, ανεξάρτητα από την πόλη και την χώρα που θα οργανώνονταν. Έτσι, το 1972, έγινε το 2ο στις Πλάτρες της Κύπρου, το 1974 το 3ο στην Αθήνα, το 1976 το 4ο στην Ορατίγια της Γιουγκοσλαβίας, το 1978 το 5ο στη Λισσαβόνα της Πορτογαλίας, το 1980 το 6ο στην Ορατίγια της Γιουγκοσλαβίας, το 1982 το 7ο στη Λευκωσία της Κύπρου, το 1985 το 8ο στην Αθήνα.

Δ.Σ.: Τις τελευταίες δεκαετίες σας καλούν σε πολλές χώρες για εκπαίδευση συναδέλφων στη δουλειά με την Οικογένεια και Ομάδα. Ποιά εικόνα θα ήταν χαρακτηριστική της συνάντησης νέων συναδέλφων με την οικογενειακή προσέγγιση;

Γ.Β.: Το καλοκαίρι του 1975, με τη Βάσω προσκληθήκαμε για δραστηριότητες σχετικές με την Οικογενειακή Θεραπεία στην Κοπεγχάγη, στη Βαρσοβία και στο Lublin, στη Βουδαπέστη και στη Σόφια. Το 1976 προσκληθήκαμε στην Κοπεγχάγη, πάλι στο Λονδίνο, στο

Sussex University, στην Αμερική, στο Σικάγο και στο Μόντρεαλ του Καναδά.

Εδώ αξίζει να αναφέρουμε ένα χαρακτηριστικό επεισόδιο που έγινε στο Πανεπιστήμιο της Βαρσοβίας κατά την θεραπευτική συνεδρία με μια Πολωνική οικογένεια. Με μετέφραζε μία Πολωνίδα Ψυχίατρος. Όταν άρχισα να προσπαθώ να βάλω σε συναλλαγή τους γονείς με τον 25 ετών γιό τους, που ήταν τελειόφοιτος στη Νομική Σχολή του Πανεπιστημίου (θα τον ονομάσουμε Αντρέ), παρατήρησα ότι η Πολωνίδα συνάδελφος οπισθοχωρούσε βαθμιαία μέχρι που η καρτέλα της κόλλησε στον τοίχο και σταμάτησε να μεταφράζει φανερά θορυβημένη από την προσέγγιση, και κάτωψη. Τότε διαπίστωσα κατάπληκτος ότι ο Αντρέ, που είχε μπει στη συνάντηση "αποσυρμένος", άρχισε αυθόρμητα να με μεταφράζει για τους γονείς του. Ο Αντρέ νοσηλεύταν για μια οξεία ψυχωτική συνδρομή που παρουσίασε την εποχή που βρέθηκε μπροστά στις πτυχιακές του εξετάσεις. Αυτό που είχε ξαφνιασει την Πολωνίδα συνάδελφο, το να δει δηλαδή μία συναλλαγή γονιών και γιού να αναπτύσσεται μέσα στο δωμάτιο, ο Αντρέ με την παρουσία του Θεραπευτή το έκανε άνετα και τα αποτελέσματα ήταν θεραπευτικά για μεγάλη ανακούφιση της Πολωνίδας συνάδελφου, που τελικά ευχαρίστησε τον γράφοντά πιο θερμά απ'ό,τι ο Αντρέ και οι γονείς του.

Δ.Σ.: Την τελευταία δεκαετία εντείνετε τις σχέσεις σας με τον επιστημονικό κόσμο των Βαλκανικών χωρών. Τι συμβόλιζε για σας και πώς εκφράστηκε αυτή η συνεργασία;

Γ.Β.: Από τις πρώτες φορές που πήγα στο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας του Βελιγραδίου, εδώ και τριάντα χρόνια, καλεσμένος για σεμινάρια, από τους καθηγητές Slavka, Morritz-Petrovic και Duzan Petrovic, ένα αξιόλογο επιστημονικό ζευγάρι, είχα συγκλονιστεί από το γεγονός ότι το Ινστιτούτο ήταν κοντά στον τρομερό πύργο του Βελιγραδίου όπου οι Τούρκοι είχαν κρατήσει τον Ρίγα Φεραίο και τον σκότωσαν με απάνθρωπα βασανιστήρια.

