



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΜΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΒΡΑΧΕΩΝ  
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ & Η  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ : ΑΒΡΑΑΜ ΣΤΥΛΙΑΝΗ  
ΠΙΤΣΙΚΑΛΗ ΑΛΙΚΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: Δρ. ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Πάτρα, Μάρτιος 2010



T.E.I PATRAS  
FACULTY PROFESSIONS HEALTH AND PROVIDENCE  
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

A BIBLIOGRAPHIC EXAMINATION of BRIEFS  
PSYCHOTHERAPIES MODELS and CONFROTATION  
the PSYCHOLOGICAL CRISES

AVRAAM STILIANI  
PITSIKALI ALIKI

Patras, March 2010



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

Σ. Ε. Υ. Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΜΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΒΡΑΧΕΩΝ  
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ & Η  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:  
ΑΒΡΑΑΜ ΣΤΥΛΙΑΝΗ  
ΠΙΤΣΙΚΑΛΗ ΑΛΙΚΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:  
Δρ. ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

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

Πάτρα, Μάρτιος 2010

Η διπλωματική εργασία των Αβράαμ Στυλιανή & Πιτσικάλη Αλίκη:

Υπογραφές

1. Δρίτσας Ιωάννης, (επιβλέπων καθηγητής)

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

2.....

.....

3.....

.....

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πολλοί είναι που μας βοήθησαν στην πραγματοποίηση αυτής της μελέτης και νιώθουμε την ανάγκη να τους ευχαριστήσουμε.

Πρώτα από όλους θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή και εισηγητή της μελέτης Δρ. Δρίτσας Ιωάννης, για την πολύτιμη βοήθεια του και τις σωστές κατευθύνσεις που μας προσέφερε αμέριστα, ώστε να πραγματοποιηθεί η πτυχιακή εργασία.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και τους επόπτες των υπηρεσιών στις οποίες είχε διεξαχθεί η εξαμηνιαία πρακτική άσκηση, οι οποίοι μας διευκόλυναν στο ωράριο απασχόλησης όταν απουσιάζαμε με σκοπό να πραγματοποιηθούν συναντήσεις με τον εισηγητή της πτυχιακής εργασίας.

Σε καμία περίπτωση όμως, δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς, τα αδέρφια μας και τους συμφοιτητές μας, που σε όλο αυτό το διάστημα παρέμειναν δίπλα μας για να μας ενθαρρύνουν στην πραγματοποίηση αυτής της μελέτης, δίνοντας μας θάρρος, δύναμη, κουράγιο υπομονή και υλική υποστήριξη.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία μελετά γενικά τα βραχεία μοντέλα ψυχοθεραπείας βιβλιογραφικά. Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η μελέτη των μοντέλων αυτών και των ψυχολογικών κρίσεων που αντιμετωπίζουν ορισμένα άτομα.

Πιο συγκεκριμένα, στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται αναφορά στους ορισμούς των βασικότερων εννοιών που χρησιμοποιούνται στην εργασία καθώς και στους στόχους της εργασίας αυτής.

Επίσης στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο, επιχειρείται μια εκτενής ανασκόπηση στο μοντέλο Παρέμβαση στην κρίση καθώς και στα στάδια του συγκεκριμένου μοντέλου. Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφέρεται οι βραχείες ψυχοθεραπείες και οι τεχνικές οι οποίες χρησιμοποιούνται.

Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις ψυχολογικές κρίσεις, στις αιτίες, τις συνέπειες και την τυπολογία αυτών των κρίσεων όπως επίσης και στον τρόπο αντιμετώπισής τους ενώ στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις φάσεις και την μεθοδολογία της επικεντρωμένης σε στόχους κοινωνικής εργασίας.

Στο 6<sup>ο</sup> κεφάλαιο, γίνεται λόγος για το μοντέλο γνωστικής αναλυτικής ψυχοθεραπείας και την αποτελεσματικότητα των βραχέων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων.

Τέλος, η πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα και τις προτάσεις σχετικά με την χρήση των βραχέων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών κρίσεων.

## SUMMARY

The following dissertation deals generally with the short models of Psychotherapy through the appropriate bibliography. The purpose of the dissertation is the study of these models and the psychological crisis that some people face.

More specific, Chapter 1 deals with the definitions of the basic terms of the basic meanings which are used in the dissertation as well as the objectives of this dissertation.

Also in Chapter 2, an attempt is being made for a lengthy survey on the model of Intervention on the crisis and stages of this specific model.

Chapter 3 deals with short-term psychotherapies and the techniques which are used.

Chapter 4 deals with the psychological crisis, the reasons, their consequences and their type, as well as the way in which they are dealt with. While in Chapter 5, there is reference to the different stages of the methodology which is focused on the objectives of social work.

Chapter 6 deals with the model of cognitive analytic psychotherapy and the result of short-term psychotherapy approaches.

Last but not least, the dissertation concludes with the results and suggestions about the use of short-term psychotherapy interventions and how to deal with psychological crisis.

## Πίνακας περιεχομένων

	ΣΕΛ.
Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη πτυχιακής εργασίας .....	6

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Επιλογή Βιβλιογραφικής Έρευνας.....	11
1.2 Στόχοι της Μελέτης.....	12
1.3 Ορισμοί Εννοιών .....	12

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

#### ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΝΔΕΣΗΣ ΒΡΑΧΕΙΩΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ

Εισαγωγή	
2.1. Ιστορική Αναδρομή.....	15
2.2 Η Βραχεία Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία .....	17
2.2.1 Αξιολόγηση Παρέμβαση της Βραχείας Ψυχοδυναμικής Θεραπείας.....	19
2.3. Μοντέλο Παρέμβασης στη Κρίση της Golan.....	20
2.3.1. Τα Στάδια του Μοντέλου Παρέμβασης στη Κρίση.....	23
2.3.2. Διαγνωστική Αξιολόγηση κατά τη Παρέμβαση στη Κρίση .....	25
2.3.3. Στρατηγικές του μοντέλου Παρέμβασης στη Κρίση .....	26
2.3.4. Παρέμβασης στη Κρίση από το τηλέφωνο .....	29
2.4 Εμπειρική προσέγγιση στην Οικογενειακή Θεραπεία .....	36
2.5 Σύγκριση Γνωστικής θεραπείας με Βραχεία Ψυχοδυναμική Θεραπεία & Βραχείας Ψυχοθεραπείας με το μοντέλο Παρέμβαση στη Κρίση .....	39
Ανακεφαλαίωση	

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

#### ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Εισαγωγή	
----------	--



3.1 Τύποι Βραχείας Ψυχοθεραπείας .....	43
3.2 Αριθμός συνεδρίων των Βραχύχρονων Θεραπειών .....	45
3.3 Τεχνικές Βραχείας Ψυχοθεραπείας .....	47
3.4 Η κυριότερη εστίαση προβλημάτων ή το κεντρικό θέμα .....	58
3.5 Τεχνικές εστίασης στο κεντρικό πρόβλημα .....	60
3.6 Ενεργός στάση του θεραπευτή στις Βραχείες Ψυχοθεραπείες.....	60
3.7 Ενδείξεις και αντενδείξεις των Βραχειών Ψυχοθεραπειών.....	61
3.8 Βραχεία Ψυχοθεραπεία σε οριακούς ασθενείς.....	62
3.8.1. Εφαρμογή της βραχείας ψυχοθεραπείας σε οριακούς ασθενείς.....	64
Ανακεφαλαίωση	

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ**

#### Εισαγωγή

4.1 Το αναπόφευκτο της κρίσης στην οικογένεια.....	67
4.2 Τυπολογία των Κρίσεων και τα Χαρακτηριστικά τους.....	71
4.3 Τα στάδια των ψυχολογικών κρίσεων.....	74
4.4 Αιτίες & Συνέπειες των Κρίσεων.....	75
4.5 Καρκίνος, μια περίοδος κρίσης στην οικογένεια.....	79
4.6 Απώλεια Πένθος ,μια περίοδος κρίσης στην οικογένεια.....	81
4.7 Αντιμετώπιση των ψυχολογικών κρίσεων.....	85
4.8 Υπηρεσίες Υγείας - Πρόταση για τη δημιουργία κέντρου για περιπτώσεις κρίσεων.....	89
4.9 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.).....	93
Ανακεφαλαίωση	

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΣΕ ΣΤΟΧΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

#### Εισαγωγή

5.1 Θεωρητική διαμόρφωση της Επικεντρωμένης σε στόχους Κοινωνικής Εργασίας .....	98
--	----

5.2 Γενικές αρχές και η διεργασία της Επικεντρωμένης σε στόχους Κοινωνικής Εργασίας.....	99
5.3 Οι φάσεις της Επικεντρωμένης σε στόχους Κοινωνικής Εργασίας.....	100
5.3.1. Η φάση του Σχεδιασμού κατά το μοντέλο της Επικεντρωμένης σε στόχους Κοινωνικής Εργασίας.....	101
5.3.2. Οι φάσεις Εφαρμογή του σχεδιασμού και Περάτωσης κατά το μοντέλο της Επικεντρωμένης σε στόχους Κοινωνικής Εργασίας .....	109
Ανακεφαλαίωση	

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

#### Εισαγωγή

6.1 Το μοντέλο της Γνωστικής Θεραπείας: Θεωρητικές επισημάνσεις.....	114
6.2 Μεθοδολογία του μοντέλου Γνωστικής θεραπείας.....	117
6.3. Γνωστική- Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία σε αγχώδεις καταστάσεις και κρίσεις.....	119
6.4 Η αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων με τη Γνωστική-Συναισθηματική θεωρία.....	121
6.5 Το μοντέλο της Γνωστικής Αναλυτικής Ψυχοθεραπείας.....	124
6.6 Αξιολόγηση και αποτελεσματικότητα του μοντέλου.....	128
Ανακεφαλαίωση	

Συμπεράσματα- Προτάσεις.....	130
------------------------------	-----

Βιβλιογραφία.....	133
-------------------	-----

#### Παράρτημα/τα

1. Τεχνικές Βραχείας Ψυχοθεραπείας.....	141
2. Μοντέλο Διαδικαστικής Ακολουθίας.....	143

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## 1.1 ΕΠΙΛΟΓΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Μέσα από την εμπειρία των τεσσάρων χρόνων που αποκτήσαμε με την φοίτησή μας στην σχολή κοινωνικής εργασίας, αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε στο συγκεκριμένο θέμα γιατί πολλές φορές γίνονταν αναφορές από τους καθηγητές στα συγκεκριμένα μοντέλα τα οποία θεωρούνται πολύ σημαντικά και χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο από τους επαγγελματίες. Ο βασικός λόγος επιλογής της συγκεκριμένης εργασίας ήταν η χρησιμότητά της στην επαγγελματική εξέλιξη μέσα από τις πληροφορίες που παρέχει.

Η παρούσα εργασία βασίζεται κυρίως σε βιβλιογραφική μελέτη. Οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για τη συγγραφή της είναι από βιβλία, έγκυρα επιστημονικά άρθρα και υλικό από υπηρεσίες Ψυχικής υγείας.

Για τη συλλογή του βιβλιογραφικού υλικού, οι συγγραφείς της μελέτης αυτής πραγματοποίησαν επισκέψεις: στη Δημοτική βιβλιοθήκη Ιλίου, στη βιβλιοθήκη του Παντείου Πανεπιστημίου, στη βιβλιοθήκη του τμήματος Φιλοσοφικής και Παιδαγωγικής Ψυχολογίας Αθήνας, στη βιβλιοθήκη του Α.Τ.Ε.Ι Αθήνας και του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, όπως επίσης χρησιμοποιήσαμε και βιβλία που μας πρότεινε ο εισηγητής της εργασίας, κος Δρίτσας.

Έγινε όμως και προσπάθεια για την διεξαγωγή μίας έρευνας όμως το ζήτημα της πρόσβασης στο δείγμα δεν ήταν καθόλου εύκολη υπόθεση, αντιμετωπίσαμε μεγάλη δυσκολία. Παρ' όλες τις ενέργειες που κάναμε κάποιες υπηρεσίες με τις οποίες επικοινωνήσαμε αρνήθηκαν από την αρχή την συνεργασία μαζί μας ενώ κάποιες άλλες δεν μας απάντησαν έπειτα και από την αποστολή της επιστολής που μας είχαν ζητήσει να τους στείλουμε ενημερώνοντάς τους για το θέμα και το σκοπό της εργασίας μας. Ήταν δύσκολο να πειστούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να συμμετάσχουν στην έρευνα. Έτσι, επειδή το χρονικό διάστημα που μας απέμενε ήταν μικρό αποφασίσαμε να μην προχωρήσουμε στην διεξαγωγή έρευνας αλλά να κάνουμε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση.

## 1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με κυριότερο σκοπό να τονίσει την αναγκαιότητα των βραχέων ψυχοθεραπειών και κυρίως στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών κρίσεων. Επίσης, να εδραιωθεί η πεποίθηση ότι οι ψυχολογικές κρίσεις είναι ένα μείζον πρόβλημα που δυσχεραίνει τη καθημερινότητα του ατόμου, το οποίο απαιτεί ευαισθητοποίηση και ενημέρωση όσον αφορά την αντιμετώπιση τους.

Ειδικότερα οι στόχοι της μελέτης είναι οι εξής:

- ✓ Να συμβάλλει στη μελέτη των προσεγγίσεων της κοινωνικής εργασίας για την επίλυση των καταστάσεων κρίσης, στη σύγχρονη ελληνική οικογένεια και στο πλαίσιο της ισχύουσας κοινωνικής και οικογενειακής πολιτικής,
- ✓ Να καταγράψει τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται στις βραχείες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις,
- ✓ Να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα των βραχύχρονων θεραπευτικών μοντέλων και κυρίως του Γνωστικού-Συμπεριφοριστικού μοντέλου,
- ✓ Να καταγράψει τα χαρακτηριστικά ενός καλού θεραπευτή καθώς και τις συνθήκες στις οποίες θα πρέπει να λαμβάνουν χώρα οι συνεδρίες με άτομα σε κατάσταση ψυχολογικής κρίσης,
- ✓ Να παρέχει πληροφορίες με τους παράγοντες και τις συνέπειες που συμβάλλουν σε μία κατάσταση που δυσχεραίνει την ομαλή λειτουργικότητα και ισορροπία της σύγχρονης ελληνικής οικογένειας, καθώς και να προβάλλει προτάσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχολογικών κρίσεων.

## 1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

- ✓ **Αμυντικοί μηχανισμοί:** λέγονται οι διάφοροι ψυχικοί μηχανισμοί (άμυνες) που χρησιμοποιούμε για να ανακουφισθούμε από την εσωτερική σύγκρουση, το άγχος και να προφυλαχθούμε από επώδυνες εμπειρίες (Μάνος, 1997).

- ✓ **Βραχεία ψυχοθεραπεία:** «εννοούνται μία σειρά από ψυχοθεραπευτικές τεχνικές με κύριο χαρακτηριστικό την προσπάθεια να εκμαιεύουν τα καλύτερα αποτελέσματα στον μικρότερο δυνατό χρόνο» (Κοκαντζής 1988: 404).
  
- ✓ **Κρίση:** «είναι μία μεταβατική περίοδος ή μία καμπή στη ζωή ενός ατόμου, χρονικά περιορισμένη, κατά τη διάρκεια της οποίας συμβαίνουν ορισμένες διεργασίες, με αποτέλεσμα να γίνει πιο ευάλωτο το άτομο και να οδηγηθεί σε ψυχική αποδιοργάνωση» (Τσιάντης 1990:59, Παπαδάτου 1990). Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2000), *κρίση* θεωρείται το σημείο της εξέλιξης μιας νόσου όπου η αλλαγή η οποία συντελείται είναι αποφασιστική για την ανάρρωση ή τον θάνατο. Η κρίση επίσης είναι μια περίοδος δυσαρμονίας που συνοδεύεται από ψυχολογική και σημαντική πίεση μιας σχετικά περιορισμένης διάρκειας, η οποία προσωρινά επιβαρύνει την ικανότητά του να την αντιμετωπίσει ή να επιτύχει τον έλεγχό της. Επίσης η Βεργέτη (2008:11), αναφέρει ότι «η έννοια της κρίσης εκλαμβάνεται ως απόρροια αιφνίδιων γεγονότων που οδηγούν σε απώλεια ικανότητας για προσαρμογή του ατόμου και απορύθμιση της λειτουργικότητας». Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (1988), στην ψυχιατρική και την ψυχοθεραπεία ο όρος «κρίση», χρησιμοποιείται ιδιαίτερα για να χαρακτηρίσει μια δύσκολη και επικίνδυνη για το άτομο κατάσταση, που εμφανίζεται σαν σημείο αλλαγής στην ψυχική εξέλιξη ενός ανθρώπου και ανάγκης για μια απόφαση, όπως στις «κρίσεις της αναπτύξεως», τις «κρίσεις της εφηβείας», και τις «υπαρξιακές κρίσεις». Μια άλλη σημασία για τον ορισμό της «κρίσης» είναι η ξαφνικά εμφανιζόμενη έντονη ψυχική διαταραχή, που είτε εμφανίζεται κατά την εξέλιξη μιας χρόνιας ψυχικής ασθένειας, είτε εξορμάτε από την κατάσταση της φυσιολογικής ψυχικής υγείας και έχει ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης, γιατί μπορεί να αποβεί επικίνδυνη για το άτομο που την εμφανίζει ή το περιβάλλον του.
  
- ✓ **Μεταβίβαση:** «νοείται η ασυνείδητη μετάθεση στο πρόσωπο του θεραπευτή συναισθημάτων προσκόλλησης ή αντίδρασης, που έχει το άτομο αναπτύξει, για κάποιο δικό του πρόσωπο, στο παρελθόν» (Καστορίδου, 2006:237).

- ✓ **Οικογένεια:** «είναι ο θεσμός με τη δική του κουλτούρα και τους ειδικούς τρόπους για την αντιμετώπιση της ζωής. Αποτελείται από άτομα των οποίων γνωρίζουμε ότι την συμπεριφορά και η εμπειρία επηρεάζεται από ένα σύστημα από αλληλοδιαπλεκόμενες σχέσεις, στις οποίες συμμετέχουν και αποτελούν ένα μέρος. Παράλληλα τα άτομα- μέλη της οικογένειας έχουν συγκεκριμένα και βαθιά ριζωμένα χαρακτηριστικά ή εσωτερικές σχέσεις που στην ουσία επηρεάζουν δυναμική της οικογένειας μπορεί να επηρεασθούν από εξωτερικά γεγονότα τα οποία μπορεί να προκαλέσουν μία κρίση με αποτέλεσμα τη διαταραχή της οποίας ισορροπίας έχει η οικογένεια στη δεδομένη χρονική περίοδο» (Τσιάντης, 1990: 59).
  
- ✓ **Ψυχοθεραπεία:** σημαίνει η θεραπεία ψυχής, μία θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων ενός ορισμένου ατόμου, τη θεραπεία μίας διαταραχής. Αναφέρεται σε μία θεραπευτική αγωγή που γίνεται με ψυχολογικά μέσα και αναπτύσσεται με το προφορικό λόγο – τη συνομιλία ανάμεσα στο θεραπευτή και τον εξυπηρετούμενο (Χαρτοκόλλης, 1991).
  
- ✓ **Στρες:** με τον όρο του στρες εννοείται η αντίδραση του οργανισμού σε μια πιεστική κατάσταση. Με την έννοια αυτή το στρες είναι τα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα, που προκαλούνται από τα εξωτερικά ερεθίσματα. Άλλοτε πάλι με τον όρο στρες περιγράφονται τα ίδια τα αρνητικά ερεθίσματα, τα οποία είναι δυνατό να προκαλέσουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις στον οργανισμό (Χατζηχρήστου, 2005: 7).

Η παρούσα πτυχιακή εργασία περιγράφει όλες σχεδόν τις βραχείες ψυχοθεραπείες και τους λόγους ανάπτυξης μιας ψυχολογικής κρίσης, στις οποίες ο ειδικός καλείται να αντιμετωπίσει. Περιγράφει μερικές φυσιολογικές αντιδράσεις και ψυχικές διεργασίες που βιώνει η οικογένεια σε ψυχολογική κρίση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΝΔΕΣΗΣ ΒΡΑΧΕΙΩΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ

#### Εισαγωγή

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αρχικά, αναφερόμαστε στην ιστορική αναδρομή της βραχείας ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, η οποία χρονολογείται από τον καιρό του Freud. Στην συνέχεια, γίνεται αναφορά στο μοντέλο παρέμβασης στην κρίση καθώς και στα στάδια. Επίσης αναφέρονται οι στρατηγικές παρέμβασης σε κρίση και γενικότερα ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να λειτουργούν οι κοινωνικοί λειτουργοί όταν παρεμβαίνουν σε τέτοιου είδους καταστάσεις.

Στο τέλος του κεφαλαίου γίνεται λόγος για την παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης μέσω του τηλεφώνου. Διαχωρίζουμε κάποιες γραμμές οι οποίες προσφέρουν πληροφορίες ή συμβουλές, και άλλες που προορίζονται για να προσφέρουν υποστήριξη και ακρόαση των προβλημάτων. Κλείνουμε με αναφορά της αξιολόγησης της οικογενειακής θεραπείας και τη σύγκριση Γνωστικής θεραπείας με Βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία & Βραχείας ψυχοθεραπείας με το μοντέλο Παρέμβασης στη κρίση.

#### 2.1. Ιστορική Αναδρομή

Η προσπάθεια να συντομευτεί η διάρκεια της θεραπείας, που είχε σαφώς τα οικονομικά κίνητρα, χρονολογείται από τον καιρό του Freud. Υποστηρίζοντας πως κάθε νεύρωση και κυρίως το νευρωτικό άγχος, είναι συνέπεια ενός ψυχικού τραύματος που προκαλείται στο νεογνό από την εμπειρία του τοκετού (Χαρτοκόλλης, 1991).

Συγκεκριμένα ο Freud στις αρχές του εικοστού αιώνα είχε αρχικά εφαρμόσει με ενθαρρυντικά αποτελέσματα, βραχείες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις όπου αργότερα τις εγκατέλειψε. Το 1920 ο Ferenczi παρουσίασε την ενεργητική τεχνική, αυτή περιλαμβάνει την ενεργητική στάση του θεραπευτή, ο οποίος ενθάρρυνε την επικέντρωση στο παρόν. Χρησιμοποίησε παραινήσεις και απαγορεύσεις, με σκοπό την κλιμάκωση των συναισθηματικών

διεργασιών και αντιδράσεων του ασθενή, έτσι ώστε να επισπεύσει την αναλυτική διεργασία και να συντομεύσει το χρονική διάρκεια (Κοκαντζής 1988, Ursano 2008). Αργότερα όμως και εκείνος εγκατέλειψε αυτή την τεχνική διότι συμπέρανε ότι οι απαγορεύσεις προκαλούσαν μόνο τη συναισθηματική εκφόρτιση απογοήτευσης, δυσφορίας, θυμού λόγω των συνθηκών αποστέρησης και δεν συνέβαλλαν, όπως αρχικά πίστευε, στην ανάδυση και κατανόηση των ασυνείδητων συγκρούσεων και επιθυμιών. Ο Rank επίσης έδωσε έμφαση στην ενεργητική στάση του θεραπευτή και την επικέντρωση στο παρόν. Υποστήριξε ακόμη πως η βραχεία θεραπεία πρέπει να αποσκοπεί στην ανάδυση και ανάλυση του «τραύματος» και ενδυνάμωση της προσωπικής ανάπτυξης, της προσωπικής βούλησης και εξατομίκευσης του ατόμου. Έγιναν αρκετές προσπάθειες για να αναπτυχθούν κάποιες τεχνικές που θα συντόμευαν το χρονικό διάστημα της παρέμβασης όμως δεν επέφεραν τα επιθυμητά αποτελέσματα (Τσαμασίρος, 2001).

Τη δεκαετία του 40' ο Alexander και ο συνεργάτης του French, αποφάσισαν να επεκτείνουν τις απόψεις των Rank Ferenczi, αναφέρουν ότι η θεραπεία θα πρέπει να έχει σύντομη χρονική διάρκεια ώστε να παρεμποδίζεται η εξάρτηση του ασθενούς μέσω της παλινδρόμησης.

Το πρώτο συνέδριο που αφιερώνεται στη βραχεία ψυχοθεραπεία πραγματοποιείται στο Σικάγο, το 1941. Κατά την διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, οι δημοσιεύσεις που αναφέρονται στις βραχείες ψυχοθεραπείες πολλαπλασιάζονται. Από το 1950 ως το 1960 τα άρθρα που αναφέρονται στις βραχείες ψυχοθεραπείες πληθαίνουν, και περισσότερα από τα μισά αναφέρονται σε καταστάσεις κρίσης και στις διάφορες ανάγκες του πληθυσμού. Από το 1960, οι δημοσιεύσεις πολλαπλασιάζονται με ταχύ ρυθμό στις αγγλοσαξονικές χώρες, αλλά τα 3/4 τουλάχιστον από αυτές προτάσσουν το ενδιαφέρον τους για τα κοινωνικά προβλήματα (Gillieron, 1991).

Ένα σημαντικό μοντέλο της βραχείας δυναμικής ψυχοθεραπείας αποτελεί η λεγόμενη βραχεία αγχο- εκλυτική ψυχοθεραπεία η οποία αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 50 από τον ψυχίατρο- ψυχαναλυτή Πέτρο Σιφναίο (Τσαμασίρος, 2001).

Η μακρά διάρκεια και η μεγάλη δαπάνη οδήγησε πολλούς κλινικούς στην αναζήτηση μιας βραχύχρονης θεραπείας αυτό είχε ως αποτέλεσμα στην ανάπτυξη ενός μεγάλου αριθμού βραχύχρονων ψυχοδυναμικών θεραπειών.



Φυσικά δεν έλειψαν οι προσπάθειες να συνδυαστεί με την ψυχαναλυτική και συμπεριφοριστική θεραπεία (Πίανος, 2003). Η βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία είναι μία αρκετά σημαντική θεραπευτική επιλογή, διότι μπορεί να επιφέρει σημαντική βελτίωση σε ελάχιστο χρονικό διάστημα αλλά σε συγκεκριμένους ασθενείς με ήπια νευρωτικά συμπτώματα. Τα άτομα τα οποία συχνά καταφεύγουν σε μία τέτοιου είδους συμβουλευτική ή θεραπεία συχνά και ολοένα αυξάνεται και ένας σημαντικός παράγοντας είναι οι σύντομες χρονικά παρεμβάσεις. Σύμφωνα με κάποιες έρευνες που έχουν γίνει, το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που επισκέπτεται τον θεραπευτή λαμβάνει κάποια μορφή βραχείας ψυχοθεραπείας (Τσαμασίρος 2001, Στεφανής 1991).

Οι μακρόχρονες ψυχοθεραπείες έχουν αντικατασταθεί σε βραχύχρονες και αυτό οφείλεται σε δύο λόγους: α) γιατί η κλινική ψυχολογία αυτή η ανθρωπιστική επιστήμη, έχει βελτιωθεί πολύ από άλλες επιστήμες, β) γιατί το άτομο έχει εξοικειωθεί με τα ψυχολογικά προβλήματα του τα τελευταία 10 χρόνια, δεν έχει «ταμπού», η λογοκρισία έχει μειωθεί, πράγμα που κάνει το άτομο πιο προσιτό, πιο «κοινωνικό» μπορεί πιο εύκολα να το χειριστούν, γιατί βοηθά το ίδιο το άτομο τον θεραπευτή και ο χρόνος της θεραπείας είναι λιγότερος επομένως γίνονται βραχύχρονες οι θεραπείες (Δήμου, 1994).

## 2.2. Η Βραχεία Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία

Τις τελευταίες δεκαετίες, η βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία έχει κερδίσει μεγάλη αποδοχή ως μορφή θεραπείας διάφορων ψυχιατρικών διαταραχών, από απλά ως σοβαρά. Ένας από τους βασικούς στόχους της βραχείας δυναμικής ψυχοθεραπείας, είναι συχνά περιορισμένη αλλαγή προσωπικότητας, την αλλαγή της συμπεριφοράς μέσω μιας νέας κατανόησης και την αναγνώριση των δυσπροσαρμοστικών προτύπων της συμπεριφοράς, οι οποίες δημιουργούνται κατά την παιδική ηλικία αλλά δεν παρατηρούνται προηγουμένως. Μέσω της διαδικασίας αυτής, οι αντιλήψεις, οι προσδοκίες, οι πεποιθήσεις και επομένως η συμπεριφορά και τα αισθήματα επιδέχονται αλλαγές (Hoglund 1995, Ursano 2008).

Σύμφωνα με τον Hoglund (1995), αναφέρει ότι, στη Νορβηγία, αρκετές μελέτες βραχείας δυναμικής ψυχοθεραπείας με μακροχρόνιες αναφορές,

δείχνουν αλλαγή προσωπικότητας στο ένα τρίτο των ασθενών δύο χρόνια μετά τη θεραπεία και περίπου οι μισοί ασθενείς σε τέσσερα με πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία. Ωστόσο, η μετά ανάλυση των συγκριτικών μελετών δεν έχουν δείξει ότι η βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία οδηγεί δε καλύτερη κοινωνική προσαρμογή ή σε αυξημένη δυνατότητα λύσης προβλημάτων έξι με δώδεκα μήνες μετά τη λήξη της θεραπείας σε σύγκριση με άλλα μοντέλα θεραπείας.

Τα χρονικά περιθώρια της βραχείας δυναμικής ψυχοθεραπείας της προσδίδουν ένα μοναδικό χαρακτήρα και τη διαχωρίζουν από την παρατεταμένη ψυχοθεραπεία και την ψυχανάλυση. Λόγω των περιορισμένων στόχων της, ο θεραπευτής της βραχείας δυναμικής ψυχοθεραπείας θα πρέπει να έρθει αντιμέτωπος με τις φιλοδοξίες και την τελειοθηρία του / της, όπως και με κάθε πεποίθηση που μπορεί να κατέχει σχετικά με την δομή και την λειτουργία κάποιας ιδανικής προσωπικότητας κάποιου ατόμου (Ursano ,2008).

Η θεραπεία που επικεντρώνετε στη βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι μια ψυχική διαταραχή, απροσάρμοστες προσωπικές σχέσεις ή ένα αγχωτικό γεγονός. Κάποια μοντέλα, προτείνουν ότι πρέπει να επικεντρωθούν σε πιο συγκεκριμένα γεγονότα. Η επικέντρωση από την πλευρά του θεραπευτή, είναι απαραίτητη έτσι ώστε σε μια περιοχή να μπορεί να γίνει δουλειά σε βάθος και έτσι να χρησιμοποιήσει καλύτερα τον περιορισμένο χρόνο. Οι ασθενείς με ιστορικό χαμηλής ποιότητας διαπροσωπικών σχέσεων μπορεί να τα πάνε καλύτερα με λιγότερο επικεντρωμένη θεραπεία (Hoglund,1995). Η βραχεία ατομική δυναμική ψυχοθεραπεία έχει επίσης ειδικές τεχνικές παρεμβάσεις και διαδικασίες οι οποίες δεν αναφέρονται μονάχα στους μη ειδικούς θεραπευτικούς παράγοντες ανάρρωσης. Όπως συμβαίνει και στις άλλες ιατρικές θεραπείες, υπάρχουν αντενδείξεις και κίνδυνοι κατά την χρήση της συγκεκριμένης θεραπείας (Ursano ,2008).

Σύμφωνα με τον Ursano (2008), σχετικά με τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, την υπό έλεγχο φροντίδα και τις στενά ελεγχόμενες μετρήσεις των αποτελεσμάτων, δεν αρκεί να αναφερθεί απλά ότι η ψυχοθεραπεία αποδείχθηκε επιτυχής αλλά δεν επήλθε καμιά διαφορά. Παρόλο που ο θεραπευτής των ψυχοδυναμικών ψυχοθεραπειών δεν απαιτεί συμπεριφορικές αλλαγές, ουσιαστικά, το τελικό αποτέλεσμα της τεχνικής αρτιότητας των γνώσεών του είναι να επιτύχει συμπεριφορική αλλαγή,

συμπεριλαμβανομένων και των αλλαγών οι οποίες έχουν ως σκοπό την καθημερινή καλή κατάσταση του ατόμου, τη σωματική υγεία, τις κοινωνικές μορφές υποστήριξης, την κοινωνική παραγωγικότητα όπως και την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Η συμπεριφορική αλλαγή δεν αποτελεί τον πρώτιστο στόχο της βραχείας ψυχοδυναμικής αλλά αποτελεί τον στρατηγικό σκοπό.

### 2.2.1 Αξιολόγηση & Παρέμβαση της Βραχείας Ψυχοδυναμικής Θεραπείας

Σύμφωνα με τον Ursano (2008), η αξιολόγηση είναι ιδιαίτερα σημαντική στη βραχεία ατομική ψυχοθεραπεία, λόγω της ανάγκης για άμεση και ακριβή εκτίμηση της κατάστασης του ατόμου. Σε αντίθεση με τις μακράς διάρκειας θεραπείες, η βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δεν προσφέρει την πολυτέλεια του χρόνου η οποία επιτρέπει την επαναξιολόγηση και τη διόρθωση των σφαλμάτων. Είναι πολύ σημαντικό, κυρίως στην βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, να γίνει μια διαφοροποίηση μεταξύ των διαγνωστικών συνεντεύξεων από τη θεραπεία, η οποία βρίσκεται εν εξέλιξη.

Σύμφωνα με τον Hoglend (1995), αναφέρει ότι οι τεχνικές και οι διαδικασίες της βραχείας δυναμικής ψυχοθεραπείας έχουν στόχο την κατανόηση του εαυτού και τη δυνατότητα να λύνουν τα προβλήματα. Οι παρεμβάσεις και οι τεχνικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά το στάδιο της αξιολόγησης, το οποίο μπορεί να διαρκέσει από μία έως τέσσερις συνεδρίες, είναι ουσιαστικά διαφορετικές από τις τεχνικές διαστάσεις της καθεαυτής βραχείας ατομικής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Το στάδιο της αξιολόγησης περιλαμβάνει τη διάγνωση, την εξέταση της αλληλεπίδρασης μεταξύ της δύναμης του εγώ, της σωματικής υγείας και των κριτηρίων επιλογής και διαφόρων άλλων παραγόντων, όπως και την ανίχνευση τυχόν αντενδείξεων για θεραπεία (Ursano ,2008).

Σύμφωνα με τον Ursano (2008), η βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία παρέχεται στους ασθενείς και όχι στις ασθένειες. Η ικανότητα συμμετοχής στη διαδικασία της βραχείας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας απαιτεί τον ασθενή να είναι ικανός να αξιολογήσει τη φαντασιωτική του ζωή με ένα ενεργό και

εμπειρικό τρόπο και επίσης να είναι ικανός να απομακρύνει τον εαυτό από τη διαδικασία της λήξης της κάθε συνεδρίας και να μη χάνει στις ονειροπολήσεις ή τις ανεξέλεγκτες φαντασίες ή τους φόβους. Αξίζει να σημειωθεί ότι κάτι τέτοιο δεν απαιτεί από τον ασθενή να έχει έναν υψηλό δείκτη νοημοσύνης, γιατί στην ουσία ο υψηλός δείκτης νοημοσύνης όταν συνοδεύεται από ακαμψία μπορεί να αποτελέσει αντένδειξη εφαρμογής της βραχείας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας.

Οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε κρίση και κατά συνέπεια είναι πολύ ανήσυχoi και εστιασμένοι στα πραγματικά γεγονότα της ζωής τους, δεν μπορούν να συμπεριληφθούν στη βραχεία ψυχοθεραπεία, προτού να έχουν την εμπειρία μιας περιόδου υποστηρικτικής θεραπείας. Μια πραγματική κρίση ζωής δεν παρέχει στον ασθενή την ευκαιρία εξερεύνησης των φαντασιώσεων (Ursano ,2008).

Σύμφωνα με τον Ursano (2008), η διαπραγμάτευση με τον ασθενή αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο της λήψης της θεραπευτικής απόφασης στη βραχεία ατομική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Ο ασθενής θα πρέπει να αισθάνεται άμεσα μέρος της θεραπείας και δεσμευμένος στη διαδικασία. Η πληροφόρηση για το χρονικό όριο της βραχείας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στην αρχή της θεραπείας μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό παράγοντα μείωσης της πρώιμης διακοπής της θεραπείας από τους ασθενείς, κυρίως για αυτούς που ανησυχούν σχετικά με την εξάρτηση, για αυτούς που εθίζονται στο θεραπευτή. Στους ασθενείς αυτούς και εφ' όσον έχει τεθεί το χρονικό όριο της λήξης της θεραπείας από τις πρώτες κιόλας συνεδρίες, η βραχεία ψυχοθεραπεία μπορεί να επιτρέψει να ξεκινήσουν άμεσα τη θεραπεία και να μην αποφύγουν τη βοήθεια.

### 2.3. Μοντέλο Παρέμβασης στην Κρίση

Μια θεωρία που βρίσκει σήμερα μεγάλη απήχηση είναι η παρέμβαση στην κρίση. Ο όρος «παρέμβαση σε κρίση» υποδηλώνει την ειδική βοήθεια που απαιτείται σε ορισμένες στιγμές στη ζωή του ατόμου (Herbert M., 1997). Τα άτομα που απευθύνονται στις κοινωνικές υπηρεσίες, κατά κανόνα αντιμετωπίζουν την πίεση ενός προβλήματος – δηλαδή κρίση- και αποζητούν

μία γρήγορη και αποτελεσματική επίλυση του προβλήματος. Είναι δεδομένο πως η αιχμή της κρίσης είναι αυτή που τους παρακινεί να αναζητήσουν βοήθεια. Η παρέμβαση στην κρίση οδηγεί στην δράση που έχει σκοπό να διακόψει την αλυσίδα των γεγονότων που διαταράσσουν την φυσιολογική λειτουργικότητα του ατόμου και να επαναφέρουν την ισορροπία (Καλούτση – Ταυλαρίδου, Παπαφλέσσα, 2007).

Σύμφωνα με τον Payne (2000:191,192,193), τα κύρια σημεία της θεωρίας της παρέμβασης στην κρίση της Golan είναι:

- «Κάθε άτομο, ομάδα και οργανισμός περνά κρίσεις.
- Τα επικίνδυνα γεγονότα είναι σοβαρά προβλήματα ή μια σειρά δυσκολιών οι οποίες πυροδοτούν τις κρίσεις.
- Τα επικίνδυνα γεγονότα μπορεί να είναι αναμενόμενα( π.χ εφηβεία, μετακόμιση) ή μη αναμενόμενα( π.χ θάνατος, διαζύγιο).
- Οι καταστάσεις ευαλωτότητας σχετίζονται με εκείνα τα επικίνδυνα γεγονότα που κάνουν τους ανθρώπους να χάνουν την αίσθηση ισορροπίας τους η οποία αφορά την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν αυτά που τους συμβαίνουν.
- Όταν διαταράσσεται η αίσθηση ισορροπίας μας δοκιμάζουμε τους συνηθισμένους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων μας. Αν αυτοί αποτύχουν, τότε δοκιμάζουμε νέες μεθόδους επίλυσης προβλημάτων.
- Κάθε αποτυχία συνοδεύεται από ένταση και άγχος.
- Ένας αιφνίδιος παράγοντας που προστίθεται στα ανεπίλυτα προβλήματα αυξάνει την ένταση και προκαλεί μια αποδιοργανωμένη κατάσταση ενεργού κρίσης.
- Οι αιφνίδιοι παράγοντες μπορεί να παρουσιαστούν στον κοινωνικό λειτουργό ως το βασικό πρόβλημα του πελάτη, εντούτοις δεν αποτελούν κρίση, είναι μόνο ένα κομμάτι στην αλληλουχία.
- Τα ψυχοπιεστικά γεγονότα μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες: απειλές, απώλεια, προκλήσεις.
- Όσο πιο επιτυχής ήταν η αντιμετώπιση των προβλημάτων στο παρελθόν τόσο περισσότερο θα είναι οι διαθέσιμες στρατηγικές

επίλυσης προβλημάτων στο μέλλον, και έτσι η εμφάνιση καταστάσεων ενεργού κρίσης θα είναι λιγότερο πιθανή.

- Όλες οι κρίσεις βρίσκουν μια λύση σε διάστημα 6-8 εβδομάδων.
- Τα άτομα σε κρίση είναι πιο πρόθυμα να αποδεχτούν βοήθεια από εκείνα που δεν βρίσκονται σε κρίση. Η βιοψυχοκοινωνική ισορροπία του ατόμου ανατρέπεται, το άτομο εισέρχεται στη οξεία φάση της κρίσης και συνήθως κινητοποιείται για αναζήτηση βοήθειας.
- Κατά την ανασυγκρότηση που ακολουθεί την ενεργό κρίση τα άτομα εδραιώνουν τους νεοαποκτηθέντες τρόπους επίλυσης προβλημάτων. Άρα η εκμάθηση αποτελεσματικών τρόπων επίλυσης προβλημάτων κατά την κρίση ενισχύει την ικανότητα αντιμετώπισης δυσκολιών στο μέλλον».

Ο Payne (2000), αναφέρει πως η Golan πιστεύει ότι οι στόχοι κατέχουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης, αλλά δεν χρησιμοποιεί τον όρο «στόχος» με την ίδια έννοια που χρησιμοποιείται στη θεωρία της επικεντρωμένης σε στόχους κοινωνικής εργασίας. Η Golan προτείνει μια διαδικασία παρόμοια με την επικεντρωμένη σε στόχους εργασία του Reid:

- Διερεύνηση των διάφορων επιλογών
- Παροχή βοήθειας για την επιλογή μιας λύσης
- Αίτηση για την παροχή μιας υπηρεσίας
- Δοκιμή της υπηρεσίας εξοικείωση και ανάπτυξη δεξιοτήτων ως προς την χρήση της υπηρεσίας.

Ο Payne (2000) και η Παπαδάτου (1990), αναφέρουν ότι η παρέμβαση στην κρίση αποβλέπει σε κάποιους άλλους στόχους που είναι οι εξής,:

- Την αντιμετώπιση συναισθημάτων απώλειας και απειλής ως προς την ασφάλεια και την αυτοεκτίμηση.
- Να μειωθεί το άγχος και στο στρες που βιώνει το άτομο ή όλα τα μέλη μιας οικογένειας.
- Την επιστράτευση νέων μηχανισμών διαχείρισης του άγχους
- Να κινητοποιήσει το άτομο και το οικογενειακό σύστημα ώστε να οργανώσει τις δυνάμεις και πηγές στήριξης που διαθέτει για να ανταποκριθεί στην κρίση.

- Την παροχή υποστήριξης κατά την διάρκεια της δύσκολης περιόδου της αναζήτησης νέων υπηρεσιών.
- Η οικογένεια να καταφέρει να βρει μια νέα ισορροπία που θα βοηθήσει στην αποτελεσματική λειτουργία τους.

### 2.3.1. Τα Στάδια του Μοντέλου Παρέμβασης στην Κρίση

Σύμφωνα με τον Roberts, περιγράφει επτά στάδια αντιμετώπισης μιας κρίσης. Αυτά είναι τα εξής:

- «Εκτίμηση του κινδύνου και των θεμάτων που αφορούν την ασφάλεια των πελατών και άλλων προσώπων,
- Εδραίωση συμμαχίας και σωστής επικοινωνίας με τους πελάτες,
- Προσδιορισμός των σημαντικότερων προβλημάτων,
- Διαχείριση συναισθημάτων και παροχή υποστήριξης,
- Διερεύνηση πιθανών εναλλακτικών λύσεων,
- Διατύπωση ενός σχεδίου δράσης,
- Παροχή συνεχιζόμενης υποστήριξης» (Payne, 2000:193).

Τα κυριότερα στάδια παρέμβασης στην κρίση περιλαμβάνουν κάποιες ενέργειες που περιγράφονται παρακάτω:

#### 1.Αξιολόγηση-Διάγνωση μια κατάσταση σε κρίση.

Στο παρακάτω υποκεφάλαιο αναφέρεται εκτενέστερα η «Αξιολόγηση κατά την παρέμβαση στη κρίση».

#### 2. Υποστηρικτική παρέμβαση στο παρόν.

Το συγκεκριμένο στάδιο που παρεμβαίνει στην κρίση αποβλέπει στην επικέντρωση τριών επιπέδων: α) παρέχει πληροφορίες για τα γεγονότα και τις αντιδράσεις που βιώνουν τα άτομα κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, β) παρέχει υποστήριξη ενθαρρύνοντας τα μέλη να μοιραστούν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους , τις ανησυχίες τους και τους προβληματισμούς τους και γ) προσδιορίζει άμεσους συγκεκριμένους περιορισμένους στόχους δράσης που δίνουν κατεύθυνση στις ενέργειες των μελών (Παπαδάτου, 1990).

#### 3. Προσαρμογή & Προγραμματισμός για το μέλλον.

«Το επίκεντρο της σχέσης βοηθούμενου και του κοινωνικού λειτουργού αποτελεί το συνειδητά αναγνωρισμένο πρόβλημα, το οποίο απαιτεί ρεαλιστική

αντιμετώπιση και συστηματική επίτευξη της επίλυσης του. Επιδιώκεται με βάση αυτήν τη θεωρία, η εκμάθηση από το βοηθούμενο νέων τρόπων χειρισμού κρίσεων, χρήσιμων για μελλοντικές καταστάσεις» (Καλούτση Ταυλαρίδου, Παπαφλέσσα, 2007:103).

Η οικογένεια βοηθιέται να αναγνωρίσει τις ικανότητες που διαθέτει ή που μαθαίνει να χρησιμοποιεί για να αντιμετωπίσει την δύσκολη κατάσταση. Φυσικά υπάρχουν κάποιες προϋποθέσεις που θα συμβάλλουν στην υγιή λειτουργία της οικογένειας μπρος στην αντιμετώπιση της υφιστάμενης δύσκολης κατάστασης όπως, α)τη δυνατότητα της μάθησης ανοιχτής, ειλικρινούς επικοινωνίας, β) την έκφραση των συναισθημάτων τους, γ) την ανταπόκριση στον εξωτερικό κόσμο και ενεργοποίηση του υποστηρικτικού συστήματος της οικογένειας, δ)την σαφή οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια και ε) τις δεξιότητες για επίλυσης των συγκρούσεων και προβλημάτων (Παπαδάτου, 1990).