Τα βράδια, όταν τελείωνα τα σεμινάρια, έβγαινα στον εξώστη του ξενοδοχείου όπου με φιλοξενούσαν, πάνω από τον ποταμό Sava, και έβλεπα ώρα πολλή τον τρομερό πύργο που σκότωσαν τον Βελεστινλή. Μαθητής γυμνασίου, είχα διαβάσει πολλά για τον Ρίγα, με βαθύ-

τατη συγκίνηση. Το γεγονός ότι τέτοιες επιστημονικές δραστηριότητες που υπηρετούσαν τον άνθρωπο τόσο οικιαστικά, μου φαινόταν εκείνες τις στιγμές ότι ήταν μια ακόμα προσφορά της Ελλάδας στον Βαλκανικό χώρο, που ακολουθούσε το πνεύμα του Βελεστινλή.

Ένα άλλο σημαντικό άνοιγμα για την Ψυχιατρική των Ανατολικών χωρών στην Οικογενειακή Θεραπεία έγινε στη Σόφια. Η ψυχιατρική της ήταν τότε εγκριστομένη σε πολύ δύσκαμπτα πλαίσια, όπως μας έλεγαν ο καθηγητής Τωμα Τομπον, τον καθηγητή Schirkowensky και ο γάμος μου στην Αμερική, στα Σεμινάρια Ανατολικής και Δυτικής Ευρώπης (East-West Seminars) και μιας είχε καλέσει στη Σόφια. Πήγαμε πρώτη φορά το 1975 και τους μιλήσαμε για τη Συστημική - Διαλεκτική Προσέγγιση. Από τότε ανά διετία μας προσκαλούσαν στην Ιατρική Ακαδημία της Σόφιας και παρουσιάζαμε θέματα Οικογενειακής Θεραπείας, Ομαδικής Θεραπείας και Υποκειμενικού Πολιτισμού και Κοινωνικής Αλλαγής.

Β.Β.: Ενώ αρχίσαμε με διαλέξεις, σιγά-σιγά περύσαμε σε διήμερα σεμινάρια και σε επιδείξεις Οικογενειακής Θεραπείας και Ομαδικής Θεραπείας. Πολλοί νεότεροι συνάδελφοι άρχισαν να ενδιαφέρονται σοβαρά. Φέραμε ομάδες των 8 στην αρχή στην Αθήνα και άλλες χρονιές για μία εβδομάδα εκπαίδευσης στην Μυτιλήνη. Ο Τ. Τομπον ήρθε επανειλημμένα και παρακολούθησε όλες τις δραστηριότητες του ΑΚΜΑ. Αρχισαν οι εκπαιδευόμενοι Βούλγαροι συνάδελφοι να εφαρμόζουν στη Σόφια ό,τι μάθαιναν και να μας καλούν εκεί για εποπτεία. Οι δραστηριότητες τελικά είχαν γίνει τόσο εκτεταμένες που χρειάστηκε να πάμε και με άλλους συνεργάτες από το ΑΚΜΑ. Το 1990 ο καθηγητής Τ. Τομπον οργάνωσε ένα τρίμηνο μεταπτυχιακό σεμινάριο για 40 Ψυχίατρος και Ψυχολόγους. Από το ΑΚΜΑ, εκτός από τον Γιώργο, εμένα, και εμένα, πήγαμε όπως θα θυμάσαι και οι: Πέτρος και Κοίλα Πολυχρόνη, Γιώργος Γουρνάς, Μίνα Τοδούλου, Άννα Λαμπίδη, Φώφη Μουστάκα, Βέτα Γάκοι, Εφη Κοιτρομιπή και Μ. Γκολφίνοπούλου. Η συναλλαγή συνεχίζεται και τώρα τελευταία, τον Δεκέμβριο του 1993, είχαμε 2 Ψυχολόγους από την ομάδα των πρώτων που εκπαιδεύσαμε, για μία εβδομάδα στο ΑΚΜΑ, στην Αθήνα, όπου παρακολούθησαν τις καινούριες εφαρμογές που δοκιμάζουμε φέτος και προγραμματίσαμε την εποπτεία της καινούριας δουλειάς

τους στη Σόφια.