Σύμφωνα με την Λαγωνίκα(2006), υπάρχουν διάφορες τεχνικές που μπορεί να χρησιμοποιήσει ένας κοινωνικός λειτουργός σε καταστάσεις κρίσης. Αυτές είναι:

- Οι υποστηρικτικές, η αντιπαράθεση, η συνηγορία, η ενδυνάμωση, η προσεκτική ακρόαση
- Εκτόνωση συναισθημάτων, ενσυναίσθηση, επιμερισμός
- Εστίαση στο πρόβλημα, ερωτήσεις, αναπλαισίωση, ανάδραση
- θετική ενδυνάμωση, αρνητική ενδυνάμωση ή αποφυγή, υπόδηση ρόλου

Σύμφωνα με τον Payne (2000) και την Βεργέτη (2008), τα άτομα που υφίστανται χρόνιες πιέσεις αποδυναμώνονται πιο γρήγορα από τα προβλήματα. Δυσκολεύονται περισσότερο να αντεπεξέλθουν σε αυτά από ότι άλλα άτομα που έχουν την ευκαιρία να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους σε μια σταθερή βάση. Τα στάδια της ανασυγκρότησης της Golan, είναι τα ακόλουθα:

- Διόρθωση της γνωστικής αντίληψης, καθώς οι πελάτες αποκτούν μια ακριβέστερη και πληρέστερη εικόνα των γεγονότων που τους έχουν επηρεάσει.



- Διαχείριση των συναισθημάτων, που περιλαμβάνει την απελευθέρωση έντονων συναισθημάτων από την πλευρά του πελάτη και την αποδοχή της από τον επαγγελματία.
- Ανάπτυξη νέων συμπεριφορών για την αντιμετώπιση προβλημάτων.

### 2.3.2. Διαγνωστική Αξιολόγηση κατά την Παρέμβαση στη κρίση

Κύριο μέλημα της παρέμβασης στην αρχική φάση είναι η εκτίμηση του βαθμού σοβαρότητας της δυσλειτουργίας του ατόμου σε «ζωτικά δίκτυα ρόλων», η αξιολόγηση του σημαντικότερου προβλήματος ή των προβλημάτων και η διαμόρφωση σχεδίου δράσης για την επίλυσή τους.

Στο αρχικό στάδιο της επαφής με τους πελάτες, οι κοινωνικοί λειτουργοί εξετάζουν αν αυτό που απαιτεί η κατάσταση είναι παρέμβαση στην κρίση και μέχρι ποιο σημείο έχει φτάσει η εξέλιξη της κρίσης. Το συνολικό πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται ο πελάτης και η αλληλεπίδραση του πλαισίου αυτού με ψυχολογικά θέματα στη ζωή του θα πρέπει να ληφθούν υπόψη. Επίσης διερευνάται η ερμηνεία που δίνει το άτομο ή και κάθε μέλος της οικογένειας στα γεγονότα τα οποία διαταράσσουν την ισορροπία του οικογενειακού συστήματος, ενώ παράλληλα αξιολογούνται οι ικανότητες που διαθέτουν για την επίλυση της κρίσης (Payne 2000, Παπαδάτου 1990, Βεργέτη 2006).

Σύμφωνα με την Καμπισσοπούλου (2008), προτείνει το μοντέλο των έξι βημάτων παρέμβασης στη κρίση το οποίο δίνει έμφαση στη διαρκή αξιολόγησης, ακρόασης και δράσης για να βοηθήσουμε συστηματικά το άτομο να αποκτήσει αυτονομία και την ισορροπία που είχε.

Η αξιολόγηση γίνεται καθ' όλη τη διάρκεια του μοντέλου των έξι βημάτων: α) ο ορισμός του προβλήματος, β) η εξασφάλιση της ασφάλειας, γ) η παροχή υποστήριξης, δ) η εξέταση εναλλακτικών μέτρων αντιμετώπισης, ε) ο σχεδιασμός δράσης, στ) η απόκτηση δέσμευσης. Αυτού του είδους η αξιολόγηση δεν είναι επίσημη διαδικασία όπως εκείνη που εφαρμόζεται στη μακρόχρονη κλινική δουλειά. Είναι μάλλον μια διάχυτη, σκόπιμη και αδιάκοπη δραστηριότητα του ειδικού. Η αξιολόγηση είναι κριτικής σημασίας γιατί επιτρέπεται στον ειδικό να καθορίσει τη σοβαρότητα της κρίσης, την τρέχουσα συναισθηματική κατάσταση του ατόμου σε κρίση: το επίπεδο

συναισθηματικής κινητικότητας ή ακινησίας, τις εναλλακτικές ,τους μηχανισμούς αντιμετώπισης, τα συστήματα υποστήριξης και άλλους διαθέσιμους πόρους, καθώς και το επίπεδο κινδύνου για το εαυτό του ίδιου του ατόμου και τους γύρω τους (Καμπισσοπούλου, 2008).

Είναι σημαντικό για τον ειδικό να εκτιμήσει τη σοβαρότητα της κρίσης όσο το δυνατόν πιο σύντομα από τη πρώτη επαφή με το άτομο. Συνήθως δεν υπάρχει ο χρόνος για μια πλήρη διαγνωστική εκτίμηση ή λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού του ατόμου. Για το λόγο αυτό η Καμπισσοπούλου (2008), προτείνει μια ταχεία διαδικασία αξιολόγησης το Τριαδικό Σύστημα Αξιολόγησης ως ένα σύντομο και αποτελεσματικό τρόπο απόκτησης πληροφοριών σχετικά με τη συγκεκριμένη κατάσταση της κρίσης. Το Τριαδικό Σύστημα επιτρέπει στον ειδικό να εκτιμήσει το βαθμό στον οποίο έχει επηρεαστεί η τρέχουσα λειτουργικότητα του ατόμου ως προς το συναισθηματικό, συμπεριφορικό και γνωστικό τομέα. Ο βαθμός της σοβαρότητας της κρίσης μπορεί να επηρεάζει τη κινητικότητα του ατόμου έτσι ο ειδικός θα πρέπει να κρίνει πόσο καθοδηγητικός θα είναι. Η σοβαρότητα της κρίσης αξιολογείται από το υποκειμενικό πλαίσιο αναφοράς του ατόμου και από το αντικειμενικό πλαίσιο του ειδικού. Η αντικειμενική αξιολόγηση βασίζεται σε μια εκτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου σε τρεις τομείς: συναισθηματικό (συναίσθημα ή συγκινησιακό τόνο), συμπεριφορικό (δράση ή ψυχοκοινωνική δραστηριότητα) και γνωστικό τομέα (πρότυπα σκέψης).

Συνοπτικά, ο Τσαμασίρος (2001), αναφέρει πως ο θεραπευτής στις πρώτες συνεδρίες ολοκληρώνει την αξιολόγηση των προβλημάτων και τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού και τη διαμόρφωση στην οποία θα επικεντρωθεί η θεραπεία και η διατύπωση του θεραπευτικού συμβολαίου.

### 2.3.3. Στρατηγικές του μοντέλου Παρέμβασης στη Κρίση

Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006), οι παρεμβάσεις σε κρίση διακρίνονται σε *άμεσες* και *έμμεσες*. Και οι δύο αυτοί τύποι έχουν σαν στόχο την επίλυση της κρίσης και επίσης έχουν προληπτικό χαρακτήρα.

Η άμεση αναφέρεται στο ατομικό επίπεδο ενώ η έμμεση περιλαμβάνει ποικίλους τύπους συμβουλευτικής σε επαγγελματίες οι οποίοι έρχονται συχνά σε επαφή με άτομα και οικογένειες σε κρίση.

Η Λαγωνίκα (2006), αναφέρει πως οι Jacobson και Morley διαφοροποιούν την γενικευμένη από την ατομική παρέμβαση. Η πρώτη εφαρμόζεται ως μέθοδος πρωτογενούς πρόληψης σε καταστάσεις οξείας κρίσης κατά την οποία χρησιμοποιούνται οι τεχνικές της συμβουλής της ενθάρρυνσης για προσαρμοστική συμπεριφορά, της καθοδήγησης και τροποποίησης περιβάλλοντος. Αντίθετα η ατομική χρησιμοποιεί και τεχνικές δυναμικής σύνδεσης μεταξύ της πρόσφατης κρίσης και των προηγούμενων συναισθηματικών συγκρούσεων που αναφύονται σε σχέση με το γεγονός της κρίσης.

Σύμφωνα με την Καμπισσοπούλου (2008), αναφέρει κάποιες στρατηγικές δράσης με σκοπό την παρέμβαση και αντιμετώπιση του προβλήματος που οδηγήθηκε το άτομο σε μία κατάσταση αποδιοργάνωσης και εμφάνισης της κρίσης:

### **Ενσυναίσθηση**

- *Παρακολούθηση*

Το πρώτο βήμα στην ενεργητική ακρόαση έχει λιγότερο να κάνει με λόγια και περισσότερο με το βλέμμα, την συμπεριφορά και την προσοχή. Συνήθως ο πελάτης στις πρώτες συμβουλευτικές ή θεραπευτικές συνεδρίες, εισέρχεται με κάποια αγωνία που πηγάζει από την ίδια την θεραπεία/συμβουλευτική με πρόσθετο το στρες που προκλήθηκε από την κρίση. Σε κρίσιμες καταστάσεις αυτού του είδους η αγωνία αυξάνεται κατά περίπτωση. Ντροπή, ενοχή, οργή και λύπη είναι συναισθήματα που μπορεί να εκδηλωθούν. Ο αποτελεσματικός σύμβουλος εστιάζει με όλη του την προσοχή στον πελάτη, στην έκφραση του προσώπου και την στάση του σώματος. Παρατηρώντας τις λεκτικές και μη λεκτικές αποκρίσεις του, ο σύμβουλος μπορεί γρήγορα να πει αν εγκαθιδρύει μια ενσυναισθητική σχέση ή διογκώνει τα συναισθήματα φόβου και αβεβαιότητας του πελάτη σχετικά με την διάθεσή του να εμπλακεί στην σχέση. (Καμπισσοπούλου, 2008)

- *Σιωπή*

Οι αρχάριοι σύμβουλοι συχνά αισθάνονται την ανάγκη να γεμίζουν κάθε κενό ή διακοπή στο διάλογο θεωρώντας ότι διαφορετικά δεν θα έκαναν σωστά την δουλειά τους. Η σιωπή είναι χρυσός. Παραμένοντας σιωπηλός αλλά παρακολουθώντας προσεκτικά τον πελάτη μπορεί να μεταδώσει βαθιά, ενσυναισθητική κατανόηση. Το να πάρει λίγο χρόνο για να επεξεργαστεί το περιεχόμενο και το συναίσθημα των λόγων του πελάτη τον καθιστά ικανό να διατυπώσει μια απόκριση που είναι πιο πιθανό να είναι στοχευμένη και βοηθητική

- *Επικοινωνία της αποδοχής*

Ο σύμβουλος στη κρίση θα πρέπει να είναι ικανός να νοιαστεί και να αποδεχτεί πλήρως το άτομο σε κρίση ακόμη και αν λέει ή κάνει πράγματα που είναι αντίθετα με τις προσωπικές αξίες του επαγγελματία. Ακόμη και όταν ο πελάτης επιμένει να προβάλλει στο σύμβουλο αρνητικές εκτιμήσεις, ο τελευταίος δεν χρειάζεται να μείνει σε αυτές. Εάν πραγματικά μπορεί να έχει ανεπιφύλακτη αποδοχή για τον πελάτη, δεν θα έχει την ανάγκη να αρνηθεί και να αμυνθεί από τα αληθινά του συναισθήματα (Καμπισσοπούλου, 2008).

### **Στρατηγικές Δράσης**

- *Αναγνώριση της διαφορετικότητας*

Ο σύμβουλος θα πρέπει να βλέπει και να αποκρίνεται σε κάθε άτομο και περίσταση ως μοναδική. Αυτό όμως δεν είναι εύκολο καθώς κάτω από την πίεση του χρόνου και της εξάντλησης, οι σύμβουλοι κατηγοριοποιούν πελάτες και προβλήματα και παρέχουν έτοιμες λύσεις.

- *Αυτοαξιολόγηση*

Κάθε στιγμή ο σύμβουλος θα πρέπει να έχει πλήρη και ρεαλιστική ενημερότητα των δικών του αξιών και περιορισμών. Αν για οποιοδήποτε λόγο ο σύμβουλος δεν είναι έτοιμος να αναλάβει την κρίση ή τον πελάτη θα πρέπει άμεσα να λειτουργήσει παραπαινετικά. (Καμπισσοπούλου, 2008)

- *Παροχή υποστήριξης*

Ο σύμβουλος θα πρέπει να είναι διαθέσιμος ως πρόσωπο υποστήριξης κατά την διάρκεια της κρίσιμης περιόδου. Οι πελάτες μπορεί να χρειαστούν βοήθεια για να αναπτύξουν μια λίστα πιθανών προσώπων υποστήριξης, αλλά εάν δεν βρεθεί κάποιο κατάλληλο πρόσωπο, ο σύμβουλος μπορεί να

χρησιμεύσει ως το πρωταρχικό πρόσωπο υποστήριξης μέχρι να τελειώσει η κρίση.

- *Ορισμός του προβλήματος*

Πολλοί πελάτες έχουν περίπλοκα και πολλαπλά προβλήματα. Ο σύμβουλος θα πρέπει να βεβαιωθεί ότι το κάθε πρόβλημα είναι ορισμένο με σαφήνεια και ακρίβεια από μια πρακτική σκοπιά επίλυσης προβλημάτων. Πολλοί πελάτες ορίζουν την κρίση ως το πρόβλημα κάποιου άλλου και γι αυτό ο σύμβουλος πρέπει να επισημάνει το πρόβλημα στον πελάτη και να εστιάσει στο κεντρικό ζήτημα που τον ανησυχεί (Καμπισσοπούλου, 2008).

- *Χρησιμοποίηση της δύναμης του πελάτη*

Στην παρέμβαση στην κρίση είναι σημαντικό να μην παραβλέπουμε τις δυνάμεις και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του ίδιου του πελάτη. Συχνά τα κρίσιμα γεγονότα προσωρινά παραλύουν τις συνήθεις στρατηγικές αντιμετώπισης και δυνάμεις του ατόμου. Εάν μπορούν να αναγνωριστούν, να διερευνηθούν και να επαναδιατυπωθούν μπορεί να συντελέσουν σε πολύ μεγάλο βαθμό στην αποκατάσταση της ισορροπίας και στον καθησυχασμό του πελάτη.

- *Χρησιμοποίηση Πηγών Παραπομπής*

Ένα αναπόσπαστο κομμάτι της παρέμβασης στην κρίση είναι η χρήση πηγών παραπομπής. Είναι αναγκαίο να υπάρχει διαθέσιμη μια έτοιμη λίστα με ονόματα, αριθμούς τηλεφώνου και επαφών. Ο σύμβουλος θα πρέπει να αναπτύξει τη δεξιότητα να κάνει παραπομπές καθώς και να δουλεύει με μια ευρεία ποικιλία παραπεμπτικών υπηρεσιών (Καμπισσοπούλου, 2008).

#### 2.3.4. Παρέμβαση στη Κρίση από το τηλέφωνο

Υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον σχετικά με την προσφορά υπηρεσιών μέσω του τηλεφώνου. Οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις απαιτούν κάποια προσαρμογή των γενικών προσεγγίσεων και αρχών της συνέντευξης. Για αρκετό καιρό τώρα, οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν πραγματοποιήσει αρκετές συνεδρίες μέσω του τηλεφώνου (Kadushin, 1990).

Τα κέντρα για την αντιμετώπιση των κρίσεων και τηλεφωνικών κέντρων πολλαπλασιάστηκαν κατά το 1970 αυξάνοντας τη χρήση των τηλεφωνικών

συνεντεύξεων. Από έναν οργανισμό που ξεκίνησε στο Λονδίνο το 1953 τους «Σαμαρείτες» (για την αποφυγή αυτοκτονιών) αναπτύχθηκε ένα δίκτυο με πάνω από 1000 τηλεφωνικού κέντρου στις Ηνωμένες Πολιτείες. Διαφορετικά κέντρα κρίσεων ασχολήθηκαν με διάφορα προβλήματα όπως εφηβική εγκυμοσύνη, χρήση ναρκωτικών, κακοποίηση παιδιών, αλκοολισμό, κακοποιημένες συζύγους κτλ. Στα Κέντρα Κρίσης, οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις, είναι συχνά ο πρώτος τρόπος επαφής με τους πελάτες. Επειδή το τηλέφωνο, παρέχει άμεση επικοινωνία, είναι πιθανό να χρησιμοποιηθεί σε περίπτωση κρίσης. Εξαλείφοντας το χώρο, μεγιστοποιεί τον περιορισμένο χρόνο (Kadushin, 1990).

Ο σκοπός μιας τηλεφωνικής γραμμής ψυχολογικής στήριξης διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κάποιες γραμμές προσφέρουν πληροφορίες ή συμβουλές, ενώ άλλες προορίζονται για να προσφέρουν υποστήριξη και ακρόαση των προβλημάτων (Πιπεροπούλου κ. συν. 2008, Αντωνίου 2000). Οι τηλεφωνικές επαφές δεν είναι μόνο πιο σύντομες αλλά και λιγότερο επίσημες. Ωστόσο, είναι πιο δύσκολο να λήξει μια τηλεφωνική συνέντευξη γιατί δεν υπάρχουν αυτά τα σημάδια του σώματος που να δείχνουν τη λήξη (Kadushin, 1990).

Λόγω της λήξης των τηλεφωνικών συνεντεύξεων, ιδιαίτερα σε γραμμές κρίσεων ή κέντρα, όσοι κάνουν τις συνεντεύξεις είναι επικεντρωμένοι στο πρόβλημα και όχι στο πρόσωπο, τείνουν να δίνουν βάρος στη λύση του προβλήματος και όχι στο χτίσιμο σχέσεων. Επειδή έχουν περιορισμένο χρόνο, και επειδή η βοήθεια πρέπει να δοθεί γρήγορα, οι συνεντεύξεις τείνουν να είναι επικεντρωμένες στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των παρόντων προβλημάτων. Αυτός που κάνει τη συνέντευξη πρέπει να είναι ζεστός και δεκτικός στην επικοινωνία στο τηλέφωνο όπως θα ήταν και στο γραφείο (Kadushin, 1990).

Υπάρχει η πεποίθηση ανάμεσα στους κοινωνικούς λειτουργούς ότι οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις είναι κατάλληλες κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Η χρήση του τηλεφώνου ελαττώνεται καθώς αυξάνετε η ανάγκη του πελάτη να αναμειχθεί συναισθηματικά με την υπηρεσία. Η διάγνωση του προβλήματος του πελάτη απαιτεί συνάντηση από κοντά (Kadushin, 1990).

Το τηλέφωνο ξεπερνά γρήγορα όλα τα εμπόδια, ανάμεσα στο αυτί και στο στόμα αυτού που κάνει τη συνέντευξη διατηρώντας την ανωνυμία και παράλληλα προσφέρουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες και δικαιώματα (Βάντσης κ. συν., 2007). Φυσικά υπάρχουν και κάποια μειονεκτήματα από την παρέμβαση σε κρίση από το τηλέφωνο όπως είναι οι παύσεις του ατόμου στο τηλέφωνο, φαίνονται μεγαλύτερες και πιο ανησυχητικές από ότι ίδιες παύσεις σε συνομιλίες που γίνονται από κοντά. Οι λεκτικές παύσεις σε τετ α τετ συνομιλίες, γεμίζουν από μη λεκτικές χειρονομίες όπως, εκφράσεις του προσώπου, κίνηση του σώματος οι οποίες δεν είναι διαθέσιμες μέσω του τηλεφώνου (Kadushin, 1990).

Καθώς η συνομιλία από το τηλέφωνο κάνει κάθε παύση να φαίνεται μεγαλύτερη, κάθε διακοπή απαιτεί διαβεβαίωση ότι ο κοινωνικός λειτουργός και ο πελάτης, βρίσκονται ακόμη σε επαφή. Καμιά φορά ο κοινωνικός λειτουργός, πρέπει να πάει να κοιτάξει κάποιο φάκελο ή πληροφορίες για να απαντήσει σε κάποια ερώτηση και αυτό θα του πάρει χρόνο. Τότε καλύτερο θα είναι ο λειτουργός να πει στον πελάτη ότι θα τον ξαναπάρει μετά. Αν το άτομο είναι σε «αναμονή» και χρειάζεται περισσότερο χρόνο από ότι νομίζει ο κοινωνικός λειτουργός, καλό θα ήταν να υπενθυμίζει στο άτομο ότι δεν τον έχει ξεχάσει (Kadushin, 1990).

Η άμεση βοήθεια από τη λειτουργία μιας τηλεφωνικής γραμμής βασίζεται σε συγκεκριμένες αρχές και οδηγίες προκειμένου να διασφαλιστούν τα δικαιώματα των εξυπηρετούμενων. Παρακάτω αναφέρονται οι συγκεκριμένες αρχές και οδηγίες:

- ✓ *«Η αντικειμενικότητα / αποδοχή – αποφεύγεται η κριτική στάση σε όσα εκμυστηρεύονται.*
- ✓ *Ίση μεταχείριση ανεξαρτήτως φύλου, θρησκείας ή εθνικότητας.*
- ✓ *Η τήρηση του απορρήτου.*
- ✓ *Η συνεχή ενημέρωση των υπαλλήλων της τηλεφωνικής γραμμής για νέες παροχές και υπηρεσίες» (Αντωνίου, 2000:121).*

#### **Οι μορφές των παρεχόμενων υπηρεσιών θα μπορούσε να είναι:**

**Συμβουλευτική.** Συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου μπορεί να οριστεί η υπηρεσία κατά την οποία ένας εκπαιδευμένος σύμβουλος εργάζεται με ένα εξυπηρετούμενο ή μια ομάδα ατόμων, μέσω τηλεφώνου, ώστε να μπορεί ο εξυπηρετούμενος να διερευνήσει και να επεξεργαστεί προσωπικές

καταστάσεις, προβλήματα ή κρίσεις στο πλαίσιο μιας βραχυπρόθεσμης ή και μακροπρόθεσμης θεραπευτικής σχέσης. Στις δύο τελευταίες περιπτώσεις θεσπίζεται ένα είδος συμβολαίου ανάμεσα στον εξυπηρετούμενο και το σύμβουλο και υπάρχει περίπτωση να υφίσταται και οικονομική σχέση ανάμεσα στα δύο μέρη (Πιπεροπούλου κ. συν., 2008).

**Πληροφόρηση.** Κατά την επιμέρους αυτή λειτουργία υπηρεσίας παρέχονται συγκεκριμένες πληροφορίες ως απάντηση σε συγκεκριμένα αιτήματα και παρουσιαζόμενες συνθήκες. Στο πλαίσιο αυτό μπορούν να επιλυθούν ζητήματα που αναφέρονται στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας.

**Υποστήριξη.** Η τηλεφωνική υποστήριξη προϋποθέτει ως δεξιότητα την ενσυναίσθηση από την πλευρά του συμβούλου (Πιπεροπούλου κ. συν., 2008).

Κάθε τηλεφώνημα προς την τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής στήριξης αναμένεται να έχει μια συγκεκριμένη δομή. Έχει μία αρχή, μία μέση και ένα τέλος, καθώς και τα παρακάτω **αναγνωρίσιμα στάδια**.

*Εγκαθίδρυση της σχέσης:* να υπάρχει ένα περιβάλλον απαλλαγμένο από κάθε πιθανή και περιττή απόσπαση όπως θόρυβο από το βάθος του δωματίου. Για πολλούς καλούντες ο τρόπος που θα απαντηθεί το τηλεφώνημά τους θα καθορίσει και το εάν θα το συνεχίσουν. Ο χαιρετισμός του καλούντα πρέπει να είναι σύμφωνος με την πολιτική της γραμμής.

*Διερεύνηση περιεχομένου:* αυτό το στάδιο καλύπτεται κυρίως μέρος του τηλεφωνήματος. Ο σύμβουλος χρειάζεται να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός ώστε να ακολουθεί, παρά να οδηγεί ή να κατευθύνει τον καλούντα. Ίσως χρειάζονται πιο προσεκτική ακρόαση ώστε να βοηθηθούν να διακρίνουν τι τους συμβαίνει, όπως επίσης και τι ακριβώς ζητάνε από την γραμμή. Ο σύμβουλος πρέπει να συνεχίσει να ακούει και να ανταποκρίνεται με ένα τρόπο που να βοηθά τον καλούντα να ξεκαθαρίσει την κατάσταση του και τις ανάγκες του καθώς και τα συναισθήματα του με την κατάσταση, ενώ παράλληλα των διαβεβαιώνει για την συναισθηματική υποστήριξη και ενσυναίσθηση απέναντι του, δηλαδή την προθυμία του να δει τα πράγματα από την δική του πλευρά και να σταθεί δίπλα του στη δυσκολία του αυτή. Η βασική εκπαίδευση του συμβούλου θα πρέπει να περιλαμβάνει την καλλιέργεια δεξιοτήτων ακρόασης (Ροκκα κ. συν, 2008).

*Διευκρίνιση βασικών θεμάτων:* αυτό το στάδιο μπορεί να μην είναι πάντα αναγκαίο αλλά μπορεί να αποβεί το πιο σημαντικό, αν ένα από τα πιο



σημαντικά αντικείμενα της γραμμής είναι η συναισθηματική υποστήριξη. Θα πρέπει οι σύμβουλοι να είναι αρκετά ευαίσθητοποιημένοι στις αντιδράσεις των καλούντων, ώστε να μπορούν να ακούσουν πότε χρειάζεται να κινηθούν προς την μία κατεύθυνση ή την άλλη και ταυτόχρονα να «αφουγκραστούν»τα συναισθήματα των καλούντων ώστε να μην τους πιέσουν να προχωρήσουν πέρα από το σημείο που αντέχουν στην παρούσα φάση.

**Κλείσιμο:** κάθε τηλεφώνημα θα έχει ασφαλώς και ένα τέλος και ο τρόπος που θα δοθεί το τέλος αυτό, συχνά καθορίζει το εάν ο καλών θα αισθανθεί άνετα να κάνει χρήση της υποστήριξης ή των πληροφοριών που του προσφέρθηκαν. Μπορεί να επηρεαστούν τα συναισθήματα του, έτσι ,ώστε να τηλεφωνήσει ξανά. Ένα καλό «κλείσιμο» μπορεί να περιλαμβάνει μια περίληψη ή ανακεφαλαίωση του τηλεφωνήματος από το σύμβουλο η οποία περιέχει αποδοχή και αναγνώριση των συναισθημάτων του καλούντος.

Μετά την κλήση: αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του τηλεφωνήματος, εξίσου σημαντικό με την πραγματική επαφή με τον καλούντα. Θα πρέπει να υπάρχει χρόνος για ανασκόπηση του χειρισμού του τηλεφωνήματος. Είναι καλό για τον εργαζόμενο να δώσει στον εαυτό του την ευκαιρία να εξετάσει το τελευταίο τηλεφώνημα και να συνέλθει μετά από αυτό ,πριν περάσει στο επόμενο. Σε αυτό διευκολύνει η εσωτερική εποπτεία του τηλεφωνήματος από τον ίδιο το σύμβουλο, ή ακόμα καλύτερα , η συζήτηση για το τηλεφώνημα με κάποιο συνάδελφο(Ροκκά κ.συν., 2008).

Στη συνέχεια ακολουθεί ένα σχετικό παράδειγμα που περιλαμβάνει τους χειρισμούς για την αντιμετώπιση μιας δύσκολης τηλεφωνικής κλήσης (Ροκκά κ. συν., 2008):

**Κατευνασμός των συναισθημάτων.** Ο πελάτης διακατέχεται από πολλά συναισθήματα και δε χρειάζεται να αποκαλυφθούν όλα αμέσως. Ο καλύτερος χειρισμός μπορεί να συγκεντρωθεί είναι να υπάρξει συζήτηση για διάφορα θέματα και να γίνουν ερωτήσεις με ήρεμο τρόπο, ώστε το άτομο να μπορέσει να συγκεντρωθεί σε λεπτομέρειες. Ο στόχος είναι να κατευνάζονται τα συναισθήματα. Χωρίζοντας τη συζήτηση σε μικρότερα θέματα, ο σύμβουλος διευκολύνει τον πελάτη να αποκτήσει ξανά έλεγχο.

**Καθορισμός για τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής.** Εφ' όσον είναι εφικτό ,ο ειδικός θα πρέπει να προσπαθήσει να αποσπάσει όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη χρήση οποιαδήποτε φαρμακευτικής

αγωγής και ειδικά τη διακοπή της χωρίς τη συμβολή του θεράποντα γιατρού. Η αλλαγή, η παράλειψη ή η υποτίμηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι από τους πιο συνηθισμένους λόγους για τους οποίους κάποιος γίνεται ψυχωτικός. Επίσης, η ενημέρωση αυτή θα προσφέρει στον ειδικό μια καλύτερη εικόνα για την διαταραχή του πελάτη (Ροκκά κ.συν., 2008).

**Διατήρηση ρεαλιστικών προσδοκιών.** Ο ειδικός θα πρέπει να είναι ρεαλιστής, το άτομο δεν έγινε διαταραγμένο ξαφνικά. Κανείς λειτουργός κρίσης δεν πρόκειται να αλλάξει τη χρόνια ψυχωτική συμπεριφορά σε μια μόνο κλήση. Στόχος είναι να κερδίζεται χρόνο, ώστε να αποκτήσει έλεγχο το άτομο.

**Διατήρηση της επαγγελματικής απόστασης.** Τηλεφωνήματα από σοβαρά διαταραγμένα άτομα μπορεί να προκαλέσουν όλων των ειδών τα απειλητικά συναισθήματα στους τηλεφωνικούς λειτουργούς, κάνοντας τους να νιώθουν ανεπαρκείς, συγχυσμένοι και σε κρίση οι ίδιοι. Επίσης, το να περάσει τη γραμμή σε κάποιον άλλον λειτουργό, σε καμία περίπτωση δε δείχνει ανεπάρκεια. Όσο διαταραγμένοι και αν είναι αυτοί οι άνθρωποι, πολλές φορές αντιλαμβάνονται τα προβλήματα του λειτουργό. Αν αντιδράσει έντονα, είτε θετικά είτε αρνητικά, μάλλον θα πρέπει να ζητήσει βοήθεια από κάποιον επόπτη.

**Αποφυγή του καθησυχασμού.** Το να καθησυχάζει και να δείχνει συμπόνια στον καλούντα, λίγο συνεισφέρει στην πρόοδο του.

**Εκτίμηση της επικινδυνότητας.** Πολλά άτομα των τηλεφωνικών γραμμών έχουν αυτοκτονική ή δολοφονική συμπεριφορά. Η τηλεφωνική παρέμβαση σε έντονα διαταραγμένα άτομα σαφώς δεν σκοπεύει να είναι θεραπευτική. Είναι απλώς ένας τρόπος να κερδίσει χρόνο ο ειδικός ώστε να φτάσει η πραγματική βοήθεια (Ροκκά κ. συν., 2008).

#### Δύσκολες κλήσεις

Πολλές γραμμές ψυχολογικής υποστήριξης δέχονται τηλεφωνήματα τα οποία για κάποιους λόγους χαρακτηρίζονται ως δύσκολα. Οι κλήσεις αυτές επηρεάζουν τον ειδικό που απαντά στο τηλεφώνημα ή και ολόκληρη την υπηρεσία. Στις περιπτώσεις όπου ο σύμβουλος της γραμμής ψυχολογικής υποστήριξης επηρεάζεται από τον καλούντα, πρέπει να συνειδητοποιήσει και στη συνέχεια να ζητήσει υποστήριξη, εποπτεία και ίσως επιπλέον εκπαίδευση. Δύσκολες κλήσεις θεωρούνται: κλήσεις που περιέχουν υπερβολικό θυμό, οι

κλήσεις από άτομα που απειλούν με αυτοκτονία , ανάρμοστες κλήσεις με σεξουαλικό περιεχόμενο, φάρσες, κλήσεις από μεθυσμένους- ρατσιστές- ομοφοβικούς ή απειλητικό περιεχόμενο, επανειλημμένες κλήσεις.

Πολλές γραμμές ψυχολογικής υποστήριξης θεωρούν χρήσιμο να περιλαμβάνουν ένα ξεχωριστό τομέα «αυτοκτονικών κλήσεων» στο πλαίσιο της πολιτικής τους αναφορικά με την εμπιστευτικότητα. Παρομοίως, μπορεί να σχεδιαστεί ένας συγκεκριμένος τρόπος απάντησης σε κλήσεις με περιεχόμενο υβριστικό, σεξουαλικό, ρατσιστικό η ομοφοβικό (Ροκκά κ. συν., 2008).

Οι παρακάτω στρατηγικές συχνά αποδεικνύονται ιδιαίτερα βοηθητικές για τις περιπτώσεις «δύσκολών» κλήσεων:

- Να τηρούνται γραπτά εμπιστευτικά αρχεία, όπου θα έχουν πρόσβαση και οι υπόλοιποι συνάδελφοι της γραμμής και οι επόπτες. Τα αρχεία αυτά πρέπει να ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Να συμφωνηθεί με τον καλούντα ένα σχέδιο δράσης που θα καταγραφεί στο αρχείο. Αν ο καλών δε συμφωνήσει, πρέπει η άρνηση του να καταγραφεί. Το προσωπικό που θα έρθει στη συνέχεια σε επαφή με τον καλούντα άμεσα ή έμμεσα πρέπει να γνωρίζει το σχέδιο αυτό και να το ακολουθεί.
- Να εμπλακούν και άλλοι ειδικοί στο σχέδιο δράσης. Η συμβουλευτική διαδικασία να είναι συνεχόμενη, καθώς το σχέδιο αναπτύσσεται.
- Να λαμβάνεται υπόψη η προσωπική ασφάλεια του καλούντος και των ατόμων που θα έρθουν σε επαφή, παράλληλα με την προσωπική ασφάλεια των εργαζομένων στη γραμμή. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί αν είναι αναγκαίο να εμπλακεί η αστυνομία ή άλλες υπηρεσίες.

### **Συχνές περιπτώσεις προβληματικών καλούντων**

**Συγκαλυμμένοι καλούντες.** Άτομα που τηλεφωνούν δήθεν για βοήθεια σε κάποιο άλλο, ίσως στην πραγματικότητα να τη ζητούν για τον εαυτό τους. Η σωστή αντίδραση είναι να μην προσπαθήσετε να τους πείσετε να μιλήσουν, αλλά να τους ενθαρρύνετε να το κάνουν όταν είναι έτοιμοι.

**Ενοχλητικοί.** Αν το τηλεφώνημα αντιμετωπιστεί σοβαρά, πιθανόν να κλείσουν το τηλέφωνο και να μην ξαναπάρουν. Αν τους κλείσετε το τηλέφωνο τότε σίγουρα θα συνεχίσουν να τηλεφωνούν.

**Σιωπηλοί καλούντες.** Από τις πιο εκνευριστικές περιπτώσεις είναι οι σιωπηλοί καλούντες, οι οποίοι είναι διφορούμενοι: μένουν σιωπηλοί είτε λόγω αμηχανίας, είτε λόγω προηγούμενης αρνητικής εμπειρίας φοβούνται την απόρριψη και δεν μπορούν να βρουν το θάρρος να μιλήσουν.

Χειραγωγοί. Κάποιοι από τους καλούντες προσπαθούν να εκπληρώσουν κάποιες ανάγκες τους παίζοντας παιχνίδια με τους τηλεφωνικούς λειτουργούς.

**Σεξουαλικά εκδηλωτικοί καλούντες.** Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, και αισθήματα απομόνωσης και έλλειψης εμπιστοσύνης.

**Καλούντες με μόνιμα σεξουαλικά προβλήματα.** Πολλοί άνθρωποι που αντιμετωπίζουν σοβαρά σεξουαλικά ή σχετικά με το σεξ προβλήματα τηλεφωνούν εξαιτίας της ανωνυμίας, που τους επιτρέπει να μιλήσουν ελεύθερα για τα πιο προσωπικά τους θέματα. Αυτές οι κλήσεις μπορεί να φέρουν σε δύσκολη θέση τους λειτουργούς που δεν είναι ψυχολογικά προετοιμασμένοι για τόσο προσωπικά τηλεφωνικά τηλεφωνήματα, αισθάνονται σοκαρισμένοι από όσα ακούνε εξαιτίας της εγκληματικής τους φύσης ή δεν έχουν τη τεχνική εξειδίκευση για να τις χειριστούν (Ροκκά κ. συν., 2008).

## 2.4 Εμπειρική προσέγγιση στην Οικογενειακή Θεραπεία

### ***Βραχεία οικογενειακή θεραπεία***

Εφαρμόζεται αυτή η τεχνική όταν πρέπει να επιτευχθεί η αλλαγή σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η βραχεία οικογενειακή θεραπεία είναι προσανατολισμένη σε συγκεκριμένο στόχο και έχει αρκετά κοινά στοιχεία με την τεχνική της θεραπευτικής παρέμβασης στην κρίση (Ζαφείρης κ. συν., 1999).

Στο πλαίσιο της βραχείας θεραπευτικής εργασίας οι κρίσιμες μεταβατικές περιόδους στην ζωή ενός ατόμου ακόμα και λίγες συνεντεύξεις μπορούν να αποβούν χρήσιμες. Μια νέα κατάσταση συχνά προκαλεί μια εσωτερική αναταραχή οδηγώντας στην εμφάνιση άγχους. Τα άτομα έχουν την δυνατότητα να μιλήσουν για τα άγχη και τους πιθανούς φόβους που ίσως έχουν, να τα ακούσει κάποιος που είναι σε θέση να μπορεί να αντέξει τον ψυχικό τους πόνο και να τα βοηθήσει να τα επεξεργαστούν σε βάθος τα

συναισθήματα τους και ίσως τα βοηθά να κατανοήσουν ως ένα βαθμό τη φύση του προβλήματος τους (Salzberger- Wittenberg, 1997).

Η θεραπεία επικεντρώνεται στο «εδώ και τώρα» και στις μικρές προοδευτικές -διαδοχικές αλλαγές. Οι Budman και Gurman εισήγαγαν κάποια βήματα για την εφαρμογή αυτής της τεχνικής:

- 1) Δημιουργία μία σχέσης εμπιστοσύνης του θεραπευτή με τη οικογένεια
- 2) Ο θεραπευτής προβαίνει σε σαφή προσδιορισμό της κρίσης
- 3) Αξιολογεί ο θεραπευτής τα προσόντα , τις δεξιότητες επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων.
- 4) Παρέχει στην οικογένεια ένα εξελικτικό πλαίσιο όπου η οικογένεια μπορεί να καταλάβει και να συνδεθεί μαζί του μέσω ασκήσεων στο σπίτι ή τη κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Αυτό βοηθά τα μέλη στην επίλυση των κρίσεων (Ζαφείρης κ. συν.,1999).

### **Θεραπευτική παρέμβαση σε οικογενειακή κρίση**

Συνήθως οι κρίσεις που επηρεάζουν την λειτουργία της οικογένειας μπορεί να είναι η απόπειρα αυτοκτονίας ενός μέλους ,μία εξωσυζυγική σχέση, φαινόμενα βίας μέσα στην οικογένεια κ.α. (Ζαφείρης κ. συν.,1999). Συγκεκριμένα αυτό το μοντέλο παρέμβασης στην οικογενειακή κρίση αποτελεί την κατάλληλη επιλογή σε παιδιά που έχουν κακοποιηθεί από συγγενικά η γνωστά πρόσωπα, αφού η προσβλητική ενέργεια μίας σεξουαλικής επίθεσης επηρεάζει όλα τα μέλη της οικογένειας (Landgarten, 1999).

Σύμφωνα με την Landgarten (1999), η εφαρμογή μίας εικαστικής θεραπείας μπορεί να θεωρηθεί ως μοντέλο παρέμβασης στην κρίση από την πρόκληση μίας σεξουαλικής παιδικής κακοποίησης, στην οποία η θεραπεία μπορεί να είναι ατομική και οικογενειακή. Η διάρκεια της βραχείας ψυχοθεραπείας για το εν λόγω περιστατικό μπορεί να διαρκέσει περίπου στις έξι εβδομάδες. Η εικαστική πτυχή επιφέρει αρκετά οφέλη όπως να βοηθάει το παιδί στην έκφραση και την εκδήλωση οργής με τη χρήση πλαστελίνης. Επίσης μέσω των σχεδίων που φτιάχνει απεικονίζει το τραυματικό συμβάν και ίσως να περιέχουν ενδείξεις για την αναγνώριση του δράστη. Αυτά τα σχέδια μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αποδεικτικά στοιχεία ενώπιον του δικαστηρίου.

Η θεραπευτική παρέμβαση σε οικογενειακή κρίση περιλαμβάνει τις εξής τεχνικές:

α) Θεραπεία πολλαπλών επιδράσεων. Μία διεπιστημονική ομάδα σε διάρκεια δύο ημερών (έξι με επτά ώρες την ημέρα), προσπαθούν να βοηθήσουν μία οικογένεια που βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης. Αυτή η θεραπευτική τεχνική βασίζεται σε κάποια βήματα. Αρχικά ως πρώτη φάση η διεπιστημονική ομάδα συνεδριάζει και συζητά για τις πληροφορίες που έχει συλλέξει για την οικογένεια σχετικά με την κρίση και μελετά το κοινωνικό ιστορικό. Αφού έχουν παρθεί συνεντεύξεις ατομικές για το κάθε μέλος της οικογένειας , στην τελική συνεδρία η ομάδα συναντιέται με όλα τα μέλη της οικογένειας και εξετάζουν τις λύσεις που πρόκειται να εφαρμοστούν για να ξεπεραστεί η κρίση.

β) Θεραπεία οικογενειακής κρίσης. Η κρίση μπορεί να επιλυθεί αν η οικογένεια απομακρύνει τους ψυχοπιεστικούς παράγοντες που οδήγησαν στην κρίση και πραγματοποιήσει τις ενδεδειγμένες αλλαγές. Η εφαρμογή αυτής της τεχνικής απαιτεί το πολύ τρεις εβδομάδες και σε αυτό το διάστημα γίνονται πέντε συνεδρίες , τριών ωρών η καθεμία. Η αξιολόγηση εστιάζεται στην ένταση της κρίσης και στην ικανότητα της οικογένεια να την αναγνωρίσουν για να υπάρξει αλλαγή. Επίσης δίνονται οδηγίες για να ξεπεραστούν οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας πάνω σε θέματα ρόλων και περιγράφονται τεχνικές για την αντιμετώπιση μελλοντικών κρίσεων (Ζαφείρης κ. συν.,1999).

### ***Βραχεία Θεραπεία Ζεύγους***

Το μοντέλο βραχείας θεραπείας ζεύγους ανέπτυξαν οι Greenspan & Mannino και σχεδιάστηκε για ζευγάρια με σημαντική δύναμη του Εγώ και με καμία ενδείξεις σοβαρής παθολογίας. Τα στόχος αυτής της θεραπείας είναι να έλθει ο σύντροφος με εκείνες τις πλευρές προσωπικότητας της συζύγου. Αφού ο θεραπευτής ακούσει την εκδοχή της συζύγου για τη σύγκρουση, μπορεί να ζητήσει να επαναλάβει ο σύζυγος την ουσία της ανησυχίας της συζύγου. Στην περίπτωση που ο σύζυγος ξεχάσει να αναφέρει κάποια συναισθήματα τότε ο θεραπευτής θα επισημάνει την παραλείψει (Gabbard ,2006).

Αυτό το θεραπευτικό μοντέλο παρέμβασης βοηθά και τους δύο συντρόφους να ακούνε και να αναπτύσσουν μία καλύτερη ενσυναισθητική εκτίμηση για τις

εσωτερικές εμπειρίες των συντρόφων τους. Συνήθως οι σύζυγοι διαστρεβλώνουν την αντίληψη που έχουν για τον άλλο, αρχίζουν να συνειδητοποιούν πως δεν ξέρουν αρκετά καλά το άτομο που παντρεύτηκαν (Gabbard ,2006).

### ***Βραχεία υποστηρικτική ψυχοθεραπεία***

Συνήθως ενδείκνυται σε άτομα που είναι υγιής και σε κάποια φάση της ζωής τους περνάνε κάποια κρίση. Οι τεχνικές που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής είναι ίδιες με τη μακροχρόνια υποστηρικτική ψυχοθεραπεία δηλαδή: η ανοικοδόμηση του εγώ, η διευκόλυνση της ανάπτυξης μία θετικής μεταβίβασης και η επαναφορά προσαρμοστικών αμυνών. Αν οι αιτιάσεις του εξυπηρετούμενου εστιάζονται σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα τότε η βραχεία υποστηρικτική θεραπεία θα πετύχει καλά αποτελέσματα διότι και λιγότερο δαπανηρό είναι και θα προκαλέσει μικρότερη αναστάτωση στον ασθενή (Gabbard ,2006).

Ο Μάνος (1997), αναφέρει ότι στα άτομα με κατάθλιψη η βραχεία διάρκειας ψυχοθεραπείας (6 ως 20 συνεδρίες) μπορεί να αποβεί πιο αποτελεσματική, δηλαδή να είναι υποστηρικτική με χαρακτηριστικά επείγουσας παρέμβασης και ανακούφισης.

## **2.5 Σύγκριση Γνωστικής Θεραπείας με Βραχεία Ψυχοδυναμική Θεραπεία & Βραχείας Ψυχοθεραπείας με το μοντέλο Παρέμβασης στη Κρίση**

Σύμφωνα με τον Ursano (2008), η γνωσιακή ψυχοθεραπεία προέρχεται από το ψυχοδυναμικό μοντέλο και επομένως μοιράζεται πολλά κοινά στοιχεία με την βραχεία ψυχοθεραπεία, αλλά με διαφορετικό τρόπο προσέγγισης και διαφορετικές παρεμβάσεις. Και τα δύο αυτά μοντέλα αποτελούν πολυσύνθετες μεθόδους θεραπείας, οι οποίες θα πρέπει να συμβαδίζουν με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς. Οι προσεγγίσεις αυτές, βραχείες εξ' ορισμού, μειονεκτούν όσον αφορά την έκταση της θεραπευτικής επεξεργασίας και τη χρονική διάρκεια της ψυχαναλυτικής τεχνικής.

Οι παραπάνω προσεγγίσεις έχουν ως σκοπό την εξερεύνηση και την αλλαγή και εστιάζουν στις σκέψεις και τα συναισθήματα του ασθενούς, περιλαμβανομένων και αυτών που σχετίζονται με το θεραπευτή. Ως το τέλος της θεραπείας, ο θεραπευτής διατηρεί μία ερευνητική, συνεργατική και μη-επικριτική στάση (Ursano ,2008).

Σύμφωνα με τον Ursano (2008), η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, είναι μία συνοπτική θεραπευτική μέθοδος, εστιάζεται στις δομές της σκέψης του ασθενούς. Στη βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η διαδικασία κατανόησης των αμυνών επίσης εστιάζει την προσοχή της θεραπείας στις κρυμμένες γνωσιακές διαστρεβλώσεις, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα τις λανθασμένες αντιλήψεις του ασθενούς σχετικά με τον εσωτερικό και εξωτερικό κόσμο.