Όμως η Σόφια δεν είναι η μόνη. Στο Ζάγκρεμπ έχουμε συνεργασία με τον Dr. Vladimir Hudolin από το 1966 και στο Βελιγράδι, στα πλαίσια του Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας με το "Κέντρο για τη Θεραπεία της Αλκοολικής Οικογένειας" από την ίδρυσή του.

Με το Hacsetere Πανεπιστήμιο της Αγκυρας, τον Dr. O. Ozturk και το Πανεπιστήμιο της Σμύρνης, τον Dr. D. Karan, έχουμε συνεργασία πάνω από 25 χρόνια. Και, πέρα από τα Βαλκάνια, στη Βουδαπέστη κάναμε την πρώτη παρουσίαση Οικογενειακής Θεραπείας, καλεσμένοι από τον Dr. B. Buda και J. Furedi εδώ και 20 χρόνια. Όταν ίδρυσαν την Ουγγρική εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής, είχαν καλέσει τον Γιώργο σαν κύριο ομιλητή γιατί τον θεώρησαν τον εμπνευστή της προσπάθειας.

Δ.Σ. Σ' αυτή τη συζήτηση προσπαθήσαμε να εστιάσουμε στη δημιουργική σας συμμετοχή στην ανάπτυξη της οικογενειακής θεραπείας. Αφήσαμε έξω από το πεδίο της προσοχής μας τις πρωτοποριακές προσπάθειές σας στο χώρο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Θα παραπέμψουμε τους αναγνώστες μας σε προηγούμενο τεύχος των Τ.Ψ. (τεύχος 30, 1990), σε άρθρο με θέμα: "Το δημιουργήμα της νέας επιστημολογίας στις επιστήμες του Ανθρώπου: Η Κοινωνική Ψυχιατρική", όπου ο κ. Βασιλείου περιγράφει και την προσωπική του πορεία σ' αυτό το κίνημα, στο οποίο και διέπρεψε ως πρόεδρος και επίτιμος πρόεδρος της Παγκόσμιας Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής (W.A.S.P.) και ως πρόεδρος της Μεσογειακής Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής (MESPA). Επίσης δεν εστίασαμε στις παράλληλες και διαλεκτικά δεμένες με τις προηγούμενες δημιουργικές προσπάθειές σας ανάπτυξης της ομαδικής ψυχοθεραπείας, από την εποχή ακόμα που είσασαν μέλη του Task Group της Αμερικάνικης Εταιρείας Ομαδικής Ψυχοθεραπείας (A.G.P.A.), με στόχο την εισαγωγή των αρχών της Γενικής Θεωρίας Συστημάτων στη δουλειά με την ομάδα, ελπίζοντας σε μελλοντική συζήτησή μας.

Σ' αυτό το σημείο έχω μια τελευταία ερώτηση. Παλιόι μαθητές σας και συνεργάτες σας αναπτύσσουν αυτόνομες δημιουργικές προσπάθειες στο Εξωτερικό και στην Ελλάδα και σιγά-σιγά υφαίνεται ένα πολυπληθικό δίκτυο. Εσείς με τους συνεργάτες σας πετάτε σε πολ-

λά μέρη καταλύοντας αυτές τις διεργασίες. Μπορείτε να μας πείτε πώς ανταποκρίθηκε ο επιστημονικός κόσμος στο χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα στην ιδέα της οικογενειακής προσέγγισης;