Όλες οι μορφές ψυχοθεραπείας, συμπεριλαμβανομένων και της βραχείας και της γνωσιακής ψυχοθεραπείας, διδάσκουν καινούριες δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, οι οποίες εστιάζουν στους τρόπους επίλυσης διαπροσωπικών και συναισθηματικών προβλημάτων κατά την εμφάνισή τους. Οι διαφορές ανάμεσα στις ψυχοθεραπείες αυτές είναι περισσότερο έντονες σε σχέση με τις διαφορές που παρουσιάζουν στους στόχους τους ή τα πεδία προβλήματος τα οποία θα πρέπει να αντιμετωπίσει το θεραπευτικό έργο (Ursano ,2008).

Σύμφωνα με τον Ursano (2008), μια άλλη διαφορά είναι ότι στην βραχεία ψυχοθεραπεία, η δομή της συνεδρίας ορίζεται από την ροή της σκέψης του ασθενούς και από τις αντιδράσεις του στα ερμηνευτικά σχόλια του θεραπευτή, ενώ η γνωσιακή χρησιμοποιεί περισσότερο άμεσες, δομημένες και συμπεριφορικές παρεμβάσεις.

Ο ρόλος του θεραπευτή στην βραχεία ψυχοθεραπεία είναι ερμηνευτικός με ενσυναίσθηση, ενώ σε άλλες θεραπείες και ειδικά στην γνωσιακή, ο θεραπευτής μπορεί να καθοδηγεί, να συνιστά μεθοδεύσεις, να εκπαιδεύει ή να απαιτεί το παίξιμο ρόλων (Ursano ,2008). Αναφέρεται στο κεφαλαίο 6<sup>ο</sup> αναλυτικά το γνωστικό μοντέλο και πως η συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία είναι αρκετά άμεση απέναντι στον ασθενή και στα προβλήματά του, αρκετά δομημένη και κατά κανόνα βραχεία.

Σύμφωνα με τη Ζαφειροπούλου κ. συν. (2008), αναφέρει ότι η απόφαση για να προχωρήσει ο ειδικός σε βραχεία θεραπεία ή στη παρέμβαση στη κρίση εξαρτάται από το πόσο έντονα το άτομο βλέπει το πρόβλημα ως ανυπόφορο



ή από το βαθμό συναισθηματικής ανισορροπίας που βιώνει. Όλοι οι άνθρωποι βιώνουν ψυχολογικό τραύμα κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ούτε το στρες ούτε οι επείγουσες συνθήκες καθαυτές συνιστούν κρίση. Μόνο όταν το τραυματικό γεγονός γίνεται υποκειμενικά αντιληπτό ως απειλή στην εκπλήρωση αναγκών, την ασφάλεια ή το νόημα της ζωής, το άτομο εισέρχεται σε κατάσταση κρίσης. Μια κρίση συνοδεύεται από προσωρινή ανισορροπία και εμπεριέχει δυνατότητες για προσωπική ανάπτυξη. Η επίλυση της κρίσης μπορεί να οδηγήσει σε θετικά και εποικοδομητικά αποτελέσματα όπως ενίσχυση της ικανότητας του ατόμου να αντεπεξέρχεται και μείωση αρνητικών, δυσλειτουργικών συμπεριφορών αυτοματαίωσης.

Ενώ η θεωρία της βραχείας θεραπείας επιχειρεί να επιδιορθώσει λίγο ή πολύ συνεχιζόμενα συναισθηματικά προβλήματα, η βασική θεωρία του μοντέλου παρέμβασης στη κρίση εστιάζει στο να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο σε κρίση στο να αναγνωρίσει και να διορθώσει προσωρινές συναισθηματικές, συμπεριφορικές και γνωστικές διαστρεβλώσεις που προκλήθηκαν από τραυματικά γεγονότα. Για παράδειγμα ένας νεαρός άνδρας που μετά τον τερματισμό μιας αισθηματικής σχέσης αισθάνεται ότι τελείωσε η ζωή του, νιώθει ανίκανος να προσπαθήσει ξανά, και αρχίζει να σκέφτεται την αυτοκτονία, δίνει σαφή ένδειξη για παρέμβαση στην κρίση. Δεν ισχύει το ίδιο για έναν άνδρα ο οποίος μετά τον τερματισμό μιας αισθηματικής σχέσης νιώθει απογοητευμένος, προβληματισμένος και δυσκολεύεται να γνωρίσει άλλους πιθανούς συντρόφους. Εδώ η κατάσταση υπαγορεύει μια βραχεία ή στοχευμένη στην επίλυση προβλημάτων θεραπεία όπου η έμφαση θα δινόταν στη διερεύνηση των εναλλακτικών επιλογών ή των αιτιών που οδηγούν στην αποτυχία και τη βελτίωση των κοινωνικών του δεξιοτήτων (Ζαφειροπούλου κ. συν.,2008).

## Ανακεφαλαίωση

Συνοψίζοντας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως κύριο μέλημα της παρέμβασης στην αρχική φάση είναι η εκτίμηση του βαθμού σοβαρότητας της

δυσλειτουργίας του ατόμου, η αξιολόγηση του σημαντικότερου προβλήματος ή των προβλημάτων και η διαμόρφωση σχεδίου δράσης για την επίλυσή τους. Αυτό το μοντέλο θεωρίας της κρίσης μπορούμε να το εφαρμόσουμε αντί στον κύκλο της ζωής ενός ατόμου, στο κύκλο ζωής της οικογένειας και να έχουμε κρίσεις που συνδέονται με το κύκλο ζωής της ίδιας της οικογένειας.

Επίσης καταλήξαμε πως το μοντέλο παρέμβαση στην κρίση αποβλέπει σε αρκετούς σημαντικούς στόχους με σημαντικότερο την γενικότερη υποστήριξη του ατόμου, δηλαδή να μειώσει το άγχος και το στρες που βιώνει κατά την διάρκεια της κρίσης, ώστε να μπορέσει το ίδιο να ανταποκριθεί στην κρίση.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

#### **Εισαγωγή**

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τις τεχνικές που χρησιμοποιεί ένας θεραπευτής στην βραχεία ψυχοθεραπεία καθώς και για τον αριθμό των συνεδριών μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου.

Επίσης αναφέρονται και οι τεχνικές με τις οποίες ο θεραπευτής εστιάζεται στο κεντρικό πρόβλημα που δημιουργεί την κρίση και ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπίζονται οι οριακοί ασθενείς. Δηλαδή ο θεραπευτής εφόσον πάρει το ιστορικό από τον πελάτη, έχει στη διάθεσή του το υλικό για να γίνει η σωστή διάγνωση και να επιλέξει την κατάλληλη παρέμβαση.

Κλείνοντας αναλύουμε την εφαρμογή ψυχοθεραπείας περιορισμένης διάρκειας σε οριακούς ασθενείς και στις τεχνικές και στρατηγικές με τις οποίες επιτυγχάνεται το καλύτερο αποτέλεσμα.

#### **3.1 Τύποι Βραχείας Ψυχοθεραπείας**

Σύμφωνα με τους Βασλαματζής κ. συν. (2006), αναφέρουν κάποιους τύπους βραχείας δυναμικής ψυχοθεραπείες:

- Η βραχεία αγχο- εκλυτική ψυχοθεραπεία (Σιφναίος)
- Η εστιακή ψυχοθεραπεία (Malan)
- Η ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικής έμπνευσης (Gillieron)

Ο Μάνος (1997), αναφέρει πως όλοι οι παραπάνω τύποι έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά: α) ο περιορισμένος «βραχύς» αριθμός συνεδριών που κυμαίνονται από 10 με 30, εξαιρώντας τη θεραπεία του Malan που διαρκεί μέχρι και ένα χρόνο, β) ο προσδιορισμός της συγκεκριμένης περιοχής σύγκρουσης και ο εστιασμός σ' αυτήν, γ) αντιμετώπιση της συγκεκριμένης σύγκρουσης του ασθενή με συνεπακόλουθο το άγχος και τη κατάθλιψη, δ) η άμεση και ενεργητική στάση του θεραπευτή με παρεμβάσεις και προσπάθεια για την διατήρηση της προσοχής του ασθενή στην συγκεκριμένη περιοχή εστία- σύγκρουση.

Οι Βασιλαματζής κ. συν. (2006), υποστηρίζουν πως παρατηρούνται και κάποιες διαφορές στις παραπάνω βραχείες ψυχοθεραπείες. Συμφωνούν όμως με τον Μάνο (1997), πως η συχνότητα είναι σταθερή (συνήθως μία συνεδρία την εβδομάδα) και η διάρκεια της θεραπείας δεν ξεπερνά το ένα έτος. Κατά τις πρώτες συνεδρίες δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη δυνατότητα για διαμόρφωση της βασικής ψυχοδυναμικής υπόθεσης, που εξηγεί τα συμπτώματα και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο πελάτης. Χρησιμοποιείται αρχικά η ερμηνεία με σκοπό να διερευνηθεί το κίνητρο για αλλαγή του ατόμου.

Ένας ακόμη τύπος βραχείας ψυχοθεραπείας είναι η λεγόμενη Stapp. Το 1956 ο Σιφναίος θεράπευσε σε διάστημα επτά εβδομάδων έναν εξυπηρετούμενο που υπέφερε από άγχος και φοβίες με τη τεχνική της βραχείας αγχο- εκλυτική ψυχοθεραπείας ή Stapp όπου και την ονόμασε. Επέλεξε αυτό τον όρο για να δώσει έμφαση στη χρησιμοποίηση του άγχους που εκλύεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Τσαμασίρος, 2001). Ο Gillieron (1991), αναφέρει πως ο Σιφναίος διέκρινε δύο τύπους ψυχοθεραπείας:

- Ψυχοθεραπεία *αγχολυτική* ή *υποστηρικτική*: Πρόκειται για ψυχοθεραπεία υποστήριξης προς έναν ασθενή που βρίσκεται σε κρίση και σκοπός είναι η μείωση του άγχους.
- Ψυχοθεραπεία που εκλύει *άγχος* ή *δυναμική*: Αποσκοπεί στην επίλυση ενός προβλήματος, δια της συνειδητοποίησης αυτού του προβλήματος.

Ο Στεφανής (1991) αναφέρει κάποια βασικά χαρακτηριστικά της βραχείας ψυχοθεραπείας ψυχαναλυτικής εμπνεύσεως. Συγκεκριμένα βασικός σκοπός τους δεν είναι η αναδόμησης της προσωπικότητας του εξυπηρετούμενου και δεν ακολουθούν τους αυστηρούς κανόνες στην εφαρμογή τους. Ο κυρίως στόχος είναι η λύση των ψυχο-συγκρούσεων που βρίσκονται στο επίκεντρο των τρέχον προβλημάτων. Επίσης ο θεραπευτής δεν είναι ουδέτερος απέναντι στα προβλήματα του ατόμου αλλά αντίθετα ενθαρρύνεται η ερμηνευτική του παρέμβαση, αναλύει την φύση της ψυχο-σύγκρουσης και τις αντιδράσεις στην καθημερινή του ζωή. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν και κάποιες ακόμη μορφές βραχείας θεραπείας οι οποίες είναι οι ακόλουθες: α) η αντικειμενική ψυχοθεραπεία, β) η βραχεία ψυχοθεραπεία του Small, γ) η βραχεία ψυχοθεραπεία της Deutsch, δ) η άμεση ανάλυση του Rosen (εφαρμόζεται σε ψυχωσικούς αρρώστους).

Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι στα σχήματα βραχείας ψυχοθεραπείας εκτός από της βραχείας δυναμικής ,περιλαμβάνονται και άλλες ψυχοθεραπείες όπως η επείγουσα ψυχοθεραπευτική παρέμβαση ή παρέμβαση στην κρίση άλλα και οι περισσότερες από τις συμπεριφορικές, οικογενειακές θεραπείες, η γνωστική θεραπεία, η διαπροσωπική κ.ά. που είναι επίσης σύντομες χρονικά θεραπείες (Μάνος, 1997). Όπως και αναφέρθηκαν παραπάνω και ορισμένες από αυτές θα αναλυθούν στα παρακάτω υποκεφάλαια της πτυχιακής εργασίας.

Η επικεντρωμένη σε στόχους κοινωνικής εργασίας αποτελεί επίσης μια βραχύχρονη θεραπεία όπου έχει κοινά σημεία με τις παραπάνω βραχείες θεραπείες: η επιλεγμένη εστίαση σε καθορισμένα προβλήματα, οι συγκεκριμένοι στόχοι, τα περιορισμένα χρονικά όρια, η έμφαση στο παρόν και η άμεση παρέμβαση (Δημοπούλου-Λαγωνίκα κ. συν. , 2006).

Κλείνοντας με τις βραχείες ψυχοθεραπείες θα πρέπει να αναφερθούν τους πολύ σημαντικούς λόγους της δημιουργίας τους, κάτι το οποίο φαίνεται να τις κάνει συνεχώς και περισσότερο δημοφιλείς, όπως ίσως και περισσότερα υποσχόμενες για το μέλλον. Αυτοί είναι: 1) η ανάγκη για μια άμεση και εφαρμόσιμη μορφή θεραπείας σε όλες τις κοινωνικές ομάδες μιας κοινότητας, 2) το πέρασμα από τις ψυχαναλυτικές τεχνικές στην προσανατολισμένη Εγώ ψυχοθεραπεία, 3) μια καινούργια έμφαση σε προληπτικά και επείγοντα θεραπευτικά μέτρα, 4) αυξανόμενη παραδοχή περιορισμένων θεραπευτικών στόχων σαν μια επαρκή απάντηση στις ανάγκες του εξυπηρετούμενου, μερικές φορές ακόμη και σαν θεραπεία εκλογής, 5) η από καιρό απαραίτητη αναγνώριση των ειδικών αναγκών των φτωχών και κατώτερων κοινωνικοπολιτιστικών στρωμάτων για τα οποία οι παραδοσιακές θεραπευτικές τεχνικές ήταν συχνά ανέφικτες και αναποτελεσματικές, 6) η αυξανόμενη απαίτηση του κοινού για οικονομικά προσιτές υπηρεσίες που να καλύπτονται από διάφορα ασφαλιστικά ταμεία (Κοκαντζής,1988).

### 3.2 Αριθμός συνεδρίων των Βραχύχρονων Θεραπειών

Όταν ο ασθενής και ο λειτουργός ορίζουν ένα πρόβλημα ή προβλήματα που είναι συγκεκριμένα και έχουν συγκεκριμένες λύσεις, χρειάζονται χρονικά όρια.

Σε θεραπείες που είναι επικεντρωμένες σε κάποιο έργο και σε πολλές άλλες βραχείες θεραπείες όπως είπαμε ο ασθενής και ο λειτουργός μαζί, αναγνωρίζουν συγκεκριμένες δυσκολίες, στόχους και δυσκολίες κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η συμφωνία σε αυτά φτιάχνει το συμβόλαιο για τη θεραπεία. Γενικά αλλά όχι πάντα τα θέματα που αναφέρονται και οι εργασίες που συμφωνούνται δεν είναι μόνο ακριβής αλλά ακόμη ενδιαφέρονται για το εδώ και τώρα (Woods et al. 2000).

Όταν έχουν οριστεί χρονικά όρια, οι λειτουργοί και οι πελάτες επικεντρώνονται σε ότι έχουν καταφέρει, έργα και στόχους, συνήθως υπάρχει λιγότερη ανάλυση χωρίς κάποιον συγκεκριμένο στόχο. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι η υποτροπή και η θεραπεία στην οποία δεν έχει οριστεί το τέλος μπορεί να κάνει ζημιά σε ασθενείς οι οποίοι πριν τη δημιουργία του προβλήματος που τους οδήγησε να ζητήσουν βοήθεια, ήταν ευχαριστημένοι με τη ζωή τους και λειτουργούσαν (Woods et al. 2000).

Τα χρονικά όρια και η δυναμική χρήση του χρόνου ως μεταβλητή στην θεραπεία, μπορεί να κινητοποιήσει τις δυνάμεις των πελατών για κινητοποίηση και να ενισχύσει τα κίνητρα τους, μπορεί να υπάρχει μεγαλύτερο κίνητρο να δουλέψει πιο γρήγορα και παραγωγικά από ότι όταν οι συνεδρίες είναι μακροπρόθεσμες. Οι λειτουργοί μπορεί να συγκεντρώσουν τις δυνάμεις τους με συνέπεια όταν γνωρίζουν ότι ο χρόνος δεν είναι απεριόριστος. Οι προθεσμίες αν και μπορούν να διαπραγματευθούν, συχνά κεντρίζουν να επιστρατευτούν τις καλύτερες τους ενέργειες. Όταν ακόμη και στον ευέλικτο χρόνο δεν υπάρχουν όρια, η θεραπεία χάνει αυτό το σημαντικό πλεονέκτημα (Woods et al. ,2000).

Η βραχύχρονη θεραπεία έχει την ίδια αναλυτική βάση όπως η μακρόχρονη αλλά διαφέρει στη διάρκεια του χρόνου θεραπείας που μπορεί να ποικίλει ανάλογα από 6 ως 100 συνεδρίες. Όταν αναφέρονται οι βραχύχρονες θεραπείες εννοεί πως περιλαμβάνει αρκετές τεχνικές και μεθόδους. Ένας βασικός σκοπός της είναι η «κοινωνική επανεκπαίδευση» όπου στοχεύει στην επαναπροσαρμογή ή προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον του, η ανάληψη ευθυνών και επιτυχία στις ατομικές και κοινωνικές υποχρεώσεις για να γίνει «κοινωνικό ον» (Δήμου, 1994).

Ο Gabbard (2006), προτείνει διαφορετικούς τρόπους χειρισμού για τα χρονικά όρια της βραχείας θεραπείας. Αναφέρει πως ο Mann επέμενε σε ένα

όριο 12 συνεδριών ενώ Davanloo κυμαίνονταν μεταξύ 15 με 25 συνεδρίες και δεν έθετε κάποιο συγκεκριμένο όριο τερματισμού της θεραπείας από την αρχή. Ο Τσαμασίρος (2001), αναφέρει πως στην εφαρμογή της βραχεία αγχο-εκλυτική ψυχοθεραπεία του Σιφναίου συνήθως τα χρονικά όρια που απαιτούνται στις συνεδρίες κυμαίνονται από 6 έως και 15, με συχνότητα μίας συνεδρίας την εβδομάδα.

Ο Χαρτοκόλλης (1991), επίσης συμφωνεί με την χρονική διάρκεια της βραχείας παρέμβασης, στην οποία αναφέρει ότι η σύντομη ή βραχεία θεραπεία εφαρμόζεται μόνο για λίγες εβδομάδες. Συγκεκριμένα να μην υπερβεί έναν ορισμένο αριθμό θεραπευτικών συνεδριών ή θεραπευτικών ωρών, που συνήθως κυμαίνονται από 15 ως 30.

Έτσι ως μέσο όρο η βραχεία θεραπεία διαρκεί το λιγότερο 2-3 μήνες ή το περισσότερο 5-6 μήνες και περιλαμβάνει μια σειρά από 10-20 συνεδρίες (Gabbard, 2006).

Ο Δήμου (1994), αναφέρει ότι ο πλούτος το βραχύχρονων ψυχοθεραπειών βρίσκεται και στο επίπεδο κατηγοριοποίησης της δουλειάς ,αυτό επιτρέπει να εργαστείς σε εξατομικευμένο επίπεδο ,αλλά και συγχρόνως σε συλλογικό επίπεδο: συνεργασία με τον εξυπηρετούμενο, με τους γονείς, με το σχολείο (όταν μιλάμε για παιδιά). Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από την συνεργασία του εξυπηρετούμενου και του περιβάλλοντός του αλλά και η ηλικία του ατόμου που υφίσταται τη θεραπεία και από την χρονική διάρκεια του προβλήματός του: όσο πιο γρήγορα εντοπίζεται το πρόβλημα στη γέννησή του, σε συντομότερο χρόνο λύνεται' όσο γίνεται σύνδρομο, τόσο απαιτεί περισσότερες συνεδρίες. Για παράδειγμα μία σχολική δυσκολία χρειάζεται λιγότερες συνεδρίες εργασίας κι έχουμε καλύτερα αποτελέσματα, αν η διάγνωση γίνει στην Α' τάξη από ότι σε μεγαλύτερες τάξεις. Επίσης εξαρτάται η διάρκεια του χρόνου από τη σύνθεση τη δομή της προσωπικότητας του ατόμου, από την κοινωνικότητα: όσο λιγότερο συνεργάσιμος είναι, τόσο μακραίνει ο χρόνος ψυχοθεραπείας (Δήμου, 1994).

### 3.3 Τεχνικές Βραχείας Ψυχοθεραπείας

Οι τεχνικές στις βραχείες ψυχοθεραπείες, ανάλογα με τον πληθυσμό χωρίζονται σε κατασταλτικές του άγχους και προάγουσες του άγχους τεχνικές (Κοκαντζής, 1988).

Οι πρώτες προορίζονται για άτομα με ανεπαρκή ψυχολογική λειτουργικότητα, εύθραυστη προσωπικότητα και μία σχετική ανεπάρκεια στον τρόπο αντιμετώπισης των δυσκολιών. Επειδή σε αυτά τα άτομα το άγχος που είναι αποτέλεσμα κάποιας κρίσης, παίρνει διαστάσεις αποδιοργανωτικές, η προσπάθεια γίνεται στο επίπεδο αντιμετώπισης και καταστολής αυτού του άγχους και της ταχείας επιστροφής στο προηγούμενο επίπεδο συναισθηματικής ισορροπίας, όσο και αν αυτό δεν ήταν πάντα το καταλληλότερο. Αποδοχή, επιβεβαίωση και παρέμβαση στο περιβάλλον για το καλύτερο αποτέλεσμα. Τέτοιες τεχνικές μπορεί να επεκτείνονται στο χρόνο από μερικές μέρες έως και ένα χρόνο (Κοκαντζής, 1988).

Οι προάγουσες το άγχος τεχνικές απευθύνονται σε άτομο με ικανοποιητικό προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας, που όμως μπορεί να παρουσιάζουν μέχρι και πολύ σοβαρή διαταραχή κάτω από το κράτος κάποιων περιστάσεων. Οι τεχνικές αυτές είναι ψυχοδυναμικά προσανατολισμένες και αναμένονται να επιφέρουν δυναμικές αλλαγές στο άτομο (Κοκαντζής, 1988).

Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: την παρέμβαση σε κρίση και τις βραχείες δυναμικές ψυχοθεραπείες. Η πρώτη προορίζεται για την αντιμετώπιση κάποιας επικίνδυνης πρόσφατης κρίσης και μπορεί να διαρκεί από μία έως δύο συναντήσεις μέχρι και δυο μήνες (Κοκαντζής, 1988).

Σύμφωνα με τον Howard (1997), η βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία απαιτεί από τον θεραπευτή έναν συνδυασμό υποστηρικτικών και εκφραστικών τεχνικών. Η αναλογία αυτού του συνδυασμού, είναι κλινικά ορμώμενη και αντικατοπτρίζει τη δομή του χαρακτήρα του ασθενή. Όσο πιο υγιείς είναι ο ασθενής, τόσο ο ειδικός μπορεί να χρησιμοποιήσει εκφραστικές τεχνικές.

Η σημασία του να μπορεί ο θεραπευτής να ακούει ότι έχει να πει ο εξυπηρετούμενος και να κατανοήσει το νόημά του παραμένει ένα κεντρικό στοιχείο όπως συμβαίνει και σε άλλες θεραπείες, οι οποίες έχουν ως βάση την ψυχανάλυση (Ursano, 2008).

#### Υποστηρικτικές τεχνικές

Καμία δυναμική ψυχοθεραπεία δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί χωρίς ο ειδικός να χρησιμοποιεί υποστηρικτικές τεχνικές. Ο στόχος των



υποστηρικτικών τεχνικών είναι να επιτρέπουν στον ασθενή να αισθάνεται αρκετά ασφαλής μέσα στην ψυχοθεραπευτική σχέση, να ανέχεται το άγχος και την αναστάτωση που σχετίζεται με την εμφάνιση στη συνείδηση τα οποία προηγουμένως ήταν καταπιεσμένα. Πολύ απλά, ο ασθενής δεν θα φέρει μπροστά το οδυνηρό, εξευτελιστικό και στενάχωρο υλικό, εάν αυτός ή αυτή δεν νιώσουν αρκετά ασφαλείς στη σχέση τους με τον ειδικό για να ανεχτεί αυτή την αναστάτωση. Οι υποστηρικτικές τεχνικές αποτελούνται από τα παρακάτω στοιχεία:

*Καθορισμός του Θεραπευτικού «Πλαισίου».* Ο καθορισμός των θεραπευτικών ορίων για τον ασθενή του δίνει μια αίσθηση σταθερότητας και ασφάλειας που προάγει την ψυχοθεραπευτική σχέση. Το θεραπευτικό πλαίσιο καθορίζεται από τον ειδικό με λεπτομέρειες για αυτά τα όρια όσον αφορά την διάρκεια της αγωγής, την σταθερότητα της ώρας των συνεδρίων, σταθερότητα στην διασφάλιση ότι οι εξωτερικές ενοχλήσεις δεν εισέρχονται στο χρόνο της θεραπείας. Τέτοιες διασφαλίσεις θα σήμαιναν ότι για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να είναι σίγουρος ότι κανείς δεν θα χτυπήσει την πόρτα, ο ειδικός δεν θα απαντήσει στο τηλέφωνο και ο χρόνος του ή της θα είναι γενικά προστατευμένος. Δημιουργώντας το θεραπευτικό πλαίσιο, απαιτεί ότι ο ειδικός θα είναι ξεκάθαρος ότι η ψυχοθεραπεία, σέβεται τα όρια κατά τα οποία υπάρχει μόνο συζήτηση και όχι σωματική επαφή. Υπογραμμίζει ότι η σχέση είναι μια σχέση εμπιστοσύνης. Διασφαλίζει στον ασθενή ότι οι ερωτήσεις, τα σχόλια και η συμπεριφορά του ειδικού είναι στην υπηρεσία του ασθενή για την κατανόηση του εαυτού του. Έτσι για παράδειγμα αν ο ειδικός ρωτήσει για την τιμή που ο ασθενής πλήρωσε για το αυτοκίνητο του, είναι επειδή ο ειδικός ενδιαφέρετε για να κατανοήσει περισσότερο την κρίση του ασθενή, τον αυθορμητισμό του, όχι επειδή ο ειδικός θέλει να αγοράσει αυτοκίνητο και προσπαθεί να μάθει που αυτός ή αυτή μπορεί να βρει την καλύτερη προσφορά (Howard, 1997).

*Προσφορά σχολίων συμπαράστασης.* Τα σχόλια συμπαράστασης, επιτρέπουν στον ασθενή να αισθάνεται ότι τον καταλαβαίνουν. Η συμπαράσταση, αντικατοπτρίζει την ικανότητα του ειδικού να νιώσει τον κόσμο του ασθενή από την άποψη του ασθενή. Η συμπαράσταση δεν έχει να κάνει με το να είσαι καλός, να λυπάσαι ή να συμπαθείς τον ασθενή, αλλά

αναφέρεται στην ικανότητα του ειδικού να κατανοήσει και να νιώσει από την πλευρά του ασθενή.

*Διατήρηση ζωτικής άμυνας.* Η διατήρηση ζωτικής άμυνας ισοσταθμίζει την οπισθοδρόμηση και προστατεύει τον ασθενή από πλήγματα στην αυτοεκτίμηση του. Για παράδειγμα, αν απάντησε ο ειδικός στις αλαφιασμένες απολογίες του ανθρώπου για την αργοπορία του λέγοντας «α, θα έφταιγε η κίνηση, είναι φοβερή τέτοια ώρα. Συχνά και εγώ αργό τέτοια ώρα».

Με τέτοια σχόλια, προσπαθεί ο ειδικός να τονώσει και να υποστηρίξει την άμυνα του ατόμου, να παρουσιάσει και να αναγνωρίσει για να τον βοηθήσει, να σταθεροποιήσει την ασταθή αυτοεκτίμηση του. Αφού ξεκινήσει τη θεραπεία και ευελπιστώντας ότι θα είναι πιο σταθερός, θα αισθάνεται πιο συγκρατημένος και ασφαλής, θα μπορεί να ερευνήσει γιατί η αίσθηση αυτοεκτίμησης είναι τόσο ασταθής, από ότι φαίνεται μικρές αποτυχίες, όπως το να αργείς λίγα λεπτά σε κάποιο ραντεβού.

Επίσης, σύμφωνα με τον Ursano (2008), η βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στην κατανόηση των αμυντικών μηχανισμών που χρησιμοποιούνται από τον ασθενή με σκοπό την ελάττωση του άγχους και άλλων ενοχλητικών συναισθημάτων, τα οποία σχετίζονται με τις συγκρούσεις και τα οποία βρίσκονται εκτός συνείδησης. Επίσης δίνει έμφαση στις χαρακτηριστικές σχέσεις της συναισθηματικής μεταβίβασης, οι οποίες παραμορφώνουν τις αντιδράσεις του ασθενούς στον ενήλικο κόσμο. Οι τεχνικές της βραχείας ψυχοθεραπείας προσανατολίζονται στην αποσαφήνιση της άμυνας.

*Καθορίζοντας τα σωστά όρια.* Η επισήμανση, η προσπάθεια κατανόησης και ενεργής αποθάρρυνσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, είναι άλλες υποστηρικτικές δραστηριότητες που προωθούν μια αίσθηση ασφάλειας.

*Σημείωση κέρδους.* Ο ειδικός αναγνωρίζει το κέρδος του ασθενή από την θεραπεία καθώς αυτή ή αυτός κινούνται επιτυχώς στο στόχο της θεραπείας που ενθαρρύνει και ένα αίσθημα ασφάλειας. Αυτή η δραστηριότητα είναι ιδιαίτερα σημαντική στη σύντομη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία επειδή είναι ενάντια στην οπισθοδρόμηση.

*Επιστροφή στο Εδώ και Τώρα.* Επικεντρώνοντας στα εδώ και τώρα θέματα, φέρνει μια αίσθηση ασφάλειας για τον ασθενή. Αυτή η αίσθηση ασφάλειας σχετίζεται με την ικανότητα του ασθενή να συγκεντρώνεται και να αρπάζεται

με τωρινά και περασμένα στοιχεία για τα οποία αυτός ή αυτή έχει κάποιο έλεγχο. Να δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον και σεβασμό.

Γενικά όσο πιο υγιείς είναι ο ασθενής ψυχολογικά (παρουσιάζει μεγαλύτερη δύναμη αυτοεκτίμησης), τόσο λιγότερο χρειάζεται ο ειδικός να βασίζεται σε υποστηρικτικές τεχνικές. Όσο πιο ελαττωματική αυτοεκτίμηση έχει ο ασθενής, τόσο περισσότερη έμφαση πρέπει να δοθεί στις υποστηρικτικές τεχνικές κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Howard, 1997).

### Εκφραστικές τεχνικές

Ο σκοπός των εκφραστικών τεχνικών είναι να ενθαρρύνουν προηγουμένως καταπιεσμένα και οδυνηρά γεγονότα, να έρθουν στην επιφάνεια και να εκφραστούν μέσα στην ασφάλεια της υποστηρικτικής σχέσης, έτσι ώστε αυτά να παρατηρηθούν με ασφάλεια, να κατανοηθούν και να λυθούν. Πρώτα ο ασθενής πρέπει να νιώσει ασφάλεια μέσω των τεχνικών υποστήριξης πριν ο ειδικός μπορεί να ξεκινήσει να χρησιμοποιεί εκφραστικές τεχνικές. Ο ειδικός ενθαρρύνει την ανάδειξη στη συνείδηση με τη χρήση εκφραστικών δραστηριοτήτων όπως αυτό που σκιαγραφείται στο παρακάτω στιγμιότυπο: «Μια πενήντα-εξάχρονη γυναίκα η οποία τους τελευταίους δεκαοκτώ μήνες παρακαλούσε τον σύζυγο της για διαζύγιο, τελικά τον έπεισε. Την επόμενη μέρα, η ασθενής ήταν ληθαργική και μπερδεμένη κατά τη συνεδρία της ψυχοθεραπείας.»

*Σχόλια Κατανόησης.* Τα σχόλια κατανόησης, όχι μόνο επιτρέπουν στον ασθενή να νιώθει ότι τον καταλαβαίνουν και καθησυχασμένος αλλά αυξάνει και βαθαίνει την διήγηση του. Έτσι, τα σχόλια κατανόησης είναι και υποστηρικτικές και εκφραστικές δραστηριότητες. Στην περίπτωση της πενήντα-εξάχρονης γυναίκας, απάντησε: «Φαίνεται ότι δεν ξέρεις που να στραφείς». Εκείνη απάντησε, «δεν ξέρω γιατί, αλλά όλα φαίνονται τόσο διαφορετικά. Νιώθω τόσο χαμένη». Το σχόλιο κατανόησης από την πλευρά του ειδικού, συνέλαβε το ότι αισθανόταν σαν χαμένη και αυτό την ενθάρρυνε να περιγράψει με περισσότερες λεπτομέρειες το αίσθημα αποξένωσης και αποσύνδεσης από τον κόσμο της.

*Διευκρίνιση.* Τα σχόλια διευκρίνισης είναι αυτά που ο ειδικός κάνει με σκοπό να ξεκαθαρίσει αόριστα ή θολά στοιχεία. Αν και αυτή η ασθενής, εξακολουθούσε να χρησιμοποιεί τις λέξεις «ταραγμένη» και «αγχωμένη», φαινόταν ληθαργική και λυπημένη. Δίχως να είναι βέβαιος για την εμπειρία

της, έκανε το διευκρινιστικό σχόλιο: «Λες ότι είσαι ταραγμένη, αλλά φαίνεται καθώς σε ακούω, ότι μιλάς για την ανυπομονησία και το άγχος σαν να σημαίνει πως αισθάνεσαι πεσμένη, σκυθρωπή, λυπημένη, ή έχεις κατάθλιψη, μιλάς για την ταραχή σαν να σημαίνει ότι αισθάνεσαι θυμωμένη, Σωστά;». Προσπάθησε να οξύνει και να εστιάσει ένα ασαφές περίγραμμα γύρω από την κατάσταση της.

*Αντιπαράθεση.* Όπως χρησιμοποιείτε ψυχοδυναμικά, η αντιπαράθεση σχετίζεται με μια δραστηριότητα. Δεν έχει να κάνει με τον ειδικό να είναι επιθετικός, θυμωμένος ή εξαναγκαστικός. Είναι μια δραστηριότητα κατά την οποία ο ειδικός, τραβά την προσοχή του ασθενή σε μία εσωτερική ή εξωτερική πραγματικότητα για την οποία ο ασθενής δεν έχει επίγνωση. Σαν απεικόνιση του χαρακτήρα και της άμυνας της, η ασθενής δεν είχε επίγνωση της σύνδεση ανάμεσα στη συμφωνία του άντρα της να χωρίσουν και τη ξαφνική μπερδεμένη της κατάσταση. Τράβηξε την προσοχή της σε αυτή την σύνδεση με την ακόλουθη αντιπαράθεση: «νιώθεις αυτά τα συναισθήματα γιατί συμφώνησε να χωρίσετε».

*Ερμηνεία.* Τα σχόλια ερμηνείας, απαρτίζουν την πραγματική δουλειά της ψυχοθεραπείας, επειδή είναι σχόλια τα οποία ο ειδικός κάνει για να ενώσει τη διάθεση και τη συμπεριφορά του ασθενή με σημαντικά πρόσωπα από το παρελθόν, με τη διάθεση και τη συμπεριφορά του προς ανθρώπους στο παρόν, συμπεριλαμβανομένου και του ειδικού. Τα σχόλια ερμηνείας, βοηθούν την εργασία και λύνουν προηγουμένως καταπιεσμένες εμπειρίες. Αργότερα, στην ίδια συνεδρία με την πενήντα-εξάχρονη ασθενή, έκανε την ακόλουθη ερμηνεία: «Αν και εσύ ήσουν αυτή που πίεζες τον άντρα σου για διαζύγιο, την ίδια στιγμή, φοβήθηκες πάρα πολύ και απελπίστηκες με αυτή την προοπτική. Αυτός είναι ο απόηχος του πως ένιωσες όταν ήσουν τεσσάρων χρονών και η μητέρα σου ήταν άρρωστη και εσύ πήγες να μείνεις με τη θεία σου στον Καναδά».

Μια ερμηνεία δεν φέρνει τη θεραπεία. Μόνο επανεξετάζοντας το αίσθημα δυσφορίας αυτής της γυναίκας απέναντι σε πραγματικούς ή αναμενόμενους χωρισμούς από σημαντικούς ανθρώπους στη ζωή της, ή από τον ειδικό μετά το τέλος της συνεδρίας μας, και η σύνδεση τους με την καταθλιπτική αντίδραση κατά την παιδική της ηλικία όταν χωρίστηκε από τη μητέρα της,

ξανά και ξανά, μπόρεσε να το επεξεργαστεί, να το λύσει και έτσι να πλήττεται λιγότερο από τους χωρισμούς στο παρόν της (Howard Book, 1997).

Επίσης σύμφωνα με τον Ursano (2008), ο ελεύθερος συνειρμός αποτελεί μέρος της τεχνικής της βραχείας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Ο ελεύθερος συνειρμός σημαίνει ότι ο ασθενής είναι ελεύθερος να επιλέξει οτιδήποτε θέλει να συζητηθεί στη θεραπευτική διαδικασία. Σχετικά με τον ασθενή ο οποίος απασχολείται συνεχώς με σκέψεις και συναισθήματα ή αισθάνεται ότι υποχρεούται να συζητήσει τα πάντα με το θεραπευτή, ο ορισμός αυτός μπορεί να προβάλλει το γεγονός ότι αληθινός ελεύθερος συνειρμός δεν είναι δυνατό να εμφανιστεί.

Ο θεραπευτής της βραχείας ψυχοθεραπείας θα πρέπει να ενισχύει τόσο την ικανότητα παρατήρησης του ασθενούς όπως και να δημιουργήσει τη θεραπευτική κατάσταση κατά την οποία μπορεί ο ασθενής να ακούσει τις ερμηνείες του θεραπευτή με τρόπο που θα του φανεί χρήσιμος στο μέλλον (Ursano ,2008).

Στον όρο βραχείες δυναμικές ψυχοθεραπείες συμπεριλαμβάνονται και πολλές τεχνικές με πιο σημαντικές σχολές των Malan, Mann, Davanloo και Σιφνέος. Κάθε μία απ' αυτές τις σχολές έχει εφαρμόσει τα δικά της κριτήρια επιλογής των υποψηφίων για βραχεία παρέμβαση στα οποία δίνεται μεγάλη έμφαση, καθώς και τις δικές της ιδιαίτερες τεχνικές. Κοινά πάντως αποδεκτά κριτήρια είναι η καλή κινητοποίηση, τα ισχυρά κίνητρα ,δυνατότητα ψυχολογικής θεώρησης ,ικανότητα αποδοχής ερμηνειών και επικέντρωσης σε κάποιο κεντρικό θέμα εστίασης που έχει άμεση σχέση με την υποκειμενική σύγκρουση (Κοκαντζής,1988). Παρακάτω γίνεται εκτενέστερη αναφορά για τις τεχνικές σύμφωνα με τον Gillieron (1991):

### 1. Bellak και Small

- Αναγνώριση του υπάρχοντος προβλήματος και διαμόρφωση μιας υπόθεσης την οποία το ιστορικό θα επιβεβαιώσει, θα τροποποιήσει ή θα διαψεύσει.
- Λήψη του ιστορικού αναζητώντας τα δεδομένα που θα μπορούσαν να δια φωτίσουν την προσωπική ιστορία του ασθενούς και να επιτρέψουν να τεθεί διάγνωση από την πρώτη συνεδρία.

- Μελέτη της παθογένειας λαμβανομένης υπόψη της πιθανότητας του υπερπροσδιορισμού.
- Μετά τον καθορισμό της προέλευσης των συμπτωμάτων, επιλογή των θεραπευτικών επεμβάσεων που αποβλέπουν στην εξαφάνισή τους. Οι επεμβάσεις μπορεί να είναι αποκλειστικά λεκτικές είτε να συνοδεύονται από άλλα ενεργητικά μέτρα.
- Διεργασία του προβλήματος, ενίσχυση της νεοαποκτηθείσης συμπεριφοράς και απόσβεση του νευρωτικού τρόπου προσαρμογής.
- Τέλος της θεραπείας με την φροντίδα να διατηρηθεί στον ασθενή η θετική μεταβίβαση και ταυτόχρονα να καταστεί σαφές ότι θα είναι ευπρόσδεκτος αν ξαναγυρίσει (Gillieron, 1991).

## 2. K. Lewin

- Πριν από την έναρξη της θεραπείας συνάπτεται ένα συμβόλαιο με τον ασθενή, σχετικά με τους στόχους της προτεινόμενης εργασίας.
- Από την αρχή, ο γιατρός αντιμετωπίζει πολύ ενεργητικά τον ασθενή ως προς την αυτοτιμωρητική συμπεριφορά του, ελπίζοντας να καταλάβει ότι αυτός ο ίδιος είναι ο δημιουργός των προβλημάτων του.
- Πρώιμη ερμηνεία της μεταβίβασης και ιδίως των αρνητικών πλευρών της.
- Εστίαση της προσοχής του ασθενούς, κατά την διάρκεια κάθε συνεδρίας, ώστε να διατηρηθεί η συνέχεια.
- Παροτρύνουμε τον ασθενή να εξακολουθήσει αυτή την εργασία στο σπίτι του, 24 ώρες το 24ωρο και 7 μέρες την εβδομάδα.
- Ο θεραπευτής, με τα σχόλια και την συμπεριφορά του, προσφέρει στον ασθενή ένα πρότυπο ηθικής συνείδησης περισσότερο φυσιολογικής και λιγότερο τιμωρητικής.

## 3. D. Malan και Tavistock: Εστιακή ψυχοθεραπεία

Ο Ursano (2008) αναφέρει πως ο Malan και Tavistock έδωσαν ιδιαίτερη σημασία στην επιλογή και την διατήρηση ενός περιορισμένου πεδίου εστίασης προς εξέταση, η οποία θα διαρκούσε ένα μικρό χρονικό διάστημα. Επίσης θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στο γεγονός ότι θα πρέπει να βρεθεί το κατάλληλο σημείο εστίασης στην προσωπική ιστορία του κάθε ασθενούς. Η σημασία του καθορισμού του σημείου εστίασης υπογραμμίζει την αξία της

διαγνωστικής διαδικασίας προ της έναρξης της ψυχοθεραπείας, συμπεριλαμβανομένης και της ψυχοδυναμικής εκτίμησης του ασθενούς.

Κατά την αρχική φάση της ψυχοθεραπείας, ο θεραπευτής θα πρέπει να εδραιώσει ορθή επικοινωνία μεταξύ αυτού και του ασθενούς με σκοπό να δημιουργηθεί θεραπευτική συμμαχία. Στις πρώτες κιόλας συνεδρίες θα πρέπει να αναζητηθεί και να καθοριστεί η εστία των προβλημάτων (Windgassen et al., 2005). Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί αγκοεκλυτικές προσεγγίσεις με σκοπό να ξεκαθαριστούν θέματα σχετικά με τις καταστάσεις στην πρώιμη ζωή του ασθενούς, όπως και σχετικά με τις συγκρούσεις του παρόντος. Επίσης αποφεύγει πεδία συζητήσεων τα οποία να αφορούν, για παράδειγμα, θέματα σχετικά με την παθητικότητα, την εξάρτηση και την εκδραμάτιση, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε παρατεταμένη παλινδρόμηση (Ursano ,2008).

Σύμφωνα με τον Gillieron (1991), ο Malan εφάρμοσε σε μια ομάδα μία τεχνική η οποία ήταν:

- Πρόσωπο με πρόσωπο
- Καθορισμός εξ αρχής ενός τέλους της θεραπείας, επισημαίνοντας ότι αν δεν επιτευχθεί το ζητούμενο αποτέλεσμα, πιθανόν να χρησιμοποιηθεί μια άλλη μέθοδος ψυχοθεραπείας στη συνέχεια.
- Διαμόρφωση μιας βασικής ψυχοδυναμικής υπόθεσης που να ερμηνεύει την κυρίαρχη προβληματική του ασθενούς.
- *Ενεργητική ερμηνευτική τεχνική*, που περιλαμβάνει αφενός την εκλεκτική προσοχή για τα στοιχεία που αναφέρονται στην βασική ψυχοδυναμική υπόθεση, αφετέρου την εκλεκτική αδιαφορία για τα στοιχεία που είναι ξένα προς αυτή.

#### 4. Π. Σιφναίος- Η τεχνική της Stapp

Ο Τσαμασίρος (2001), αναφέρει πως ο Σιφναίος υποστήριξε ότι η τεχνική αυτή περιλαμβάνει την επικέντρωση στην ανάλυση και επίλυση των μεταβιβαστικών συναισθημάτων, των αντιστάσεων και των αμυντικών μηχανισμών, ώστε να επιτευχθεί η κατανόηση των βασικών ασυνείδητων συγκρούσεων του θεραπευόμενου. Η αγκο-εκλυτική διαδικασία που επισπεύδει το θεραπευτικό έργο συνοψίζεται σε τέσσερις βασικές ενότητες: την πρώιμη ανάλυση των μεταβιβαστικών συναισθημάτων, την εστίαση, την

ερμηνευτική διεργασία και την χρήση των αγχο-εκλυτικών αντιπαραθέσεων, διευκρινίσεων και ανακεφαλαιώσεων.

Ο Σιφναίος επίσης αναφέρει πως οι θεραπευόμενοι που υποβάλλονται σε STAPP έχουν υψηλό κίνητρο για αλλαγή, το οποίο συμβάλλει αποφασιστικά στην εγκατάσταση της θεραπευτικής συμμαχίας και εξασφαλίζει την ενεργητική συμμετοχή τους στη θεραπευτική διαδικασία.

Ο Τσαμασίρος(2001), αναφέρει πως ένα βασικό καθήκον του θεραπευτή είναι να διασφαλίσει την επικέντρωση της θεραπείας εντός της προκαθορισμένης εστίας και επί των υποκείμενων συγκρούσεων και των συνοδών συναισθημάτων.

Ο Σιφναίος μελέτησε σε βάθος το κίνητρο για αλλαγή αυτών των ασθενών καθώς και το πρόβλημα των διαφορετικών κριτηρίων που υποδηλώνουν την σταθερότητα του Εγώ ( Gillieron,1991).