Γ.Β.: Την τελευταία δεκαετία πολλά Κέντρα και στην Ελλάδα εκδήλωσαν ενδιαφέρον για εκπαιδευτικά σεμινάρια ευαισθητοποιώντας το προσωπικό τους στην οικογενειακή προσέγγιση. Σ' αυτά τα σεμινάρια συμμετείχουν ως εκπαιδευτές ένας αριθμός συνεργατών του ΑΚΜΑ. Θυμάμαι π.χ. ένα σεμινάριο για ομάδα ειδικών που κάναμε στο Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου Παιδών "Αγία Σοφία", δύο σεμινάρια για το προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ακόμη ένα σεμινάριο για την Ιατρική Εταιρεία Ιωαννίνων. Έχουμε επανειλημμένα κάνει σεμινάρια, και στην Θεσσαλονίκη και στην Αθήνα και στα Παράκοιλα της Μυτιλήνης σε ομάδες συνεργατών των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Συνεργασία στενή είχαμε και έχουμε με τον Ψυχιατρικό Τομέα του Πανεπιστημίου της Αλεξανδρούπολης όπου και επιδείξεις οικογενειακής Θεραπείας με πραγματική οικογένεια έχουμε κάνει, και αρκετά βιωματικά σεμινάρια για ευαισθητοποίηση στην οικογενειακή προσέγγιση. Θυμάμαι επίσης ότι, με πρόσκληση της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας το 1987, είχαμε οργανώσει μία "Επίδειξη Οικογενειακής Θεραπείας" με πραγματική οικογένεια στο 4ο Σεμινάριο για εκπαίδευση Παιδοψυχιάτρων, και ένα εφαρμοσμένο σεμινάριο για Οικογενειακή Θεραπεία στα πλαίσια ενός άλλου εκπαιδευτικού προγράμματος της Εταιρείας. Την ίδια χρονιά είχαμε οργανώσει σεμινάριο στο Τμήμα Ψυχιατρικής και στο Τμήμα Κοινωνικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

Β.Β.: Για μένα το 8ο Διεθνές Δελφικό Συμπόσιο για Οικογενειακή Θεραπεία που οργανώσαμε στην Αθήνα τον Απρίλιο του 1985 ήταν ένα κορυφαίο γεγονός για την ευαισθητοποίηση του Ελλαδικού χώρου. Και αυτό, και γιατί η συμμετοχή ξένων πολύ καταξιωμένων θεραπευτών οικογένειας ήταν σημαντική συμβολή, αλλά και γιατί οι 300 Έλληνες ειδικοί που συμμετείχαν, είχαν δείξει ένα πηγαίο ενδιαφέρον και συγχενητική συνεργατικότητα. Θυμάμαι όταν το καλοκαίρι του 1984, προ-

γραμμιάτσα να καλέσω όλους όσους θα γραφόντουσαν, να βρεθούμε στο ΑΚΜΑ, προσί'νεδριακά, σε ομάδες των 10-15 ατόμων και να προετοιμάσουμε το Συμπόσιο, μου είχαν πει όλοι όσοι το άκουσαν ότι, "αυτή ήταν μία εντελώς τρελλή ιδέα". Σ'αυτή λοιπόν την "τρελλή ιδέα" ανταποκρίθηκαν οι περισσότεροι και προετοιμάστηκαν και κατά τη διάρκεια του Συμποσίου, δούλεψαν για να συζητήσουν και ν'αφομοιώσουν τις παρουσιάσεις και τα εργαστήρια με καταπληκτικά αποτελέσματα.