Η τεχνική που χρησιμοποίησε ο Σιφναίος είναι η ακόλουθη:

- Η θεραπεία θα είναι βραχείας διάρκειας, περίπου 12 έως 18 συνεδρίες, χωρίς όμως να οριστεί η ημερομηνία του τέλους.
- Πρόσωπο με πρόσωπο.
- Ο θεραπευτής συνάπτει εκ των προτέρων ένα συμβόλαιο με τον ασθενή του, όσον αφορά στο πρόβλημα προς θεραπεία.
- Βάσει του συμβολαίου, που έχει εξ αρχής συναφθεί, η τεχνική επέμβασης του Σιφναίου είναι πιο ενεργητική από των Balint-Malan, που έχουν πιο ουδέτερη στάση ( Gillieron,1991).

## 5. H.Davanloo

Ο Gillieron (1991), αναφέρει πως ο Davanloo ανέπτυξε σταδιακά μια τεχνική βραχείας ψυχοθεραπείας την οποία ονόμασε *δυναμική ψυχοθεραπεία βραχείας διάρκειας με διευρυμένη εστία*. Η μέθοδός του ήταν η ακόλουθη:

- Από την πρώτη συνέντευξη, προσπαθεί να φέρει στο φως μια εστία ενεργών συγκρούσεων, ικανή να ερμηνεύσει τα ενοχλήματα του ασθενούς.
- Από την αρχή αντιμετωπίζει πολύ ενεργητικά τον ασθενή ως προς τις αντιστάσεις του.
- Επεμβαίνει αμέσως στις πρώτες συναισθηματικές εκδηλώσεις προς τον θεραπευτή και ωθεί τον ασθενή να τις λεκτικοποιήσει, υιοθετώντας μια στάση πραγματικής πρόκλησης απέναντί του.



- Το τέλος δεν είναι σαφώς προκαθορισμένο, αλλά η διάρκεια της θεραπείας κυμαίνεται μεταξύ 10 και 30 συνεδριών με μέσο όρο τις 20 συνεδρίες.

## 6. J. Mann

Ο J. Mann, χρησιμοποίησε ένα μοντέλο το οποίο:

- Στις δύο ή τρεις πρώτες διερευνητικές συνεντεύξεις, ο ψυχοθεραπευτής οφείλει να καθορίσει μια κεντρική ψυχική σύγκρουση ως πηγή των προβλημάτων του ασθενούς και η οποία έχει τις ρίζες της στην παιδική ηλικία.
- Ο θεραπευτής διαθέτει συνολικά 12 ώρες ψυχοθεραπείας τις οποίες μπορεί να καταναίμει σύμφωνα με το συμβόλαιο που συνάπτει με τον ασθενή, αναλόγως προς την ιδιαίτερη φύση των ψυχικών προβλημάτων του.
- Ο θεραπευτής διατυπώνει την εστία συγκρούσεων του ασθενούς, συνήθως με γενικούς όρους, αποβλέποντας να εκφράσει την κατανόηση και την ενσυναίσθηση από πλευράς θεραπευτή, και να δημιουργήσει μια σχέση σημαντική.
- Η ημερομηνία της τελευταίας συνέντευξης ορίζεται με ακρίβεια.
- Μετά από τη σύναψη του συμβολαίου και την αποδοχή του από τον ασθενή, η θεραπεία αρχίζει σύμφωνα με ένα προκαθορισμένο σχέδιο όπου το βάρος δίνεται στη διεργασία των ασυνείδητων στοιχείων της κεντρικής σύγκρουσης (Gillieron, 1991).

## 7. E. Gillieron (Τεχνική της Λωζάννης)

Ο Gillieron (1991), αναφέρει πως στην πρώτη συνέντευξη επικεντρώνεται κυρίως στα τωρινά προβλήματα του ασθενούς και έπειτα στην προσωπική του ιστορία. Εξετάζονται λεπτομερειακά ο περίγυρος και οι συνθήκες εμφάνισης των συμπτωμάτων καθώς και ο τρόπος προσέλευσης στην εξέταση. Στην συνέχεια διερευνάται το ιστορικό όσο το δυνατόν σε βάθος, ενώ ο θεραπευτής κρατά στο μυαλό του τις συνθήκες εμφάνισης της τωρινής κρίσης, για να κατανοήσει καλύτερα τα βασικά χαρακτηριστικά των αντικειμενοτρόπων σχέσεων του ασθενούς, στο παρελθόν και στο παρόν.

Η δεύτερη συνέντευξη προσανατολίζεται βάσει αυτής της πρώτης εντύπωσης. Εφόσον ο θεραπευτής σχεδιάζει να ακολουθήσει την τεχνική της

βραχείας ψυχοθεραπείας, πρέπει να διατυπώσει μια απλή ψυχοδυναμική υπόθεση που θα συνοψίζει όσο το δυνατόν καλύτερα τη νευρωτική προβληματική του ασθενούς. Σκοπός της δεύτερης συνέντευξης είναι να στηρίξει την υπόθεση που διατυπώθηκε και αν είναι δυνατό να θέσει τα οδηγία σημεία που θα ακολουθήσει η ψυχοθεραπεία, χρησιμοποιώντας δοκιμαστικές ερμηνείες ενώ στην τρίτη συνέντευξη, θα πρέπει να ληφθεί απόφαση για την θεραπεία και να καθορισθούν οι βασικές συνθήκες της όπως είναι για παράδειγμα το ωράριο και η αμοιβή (Gillieron, 1991).

### 3.4 Η κυριότερη εστίαση προβλημάτων ή το κεντρικό θέμα

Σύμφωνα με τον Gillieron (1991), όλοι όσοι ασχολούνται με τη βραχεία ψυχοθεραπεία αναφέρονται στην έννοια της «εστίασης» που συνίσταται στον καθορισμό ενός κεντρικού προβλήματος(εστία) του οποίου την θεραπεία αναλαμβάνουν. Παρ' όλα αυτά η έννοια αυτή θεμελιώνεται σε διαφορετικές θεωρίες και πρακτικές: κατά άλλους αφορά στο συνειδητό προσανατολισμό της θεραπείας σε ένα κυρίαρχο πρόβλημα ή σύμπτωμα ενώ για άλλους στη βασική ψυχοδυναμική υπόθεση που υποτίθεται ότι εξηγεί και συνοψίζει το μεγαλύτερο μέρος των ενδοψυχικών συγκρούσεων.

Στις βραχείες ψυχοθεραπείες, ο ασθενής είναι κατά κάποιον τρόπο περισσότερο εστιασμένος στο έργο, συγκριτικά με τις ανοιχτές θεραπείες ή την ψυχανάλυση και ο ασθενής δεν θα πρέπει να αποθαρρύνεται από το θεραπευτή σχετικά με το σημείο εστίασης αυτό. Αντιθέτως, ο σκοπός του θεραπευτή είναι να ακούσει το αντικείμενο της ανησυχίας του ασθενούς. Ο θεραπευτής κάνει ερωτήσεις, οδηγεί την προσοχή του ασθενούς και χρησιμοποιεί καλοπροαίρετη αμέλεια (Ursano,2008).

Η εστίαση είναι ένα θεωρητικό- τεχνικό τέχνασμα με το οποίο επιδιώκεται να οριοθετηθεί μία συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία όπου επικεντρώνεται η θεραπευτική εργασία. Επίσης η εστίαση αντιστοιχεί στο πλέον σημαντικό σύμπτωμα που παρουσίασε ο ασθενής στο παρόν και το οποίο έχει τις ρίζες στο ασυνείδητο ή κάποιας τρέχουσας ψυχολογικής κρίσης στη ζωή του (Χαρτοκόλλης, 1991). Αυτό το είδος θεραπείας θεωρείται απαραίτητη διότι ο ασθενής αναγνωρίζει το κεντρικό θέμα και έχει την δυνατότητα να μπορεί να

το συσχετίζει με κάποιας μορφής συγκρουσιακής κατάστασης και να αποδέχεται ότι η κακή προσαρμογή ή τα συμπτώματα του συνδέονται με ψυχικές συγκρούσεις και είναι πρόθυμος να τις ερευνήσει (Fahrer ,2000).

Σύμφωνα με τους Gabbard (2006) & Τσαμασίρος (2001), αναφέρουν ότι η χρονικά περιορισμένη θεραπεία πρέπει από την φύση της να είναι εστιασμένη και ο θεραπευτής με τον εξυπηρετούμενο θα πρέπει να προσδιορίσουν μαζί το σημείο στο οποίο θα εστιαστούν για την αντιμετώπιση του προβλήματος, μέσα από τη πρώτη ή τη δεύτερη συνεδρία εκτίμησης. Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλης (1991), το κεντρικό αυτό πρόβλημα έχει άμεση σχέση με το άγχος που φέρνει τον ασθενή στο θεραπευτή, χωρίς να του εξαντλεί την παθολογία.

Ακολούθως, προσδιορίζει τα κριτήρια που θα καθορίσουν την επιτυχία της ψυχοθεραπευτικής έκβασης και θα αποτελέσουν ένα σημείο αναφοράς για την follow-up συνέντευξη. Ο θεραπευτής στην συνέχεια αναφέρεται στη σημασία που έχει η επίγνωση και η αντιμετώπιση των εστιακών συγκρούσεων για την εξάλειψη των δυσκολιών και εξηγεί στον θεραπευόμενο ότι αυτή η διαδικασία επίλυσης προβλημάτων δεν περιορίζεται στο παρόν, αλλά στο μέλλον όπου θα μάθει πώς να επιλύει μόνος του τα προβλήματα που παρουσιάζονται. Επομένως, ο θεραπευόμενος ενημερώνεται για την θεραπευτική διαδικασία, την αγχο-εκλυτική φύση της θεραπείας και την εμφάνιση και αντιμετώπιση των αντιστάσεων (Τσαμασίρος, 2001).

Για να διατηρηθεί η ορισμένη εστίαση κάποιοι ειδικοί που χρησιμοποιούν τη βραχεία ψυχοθεραπεία δεν θα απαντήσουν σε γεγονότα που αναδείχτηκαν από τον πελάτη και δεν έχουν σχέση με τα συμφωνημένα προβλήματα και εργασίες. Η προσδοκία είναι ότι επειδή η ικανότητα του πελάτη να λύνει τα προβλήματα και να λειτουργεί αυτόνομα είναι πιο δυνατά μέσω της θεραπείας, η ικανότητα να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες που θα προκύψουν στο μέλλον θα είναι μεγαλύτερη.

Ιδανικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς, υιοθετούν «εργαλεία» για να συνεχίζουν και να λύνουν τα προβλήματα, τα οποία συνεχίζουν να χρησιμοποιούν και να χτίζουν καθώς προκύπτουν νέες καταστάσεις (Woods et al., 2000).

Για να επιτευχθεί η επεξεργασία και η επίλυση του θέματος πρέπει να έχει αποσαφηνιστεί, έτσι να μπορεί να εστιαστεί η παρέμβαση όπου έχει διάφορες

επιπτώσεις: (1) ενθαρρύνει την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας και μιας μεταβίβασης (2) μετριάζει το άγχος (3) συνδέει ενεστώσεις συγκρούσεις προσαρμογής με προηγούμενες δυσκολίες και (4) οδηγεί στην αναγνώριση των πραγματικών δυνάμεων του ασθενή για την αντιμετώπιση καταστάσεων σύγκρουσης (Fahrer ,2000).

### 3.5 Τεχνικές εστίασης στο κεντρικό πρόβλημα

Ο ειδικός χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές για να εστιάσει ο ασθενής την προσοχή του στο κεντρικό θέμα. Κάποιες από αυτές είναι η εξής:

- Ερωτήσεις,
- Επαναλαμβανόμενα σχόλια,
- Αποσαφήνιση κάποιων απόψεων,
- Η διασαφήνιση η οποία στοχεύει να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει συνείδηση των καταστροφικών και αποδιοργανωτικών επιδράσεων των αμυνών (Fahrer ,2000).

Σύμφωνα με τον Bibring, αναφέρει κάποιες άλλες βασικές τεχνικές (Fahrer ,2000):

- Η υποβολή
- Η συγκληνισιακή εκφόρτιση
- Ο χειρισμός
- Η ερμηνεία

Αναλυτικότερα η τεχνική της διασαφήνισης συνιστάται στη διερεύνηση , μαζί με τον εξυπηρετούμενο, όλων των στοιχείων που φέρνει στη θεραπεία και τα οποία είναι ασαφή, ανακριβή, αντιφατικά και ανολοκλήρωτα. Αρκετοί ασθενείς δεν μπορούν να διαφοροποιήσουν την αιτία της διαταραχής όπου αξιολογούν την πραγματικότητα με παραμορφωμένο τρόπο.

Επίσης ο ειδικός ενεργοποιεί τη μνήμη για να συνδέει τις αναμνήσεις του ατόμου και τον ενθαρρύνει στην εξεύρεση της κατάλληλης λύσης και να διαχωρίζει την πραγματικότητα από την φαντασίωση (Fahrer ,2000).

### 3.6 Ενεργός στάση του θεραπευτή στις Βραχείες Ψυχοθεραπείες

Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί διάφορα εργαλεία για την παρέμβασή του και πρέπει να διαθέτει κάποια προσόντα όπως ευκαμψία, ενεργητικότητα, ικανότητα συσχετισμού και αυθορμητισμού. Η ενεργητικότητα του θεραπευτή μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, από την υποβολή, την κατευθυντήρια υποστήριξη έως και την ερμηνεία. Η ενεργητική στάση του ειδικού θα πρέπει να απευθύνεται (Fahrer ,2000):

1. στην επεξεργασία και την ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας
2. στη μείωση των αρνητικών μεταβιβαστικών αντιδράσεων
3. στην επίλυση της αρχικής συμπτωματολογίας και
4. στην επίλυση του θέματος στο οποίο έχει εστιαστεί η περιορισμένης διάρκειας βραχεία ψυχοθεραπεία.

Η υπομονή, η διακριτικότητα, η αξιοπιστία, η σταθερότητα και η ικανότητα θέσπισης ορίων αποτελούν χαρακτηριστικά που θα επιτρέψουν στον ασθενή να εδραιώσει με τον θεραπευτή μία νέα αντικειμενότερη σχέση.

Σύμφωνα με τον Πιάνος (2003), επίσης αναφέρει ότι ειδικό βάρος δίδεται σε μια αντικειμενική αμοιβαία σχέση πελάτη θεραπευτή. Η τεχνική στηρίζεται τόσο στις επιδέξιες παραλήψεις όσο και το σχεδιασμό και την ενεργητική συμμετοχή του ασθενή. Ο θεραπευτής ορίζει μία προβληματική εστία βάσει του υλικού που θα προσφέρει ο ασθενής και στην οποία επικεντρώνεται η όλη θεραπευτική διαδικασία.

Ο θεραπευτής δίνει ιδιαίτερη προσοχή στις διαπροσωπικές συγκρούσεις πάρα στις ενδοπροσωπικές. Επιχειρεί να βοηθήσει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει τους βασικούς δυσπροσαρμοστικούς τρόπους λειτουργίας του, και μέσω αυτής της θεραπευτικής διαδικασίας του προσφέρει την εμπειρία μίας σημαντικής σχέσης που δεν ταιριάζει με το επαναλαμβανόμενο μοτίβο των σχέσεών του (Butler et al, 1998).

Θα πρέπει να υπάρχει κατανόηση, να ακούει τον πελάτη με ευαισθησία, χωρίς επικριτική διάθεση, να ακούει προσεκτικά και να ανταποκρίνεται στις αγωνίες του. Σύμφωνα με την Parry G. (1996), υπάρχουν μερικοί βασικοί κανόνες που βοηθούν στην προσεκτική ακρόαση του άλλου και στην κατανόηση των συναισθημάτων του. Να προσπαθήσει ο ειδικός να μην επιβάλλει τις ιδέες του ,να δείξει πως καταλαβαίνει τι νιώθει, αντί να κάνει ένα σωρό ερωτήσεις ή να δίνει συμβουλές και να βγάζει αυθαίρετα συμπεράσματα με βάση το πώς θα ένιωθε σε μια τέτοια περίπτωση.

### 3.7 Ενδείξεις και αντενδείξεις των Βραχειών Ψυχοθεραπειών

Η ενδείξεις για την βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία ,σύμφωνα με τον Gabbard (2006), περιλαμβάνουν αρκετά κριτήρια εκλογής: 1) ικανότητα για ψυχολογική σκέψη, 2) υψηλά επίπεδα λειτουργικότητας του Εγώ, 3) ισχυρό κίνητρο για αυτογνωσία, πέρα απτήν ανακούφιση των συμπτωμάτων, 4) ικανότητα για δημιουργία μία σχέση εις βάθος, 5) ικανότητα ανοχή του άγχους. Επίσης ίσως να είναι χρήσιμη σε υγιή άτομα που διέρχονται μία αναπτυξιακή μετάβαση όπως για παράδειγμα να αλλάζουν δουλειά ή το να αποκτούν το πρώτο τους παιδί.

Η Stapp αντιπροσωπεύει το πρώτο μοντέλο βραχείας θεραπείας και ενδείκνυται σε άτομα που παρουσιάζουν ψυχολογικά συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη, αντιδράσεις πένθους, τριαδικές σχέσεις, ψυχαναγκαστικές ενοχλήσεις, φοβίες και δυσκολίες σε διαπροσωπικές σχέσεις, δυσκολίες που συνδέονται με απώλειες και αντενδείκνυται σε ασθενής που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη ζωή τους λόγω προ-οιδιπόδειας προέλευσης. Αυτό οφείλεται γιατί η σύντομη διάρκεια της θεραπείας δεν επιτρέπει την ανάλυση όλων των δυσκολιών (Τσαμασίρος, 2001).

Αν ο εξυπηρετούμενος δεν μπορεί να καθορίσει επακριβώς το πρόβλημα για να εστιαστεί τότε σε αυτήν την περίπτωση αντενδεικνύετε η βραχεία θεραπεία. Επίσης οι διαταραχές προσωπικότητας εκτός αν εμφανίζεται παραπνοούμενος για συγκεκριμένη κατάσταση όπως το πένθος. Επίσης κάποιοι συγγραφείς αποκλείουν και τους χρόνια φοβικούς ή τους ψυχαναγκαστικούς. Επίσης όταν υπάρχουν πολλά σύνθετα προβλήματα του χαρακτήρα του εξυπηρετούμενου μπορεί να παρεμποδίζει την αποτελεσματική παρέμβαση μίας βραχείας θεραπείας (Gabbard ,2006).

### 3.8 Βραχεία Ψυχοθεραπεία σε οριακούς ασθενείς

Ο αυξανόμενος αριθμός ασθενών με οριακή οργάνωση της προσωπικότητας, οι οποίοι χρειάζονται βοήθεια για να επιλύσουν τα συναισθηματικά τους προβλήματα, έχει συντελέσει στην αναζήτηση και μελέτη

καινούργιων θεραπευτικών μεθόδων. Τα τελευταία χρόνια οι βραχείες ψυχοθεραπείες με συνδυασμό και τη χρήση διαφόρων μεθόδων βοηθούν στην επίλυση των προβλημάτων σε οριακού ασθενείς. Κάποια από τα χαρακτηριστικά της περιορισμένης διάρκειας θεραπείας είναι πως εστιάζεται σε μία συγκεκριμένη δυσκολία του πελάτη και λειτουργεί καθοδηγητικά η θεραπεία (Fahrer, 2000). Η βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία μπορεί να διευθετήσει το χαοτικό πρότυπο των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και τις ανεπάρκειες στην αυτοεκτίμηση και την αυτοσυνοχή (Gabbard, 2008).

Ο Fahrer (2000), αναφέρει την διάκριση της έννοιας του χρόνου σε σχέση των μεταβιβαστικών και αντιμεταβιβαστικών πτυχών που εμφανίζονται σε αυτό το είδος της θεραπείας. Υπάρχουν δύο είδη χρόνου: τον κατηγορικό ή ενήλικο χρόνο και τον υπαρξιακό ή παιδικό χρόνο. Στο πρώτο είδος μετريέται με ρολόγια και ημερολόγια ενώ στο δεύτερο είδος είναι αυτό που ζούμε ή βιώνουμε, το οποίο κυριαρχείται από παιδικές φαντασιώσεις και του οποίου η διάρκεια είναι απεριόριστη. Πέρα από τη εμπειρία του απεριόριστου εμπειριέχει και την εμπειρία του πραγματικού χρόνου επειδή ο παιδικός χρόνος βρίσκεται πάντα σε λανθάνουσα κατάσταση στην ώριμη περίοδο του ορθού λόγου. Η ικανότητα αναγνώρισης και κατανόησης του κατηγορικού χρόνου είναι συνδεδεμένη με τη διευρυμένη ανάπτυξη της αίσθησης της πραγματικότητας.

Η παρουσία του «νηπιακού ή παιδικού χρόνου» σε συνειδητές και συμπεριφορικές εκδηλώσεις δείχνει τη σοβαρότητα της διαταραχής. Δηλαδή όσο περισσότερο υπάρχει ασάφεια σχετικά με τη διάρκεια της θεραπείας, τόσο μεγαλύτερη είναι η επίδραση του νηπιακού χρόνου στις επιθυμητές προσδοκίες. Όταν υπάρχει σεβασμός για το χρόνο που διαρκεί η θεραπεία, έτσι ευνοεί την ανάδυση της ικανότητας του ασθενή να αποδεχθεί την πραγματικότητα (Fahrer, 2000).

Πρόσφατες απόπειρες για την ανάπτυξη εξειδικευμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων σε ειδικούς πληθυσμούς είναι η θεραπεία των Clarkin και Kernberg για ασθενείς με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας και υποστηρικτική- εκφραστική των Mark et al για χρηστές κοκαΐνης αλλά η αποτελεσματικότητα αυτών των ειδικών προσεγγίσεων βρίσκεται ακόμα στο στάδιο της έρευνας και του ελέγχου (Butler et al, 1998).

### 3.8.1 Εφαρμογή της Βραχείας Ψυχοθεραπείας στους οριακούς ασθενείς.

Γενικά ο ασθενής συμβουλευείται τον ειδικό όταν αντιμετωπίζει μία κατάσταση κρίσης. Υπάρχει το ενδεχόμενο να συνοδεύεται η κρίση από κατάθλιψη, άγχος, ψυχοσωματικές αντιδράσεις, φοβίες και διαπροσωπικές συγκρούσεις. Οι διαταραχές συνήθως πυροδοτούνται από κάποια αγχώδη κατάσταση, κυρίως ένα σημαντικό γεγονός του ασθενή. Η σπουδαιότητα του γεγονότος εξαρτάται από την έκταση του αλλά και από την συναισθηματική επίπτωση στο άτομο. Είναι απαραίτητο να διερευνηθεί η φύση των συμπτωμάτων, τα προβλήματα και οι δυσκολίες και να ανακαλυφθεί ο παράγοντας που τα πυροδότησε (Fahrer, 2000).

Εφόσον έχει γίνει η λήψη του ιστορικού από τον πελάτη, ο ειδικός έχει στη διάθεσή του το υλικό για να γίνει η σωστή διάγνωση και να επιλέξει την κατάλληλη παρέμβαση (Fahrer, 2000).