Δ.Σ.: Είμαι βέβαιος ότι οι αναγνώστες θα ένοιωσαν την ευχαρίστηση που κι εγώ πήρα μέσα απ'αυτή τη συζήτηση. Υπάρχουν θέματα για τα οποία δεν συζητήσαμε, όπως π.χ. για τις αρχές στις οποίες στηρίζεται το εκπαιδευτικό πρόγραμμα του ΑΚΜΑ για την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση ειδικών στην οικογενειακή προσέγγιση και θεραπεία. Γνωρίζω τις επιφυλάξεις που έχετε ΚΑ Βασιλείου, ως υπεύθυνη εκπαίδευσης του ΑΚΜΑ προς τη λεκτική και ακόμα περισσότερο τη γραπτή παρουσίαση αρχών, μεθόδων και τεχνικών εκπαίδευσης και θεραπείας και την προνομιμακή μεταχείριση που επιφύλασσε στον βιωματικό τρόπο κατανόησης. Επιφυλάξεις που ενισχύονται και από την ρέουσα συνεξέλιξη εκπαιδευτών και εκπαιδευομένων. Γνωρίζω και την προτεραιότητα που αποδίδετε στο θεραπευτικό εργαλείο που είναι ο εαυτός του θεραπευτή, οι αξίες του και οι σχέσεις του στην εκπαιδευτική-θεραπευτική ομάδα και στο όλο εκπαιδευτικό-θεραπευτικό σύστημα που σχηματίζει, κάτι που σας έχει οδηγήσει να σέβεστε τον προσωπικό ρυθμό και δρόμο αφομοίωσης του καθενός εκπαιδευόμενου.

Υπάρχουν βέβαια και πολλά άλλα ερωτήματα για τα οποία η Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού σας ζητά να μας επιτρέψετε να ελπίζουμε σε μία μελλοντική συζήτηση μαζί σας και με τον κ. Βασιλείου, συνεχίζοντας τον κύκλο των συζητήσεων που άρχισε στα Παράκοιλα της Μυτιλήνης με τον κ. Βασιλείου και το κείμενο που προέκυψε και δημοσιεύθηκε στα Τ.Ψ. (τείχος).

Προς το παρόν θα παραπέμψουμε τους αναγνώστες μας σε δημοσιεύσεις σας που με το δικό σας τρόπο παρουσιάζετε μέρος του δημιουργικού έργου σας.

SUMMARY

George and Vasso Vassiliou in an interview by D. Saffas describe their experience in the USA with the emerging movement of Family Dynamics and Family Therapy in the Middle fifties.

They explain how a Heraclitian process-thinking, Hippocratic teachings and Socratic dialectics have prepared them to accept the New Epistemology concerning the functioning and Malfunctioning of Anthropos and his/her Family. Therefore Family Dynamics, their study and thorough understanding for diagnosis and therapy were part of their training in the USA in the fifties. They had the privilege to be among the first students of Virginia Satir in her Chicago 1956-57 Seminars. Later, through her, they came in contact with the Mental Research Institute of Palo Alto, Batesonian Thinking, Don D. Jackson and Paul Watzlavick. The work of Nathan Acreman, of Salvador Minonchin, of Murray Bowen and of David Mandell have also enriched their understanding of Family Therapy.

Naturally upon establishing the Athenian Institute of Anthropos in 1963 in Athens, from the beginning they started researching the Dynamizing of the Hellenic Family and its functioning and Malfunctioning. The post graduate Training of AIA was centered from the beginning around Family Therapy, Couple Therapy, Seminars for the development of Family Life. Given that the Institute was repeatedly invited by Universities and Research Centers all over Greece and in 16 far countries of East, West Europe and North America they have conducted, during these visits, a large number of Workshops and Seminars on Family Dynamics and Family Therapy.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βασιλείου Γ.Α., "Τριάντα πέντε χρόνια πάνω στη μελέτη-διερεύνηση της οικογενειακής και της ομαδικής διεργασίας", Ψυχιατρική 1990, 1: 283-288.

Βασιλείου Γ.Α., "Το δημιουργήμα της νέα επιστημολογίας στις επιστήμες του ανθρώπου: Η Κοινωνική Ψυχιατρική", Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 30, 1990.

Βασιλείου Γ.Α. "Ο Άνθρωπος ως Σύστημα: μία παρουσίαση για τον Παιδοψυχίατρο". Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Επ. Γ.Τσιάντης, Σ. Μανωλόπουλος, Εκδόσεις Καστανιώτης, 1987.

Vassiliou G.A. & Vassiliou V.G., "Analogic Communication in Generating and Developing Family

Therapy". From 1st European Meeting on Family and Community Therapy. In Familia (Sistemas Interrelacionais Comunidade).

Vassiliou G.A. & Vassiliou V.G., "On the Diogenes Search: Outlining a Dialectic Systemic Approach concerning the Functioning of Anthropos and his Suprasystems". In "The Evolution of Group Analysis", Edited by Malcolm Pines, Institute of Group Analysis (London) and the Tavistock Clinic.

Vassiliou G.A. & Vassiliou V.G., "Outlining a Systemic-Dialectic Approach to Family Functioning and

Malfunctioning. In "The Individual and the Group", Eds. M.Pines and L. Rafaelsen. New York: Plenum Press, 1982.

Vassiliou G.A. & Vassiliou V.G., "Outlining the Synallactic Collective Image Technique as Used within a Systemic-Dialectic Approach". In "Living Groups: Group Psychotherapy and General System Theory, Edited by J.E. Durkin. New York: Brunner/Mazel, 1981.

Vassiliou G.A. & Vassiliou V.G., "Anthropos as a System". Mediterranean Journal of Social Psychiatry, Vol. 1, 1, 1980.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΑ

Βασιλείου, Γ. “Το δημιούργημα της νέας επιστημολογίας στις επιστήμες του ανθρώπου: Η κοινωνική ψυχιατρική”, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, σελ. 69

Ζαφείρης, Α., Ζαφείρη, Ε. και Μουζακίτης, Χ., “Οικογενειακή θεραπεία – θεωρία και πρακτικές εφαρμογές”, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999

Ζαφείρης, Α. και Παπαδοπούλου, Χ. “Οι θεωρίες της Δομής και της στρατηγικής στη θεραπεία της οικογένειας: Ομοιότητες και διαφορές”, *Εκλογή*, 1989, τεύχος 82

Μαδιανός – Στεφάνης “Οδηγός υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και υποστήριξης στην Ελλάδα”, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, 1997

Μαλικιώση, Μ. “Συμβουλευτική ψυχολογία”, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999

Παπαδιώτη, Β. “Οικογένεια και Όρια”, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000

Σακκάς, Δ. “Η ανάπτυξη της οικογενειακής θεραπείας όπως την ζήσαμε”,
Τετράδια ψυχιατρικής, Νο 45, σελ. 130

Σαράντος, Ι. Καργάνος “Θέματα Σύγχρονου Προβληματισμού”, Gutenberg,
Αθήνα, 1984

Μάνος, Ν. “Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων”, University Studio Press,
Θεσσαλονίκη, 1989, Β’ Έκδοση

Χουντουμάδη, Α. – Πατεράκη, Α. “Σύντομο ερμηνευτικό λεξικό ψυχολογικών
όρων”, Δωδώνη, 1989

Πάπυρους Λαρους, Αττική, 1989, τόμος 38

ΞΕΝΑ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ

Χάιντς Ε. “Συζυγική θεραπεία”, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000

Dattilo, F.M. – Padesky, C.A. “Συμβουλευτική ζευγαριών”, μετάφραση Ντιάνα
Χαρίλα, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995

Cohen, L. – Manion, L. “Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας”, Έκφραση, Αθήνα, 1997

Minuchin, S. “Οικογένειες και οικογενειακή θεραπεία”, επιμέλεια Φώτιος Αναγνωστόπουλος, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000

Trispeiotis, J., Κουσίδου Τασούλα “Θεραπεία οικογένειας, Η κοινωνική εργασία με οικογένειες”, *Εκλογή*, 1986, τεύχος 0069

Scherz, H.F. “Theory and Practice of Family Therapy”, στο Robert W. Roberts H. Nee, Theories of Social Casework, The University of Chicago and London, 1997

ΗΜΕΡΙΑΔΕΣ

Κατάκη, Χ. “Συστημική σκέψη, θεωρητικές έννοιες και εφαρμογές”, Εργαστήρι διερεύνησης ανθρωπίνων σκέψεων

ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ

Κατσιφώλη, Φ. και Ορφανού, Β. “Κοινωνική εργασία με οικογένειες, θεωρητική προσέγγιση και περιπτωσιολογική μελέτη.”, Πάτρα, Μάρτιος, 1990