Βασικό στοιχείο είναι μία κοινή προσπάθεια ώστε να επιλυθούν τα συμπτώματα στα οποία επικεντρώνεται η θεραπεία, απευθύνεται στο υγιές κομμάτι του Εγώ και στην ικανότητα αντίληψης, μνήμης, προσοχής, νοημοσύνης, λόγου, αίσθησης, έκφρασης των κινήτρων του πελάτη. Θα πρέπει ο ειδικός να εξηγήσει στο άτομο τις βασικές αρχές της βραχείας θεραπείας και τους τρόπους λειτουργίας. Η συγκεκριμένη πληροφόρηση έχει σκοπό να διευκολύνει την συνεργασία του ασθενή και του θεραπευτή, εφόσον γνωρίζει ο πρώτος τον στόχο που έχουν να επιτύχουν, αντί να επιτραπεί στο άγχος να απορρίψει το στόχο μπροστά στο φόβο του αγνώστου (Fahrer, 2000).

Στους οριακούς ασθενείς στους οποίους αντενδείκνυται η βραχεία θεραπεία συνήθως παρουσιάζουν έντονες τάση αποδιοργάνωσης, ισχυρή τάση για εκδραμάτιση, σοβαρή αυτοκαταστροφική ή αντικοινωνική συμπεριφορά, ή βαθιά καταθλιπτική κατάσταση με κίνδυνο αυτοκτονίας. Ο συγκεκριμένος τύπος θεραπείας απευθύνεται μόνο στα άτομα που παρότι εκφράζουν σοβαρά παράπονα ανικανότητας, σε πολλές περιπτώσεις διαθέτουν ισχυρό



Εγώ ώστε να μπορούν να διαπραγματευτούν ένα θεραπευτικό συμβόλαιο και να είναι ανεκτικοί απέναντι στο χρονοδιάγραμμα της παρέμβασης (Fahrer, 2000).

Πέρα από την θεραπεία χορηγείτε και φαρμακευτική αγωγή με σκοπό, το συναίσθημα και η παρορμητικότητα να καταλαγιάσουν έτσι ώστε να είναι πιο εύκολα για το άτομο να αναλογιστεί τις εσωτερικές καταστάσεις και διαδικασίες που συμβαίνουν μεταξύ αυτών και των άλλων προσώπων (Gabbard, 2008). Ο ειδικός θα πρέπει να εξερευνήσει τους παράγοντες που ίσως ενδείκνυται η φαρμακευτική αγωγή και το ρόλο που παίζει στις πεποιθήσεις του ασθενούς σχετικά με το άτομό του και το διαπροσωπικό του σθένος και ευπάθεια (Ursano, 2008).

Στη διάρκεια της παρέμβασης, δίνεται στον ασθενή μία κάρτα για να σημειώνει την ημερομηνία της κάθε συνεδρίας και υποδεικνύεται η ημερομηνία της τελευταίας από αυτές, ακόμη ο ειδικός τις καταχωρεί και στο ημερολόγιό του (Fahrer, 2000).

Ο θεραπευτικός σχεδιασμός για την παρέμβαση, χάρη στην οργάνωση και την βραχύτητα της , δημιουργεί αίσθημα αισιοδοξίας και καθησυχασμού, επιτρέπει στο άτομο να έχει μεγαλύτερη αίσθηση αυτονομίας, ελέγχου και προσαρμογής στην πραγματικότητα αλλά ενδέχεται να δημιουργηθεί στο πελάτη να αίσθημα δυσαρέσκειας για τα χρονικά όρια (Fahrer ,2000).

Οι **ΤΕΧΝΙΚΕΣ** αρχές όπου βασίζεται η περιορισμένη διάρκεια βραχείας θεραπείας για οριακούς ασθενείς είναι οι εξής (Fahrer ,2000:169):

1. «Χρονικά όρια
2. Περιορισμένοι στόχοι
3. Η θεραπεία κινείται σε μια περιορισμένη περιοχή του ψυχισμού ή εστιάζεται σε συγκεκριμένα θέματα.
4. Οι ερμηνείες αφορούν περιορισμένα επίπεδα του ψυχισμού.
5. Αποφυγή δημιουργία μεταβιβαστικής νεύρωσης.
6. Ενεργός συμμετοχή του θεραπευτή.»

Η θεραπεία μπορεί να αποδειχθεί επιτυχής μόνο αν τα παθολογικά στοιχεία του χαρακτήρα αντιμετωπιστούν. Στη συνέχεια παρουσιάζονται κάποιες **στρατηγικές** για να υπάρξει επιτυχία της περιορισμένη διάρκειας βραχείας θεραπείας (Fahrer ,2000:170):

1. «Η ταυτόχρονη επεξεργασία **δύο θεμάτων** στα οποία έχει εστιαστεί η θεραπεία από την αρχή.
  - α. Η εστίαση σε ένα κυρίαρχο πρόβλημα ή **το κεντρικό θέμα**.
  - β. Η εστίαση στον περιορισμένο χρόνο της θεραπείας ή **στον αποχωρισμό**.
2. Η στάση ή η ενεργός συμμετοχή του θεραπευτή που αποσκοπεί στην επίτευξη και στην εγκαθίδρυση της θεραπευτικής συμμαχίας.
3. Η επίλυση της σύγκρουσης με τη σχέση διευκρινήσεων και τρόπων αντιμετώπισης ως κυρίαρχων μεθόδων απόκτησης εναισθησίας.»

### Ανακεφαλαίωση

Συνοψίζοντας καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως βασικός σκοπός των χαρακτηριστικών της βραχείας ψυχοθεραπείας δεν είναι η αναδόμηση της προσωπικότητας του εξυπηρετούμενου αλλά η λύση των ψυχο-συγκρούσεων που βρίσκονται στο επίκεντρο των τρέχον προβλημάτων. Επίσης ο θεραπευτής δεν είναι ουδέτερος απέναντι στα προβλήματα του ατόμου αλλά αντίθετα ενθαρρύνεται η ερμηνευτική του παρέμβαση, αναλύει την φύση της ψυχο-σύγκρουσης και τις αντιδράσεις στην καθημερινή του ζωή.

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι στα σχήματα βραχείας ψυχοθεραπείας εκτός από της βραχείας δυναμικής ,περιλαμβάνονται και άλλες ψυχοθεραπείες όπως η επείγουσα ψυχοθεραπευτική παρέμβαση ή παρέμβαση στην κρίση άλλα και οι περισσότερες από τις συμπεριφορικές, οικογενειακές θεραπείες, η γνωστική θεραπεία και η διαπροσωπική που είναι επίσης σύντομες χρονικά θεραπείες. Η επικεντρωμένη σε στόχους κοινωνική εργασία αποτελεί μια βραχύχρονη θεραπεία όπου έχει κοινά σημεία με τις παραπάνω βραχείες θεραπείες όπως η επιλεγμένη εστίαση σε καθορισμένα προβλήματα και οι συγκεκριμένοι στόχοι.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

#### Εισαγωγή

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις ψυχολογικές κρίσεις και γενικότερα στους τύπους, τις αιτίες και τις συνέπειες των κρίσεων.

Ακόμη αναφερόμαστε σε δύο πολύ σημαντικές περιόδους στην ζωή, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν κρίση όπως είναι ο καρκίνος και το πένθος. Αναλύουμε την περίοδο της διάγνωσης του καρκίνου, καθώς επίσης αναφέρουμε την ύπαρξη τριών ειδών συμπεριφορών θρήνου που ενεργοποιούν τα άτομα στην προσπάθεια τους να προσαρμοστούν στην αίσθηση του κενού που δημιουργεί το πένθος:

Στην συνέχεια, προτείνουμε ιδέες για την δημιουργία κέντρων και υπηρεσιών που θα μπορούν να αντιμετωπίζουν περιόδους κρίσεων και κλείνοντας αναφερόμαστε στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

#### 4.1 Το αναπόφευκτο της κρίσης στην οικογένεια

Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006), η θεωρία της κρίσης στη σύγχρονη της μορφή διαμορφώθηκε από δύο κυρίαρχα ρεύματα:

- Το πρώτο αφορά τις γνώσεις, τις έννοιες, και την πρακτική από την ψυχοδυναμική θεωρία, από την ψυχολογία του Εγώ, από παρατηρήσεις των αναπτυξιακών σταδίων της παιδικής ηλικίας και από την συστημική θεωρία.
- Το δεύτερο ρεύμα είναι οι εσωτερικές εξελίξεις στη μεθοδολογία και στο επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας. Η κοινωνική εργασία ξεκίνησε ως κοινωνική εργασία με άτομα, επηρεάστηκε ιδιαίτερα από τις ψυχοδυναμικές θεωρίες για να διαμορφωθεί ως θεωρία και πρακτική που

ενσωμάτωσε αργότερα ψυχολογικές και κοινωνιολογικές έννοιες από ποικίλες σχολές σκέψης.

Η θεωρία της κρίσης μπορούμε να το εφαρμόσουμε αντί στον κύκλο της ζωής ενός ατόμου στο κύκλο ζωής της οικογένειας και να έχουμε κρίσεις που συνδέονται με το κύκλο ζωής της οικογένειας (Τσιάντης, 1990).

Η οικογένεια συνήθως βρίσκεται σε κρίση όταν ένα ξαφνικό ή αναπόφευκτο γεγονός γίνεται αντιληπτό ως απειλή ή απώλεια ή πρόκληση από ένα ή περισσότερα μέλη προκαλώντας έντονη αναστάτωση και ανατρέποντας την ισορροπία όλης της οικογένειας με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διαταραχές και διάφορα συμπτώματα σε ένα ψυχολογικό, κοινωνικό και βιολογικό επίπεδο (Παπαδάτου 1990, Καμπισσοπούλου 2008).

Πριν γίνει εκτενέστερη αναφορά στην κρίση σε σχέση με την οικογένεια χρειάζεται να αναφερθεί ο ρόλος της οικογένειας ή στο τι περιμένει η κοινωνία μας από την οικογένεια. Αυτά είναι τα εξής:

- Η παροχή στέγης, κατοικίας και υλικών αγαθών στα μέλη της.
- Η παροχή σωματικής και συναισθηματικής φροντίδας και στους ενήλικους και στα παιδιά.
- Η προώθηση και διατήρηση της συναισθηματικής υγείας και της ισορροπίας των μελών της.
- Η εξασφάλιση της κοινωνικοποίησης των παιδιών
- Η δημιουργία σεξουαλικών προτύπων και ρόλων , που προετοιμάζουν το δρόμο για τη σεξουαλική ωρίμανση και ικανοποίηση.
- Η παροχή δυνατοτήτων για την ανάπτυξη προσωπικής ταυτότητας συνδεδεμένης με την οικογενειακή ταυτότητα. Το αίσθημα της ταυτότητα είναι αναγκαίο για να μπορέσουν τα μέλη να αντεπεξέρχονται με τις καινούργιες εμπειρίες και τη δημιουργία νέων δεσμών (Τσιάντης, 1990).

Το ζευγάρι βρίσκεται σε καθημερινή αλληλεπίδραση , με αποτέλεσμα τόσο μεταξύ του άνδρα και γυναίκας όσο και μεταξύ γονέων και παιδιών να υπάρχουν αμέτρητες συναλλαγές. Μια απόφαση όταν λαμβάνεται κατά τη διάρκεια μιας κρίση και αφορά το σύντροφο τότε χρειάζεται εγρήγορση και ψυχραιμία, καθώς ανάλογα με το χειρισμό της κρίσης η σχέση εξομαλύνεται ή

περιπλέκεται. «Η ίδια η οικογένεια από εστία ζωής μπορεί να μεταβληθεί σε κύτταρο πόνου και θανάτου αφού για πολλά άτομα γίνεται πηγή δυστυχίας και δυσεπίλυτων προβλημάτων. Με τη συμβολή της οικογένειας και ανάλογα τις σχέσεις που επικρατούν μεταξύ των μελών, ένα πρόβλημα μπορεί είτε να επιλυθεί είτε να επιδεινωθεί» (Κυριακίδης, 2000: 164). Επομένως πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι ο ρόλος των γονιών σε μία οικογένεια που βρίσκεται σε κρίση είναι καταλυτικός για την επίλυση της κρίσης και στην αναζήτηση μιας νέας ισορροπίας (Παπαδάτου,1990). Παρακάτω γίνεται αναφορά για τους ρόλους που παρουσιάζουν σοβαρή δυσλειτουργία:

#### *Οικογενειακοί ρόλοι*

Σύμφωνα με την Βεργέτη (2006), υπάρχουν οι εξής οικογενειακοί ρόλοι στους οποίους κάποια άτομα μπορεί να παρουσιάζουν σοβαρή δυσλειτουργία:

- Γονικό επίπεδο(ρόλος μητέρας)
- Γονικό επίπεδο(ρόλος πατέρα)
- Συζυγικό επίπεδο
- Ρόλος ενήλικου γιου ή κόρης
- Ρόλος αδελφού/ής
- Ρόλος της πεθεράς

Η παρέμβαση για την αντιμετώπιση της κρίσης στους οικογενειακούς ρόλους αποσκοπεί στην έκφραση και επίγνωση συναισθημάτων, στην απόκτηση ενημερότητας και αποδοτικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης των προβλημάτων και στην προώθηση της αυτονόμησης των ενηλίκων ατόμων από σχέσεις εξάρτησης με συζύγους (Βεργέτη, 2006).

#### *Ρόλοι απασχόλησης*

Σύμφωνα με την Βεργέτη (2006), η απασχόληση είναι ένα σημαίνον στοιχείο για τη συνολική κοινωνική λειτουργικότητα. Τα προβλήματα στο ρόλο αυτό αποτελούν γενεσιουργό παράγοντα στην εκδήλωση της κρίσης ή επιβαρυντικό όταν προκύπτουν στη διάρκειά της. Η απόκριση του ατόμου στις απαιτήσεις της εργασίας, η παρουσία, η απόδοση και η αποτελεσματικότητά του εξασθενούν όταν βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης.

Η οικογενειακή σχέση πολλές φορές δοκιμάζεται από τις κρίσεις: έλλειψη χρημάτων, να κλονιστεί η υγεία, να μειωθεί η βιολογική έλξη, ξαφνική απώλεια αγαπημένου προσώπου. Αυτές οι κρίσεις δοκιμάζουν το βαθμό

αλληλοσεβασμού ανάμεσα στο ζευγάρι, η ικανότητα κατανόησης των αδυναμιών του άλλου, η διάθεση αυτοπροσφοράς, η συναίσθηση της ευθύνης απέναντι στα παιδιά (Κυριακίδης, 2000). Σύμφωνα με τον Τσιάντης (1990), αναφέρει πως δυνητικά υπάρχουν αρκετές καταστάσεις που βάζουν την οικογένεια σε κρίση πέρα από τις παραπάνω, όπως η βία στην οικογένεια και το διαζύγιο.

Συνήθως τα μέλη της οικογένειας που βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης ,αρχικά κατακλύζονται από άγχος. Κινητοποιούν τους γνώριμους τρόπους αντιμετώπισης στην προσπάθεια να λύσουν το πρόβλημα τους και να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες, χωρίς όμως οι προσπάθειες τους να αποδώσουν. Αυτή η αποτυχημένη προσπάθεια εντείνει ακόμα περισσότερο στην αύξηση του άγχους καθώς νιώθουν αδυναμία να ελέγξουν όσα συμβαίνουν στη ζωή τους. Προβλήματα που υπήρχαν στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, με την εμφάνιση της κρίσης οξύνονται (Παπαδάτου ,1990).

Όταν οι γονείς έχουν σαφείς , διαφοροποιημένους ρόλους μεταξύ τους και συνεργάζονται στα πλαίσια μιας συμπληρωματικής και υποστηρικτικής σχέσης ,παρέχουν ένα πρότυπο συναλλαγής που βοηθά και τα υπόλοιπα μέλη στην ωριμότερη αντιμετώπιση των δυσκολιών (Παπαδάτου ,1990). Η κρίση λοιπόν είναι μία κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε ωρίμανση και πιο πέρα ανάπτυξη αλλά από την άλλη μεριά μπορεί να οδηγήσει σε αποδιοργάνωση (Τσιάντης 1990, Κυριακίδης 2000). Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2000), κατά την διάρκεια μιας κρίσης το άτομο λειτουργεί με τους γνωσιακούς μηχανισμούς ως εξής:

- Εκτιμά και επανεκτιμά την κατάσταση.
- Αναζητά νέες πληροφορίες ως προς την κρίση και τις εναλλακτικές λύσεις, ιδίως από άλλους που είχαν παρόμοιες εμπειρίες.
- Αναζητά νέα πρότυπα ρόλων.
- Αναφέρεται σε προηγούμενες ανάλογες καταστάσεις και εμπειρίες.
- Προσπαθεί να συνδέσει την κρίση με το επίπεδο αυτοεκτίμησης και τις προηγούμενες κοινωνικές δραστηριότητες.
- Επιδιώκει να ενισχυθεί σχετικά με τα σχέδια και τους στόχους του.
- Τροποποιεί το επίπεδο των επιδιώξεων και των στόχων του.

Η κρίση διαρκεί από μερικές ώρες έως και έξι εβδομάδες. Σε κατάσταση κρίσεων κινητοποιούνται διάφοροι μηχανισμοί αντιμετώπισης της κρίσης της οικογένειας ,που μπορεί να είναι προσαρμοστικοί είτε δυσπροσαρμοστικοί. Οι συνεχείς κρίσεις και το στρες είναι όμως δυνατόν να αποκτήσει προσαρμοστικούς μηχανισμούς και τρόπους συμπεριφοράς, έτσι ώστε σε μία μεγάλη κρίση στη ζωή της οικογένειας να μπορεί να το ξεπεράσει (Τσιάντης ,1990).

#### 4.2 Τυπολογία των Κρίσεων και τα Χαρακτηριστικά τους

Η ταξινόμια των κρίσεων θα πρέπει να γίνεται με βασικό κριτήριο όχι το είδος του κινδύνου, αλλά την επίδραση που υφίσταται το άτομο (Χατζηχρήστου, 2005). Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006) και την Καμπισοπούλου (2008), οι τύποι των καταστάσεων κρίσεις είναι οι εξής:

- *Αναπτυξιακές.* Ο Carlan χρησιμοποίησε το μοντέλο του Erickson που αναφέρεται στις περιόδους κρίσης που προκαλούνται στο άτομο με αφορμή τα φυσιολογικά, αναπτυξιακά στάδια που περνά κατά την διάρκεια της ζωής του. Ο Carlan αναφέρεται στις αναπτυξιακές κρίσεις ως μεταβατικές περιόδους στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου που χαρακτηρίζονται από γνωστική και συναισθηματική αναστάτωση. Οι αναπτυξιακές κρίσεις θεωρούνται φυσιολογικές. Για παράδειγμα αναπτυξιακές κρίσεις μπορεί να συμβούν ως αντίδραση στη γέννηση ενός παιδιού, την αλλαγή καριέρας στη μέση ηλικία κ.α.

- *Περιστασιακές.* Είναι οι κρίσεις που προέρχονται από έκτακτα, απροσδόκητα γεγονότα που προκαλούν έντονη ψυχική αναστάτωση και διαταραχή συμπεριφοράς. Μπορεί να συμβούν σε ένα άτομο, σε ένα μέλος της οικογένειας ακόμη και σε ολόκληρη την κοινότητα. Το στοιχείο που διαφοροποιεί μια περιστασιακή κρίση από άλλου είδους κρίσεις είναι ότι μια τέτοια κρίση είναι σπάνια, ξαφνική, έντονη και συχνά καταστροφική. Οι περιστασιακές και οι αναπτυξιακές κρίσεις έχουν μεταβατικό χαρακτήρα για το άτομο, το βοηθούν να ωριμάσει συναισθηματικά αλλά συγχρόνως αποτελούν και κίνδυνο κατάρρευσής του.

- *Υπαρξιακές.* Αναφέρονται στις εσωτερικές συγκρούσεις και τα άγχη του ατόμου σχετικά με θέματα ανεξαρτησίας, υπευθυνότητας, ελευθερίας και δέσμευσης. Για παράδειγμα η συνειδητοποίηση του ατόμου σε προχωρημένη ηλικιακή φάση ότι δεν μπόρεσε να δημιουργήσει ευτυχισμένη οικογένεια αποτελεί ένδειξη υπαρξιακής κρίσης.

- *Περιβαλλοντικές κρίσεις.* Περιβαλλοντικές Κρίσεις συνήθως συμβαίνουν όταν κάποια φυσική ή ανθρωπίνως –προσληθείσα καταστροφή έχει συνέπειες σε ένα άτομο ή σε ένα (μικρό ή μεγάλο) αριθμό ανθρώπων, οι οποίοι βρίσκονται, όχι από δικό τους σφάλμα ή πράξη, να ζουν τον εφιάλτη ενός γεγονότος το οποίο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά κυριολεκτικά κάθε μέλος του περιβάλλοντος όπου ζουν. Τέτοιες κρίσεις μπορεί να συμβούν με τη μορφή φυσικών φαινομένων όπως, τυφώνες, πλημμύρες, παλιρροιακά κύματα, ηφαιστειακές εκρήξεις, σεισμοί, κατολισθήσεις, λιμούς, πυρκαγιές. Άλλες περιπτώσεις περιβαλλοντικών κρίσεων μπορεί να είναι βιολογικού χαρακτήρα, όπως κατά τη διάρκεια μιας επιδημίας ή μιας τεράστιας πετρελαιοκηλίδας, πολιτικού χαρακτήρα, όπως τον πόλεμο ή μια μεταναστευτική κρίση, αποτέλεσμα πολέμου ή φυλετικού «καθαρισμού».

Επίσης διακρίνονται αλλά δύο είδη κρίσεων, η μία που καλείται εξελικτική και που βασίζεται στη θέση ότι το άτομο αναπτύσσεται μέσα από μια σειρά από φάσεις ή μεταβατικές περιόδους που προκαλούν συναισθηματική αναταραχή. Εξελικτικές κρίσεις συμβαίνουν στην περίοδο της εφηβείας, της μέσης ηλικίας. Η δεύτερη κατηγορία είναι αυτή, που οφείλονται σε γεγονότα που δεν τα περιμένει κανένας, όπως ο φυσικός τραυματισμός, απώλεια εργασίας κ.λ.π. (Τσιάντης, 1990). «Κάποια είδη κρίσης εμπεριέχουν το στοιχείο του κινδύνου, όπου κάποιες φορές απειλείται και η ίδια η ζωή του ατόμου» (Parry, 1996:34).

Σύμφωνα με τη θεωρία της κρίσης το στρεσογόνο ή το απειλητικό γεγονός σε συνδυασμό με τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτό από το υποκείμενο προκαλεί υψηλή ένταση, η βιοψυχοκοινωνική ισορροπία του ατόμου αρχίζει να αλλάζει και σταδιακά εισάγεται στο ευάλωτο στάδιο της κρίσης (Βεργέτη, 2006).

Σύμφωνα με τον Herbert M. (1997: 265) και η Βεργέτη(2006), αναφέρει κάποια είδη της κρίσης που μπορεί να εμφανιστούν σε μια οικογένεια:



- «Διάγνωσης νοητικής ή σωματικής μειονεξίας του παιδιού.
- Χωρισμός ή διαζύγιο.
- Απώλεια κάποιου μέλους της οικογένειας (πένθος).
- Σωματική ασθένεια ή βλάβη.
- Ψυχική ασθένεια κάποιου μέλους της οικογένειας.
- Αποκάλυψη σεξουαλικής κακοποίησης παιδιού ή εφήβου της οικογένειας.
- Ανάμειξη της αστυνομίας (εγκληματικές πράξεις του παιδιού ή προσαγωγή σε δικαστήριο).
- Ανακάλυψη χρήσης ναρκωτικών.
- Διάγνωση νευρικής ανορεξίας.
- Αποχώρηση του παιδιού από το σπίτι.
- Αποτυχία στο σχολείο.
- Βία στην οικογένεια».

Όλα τα είδη που αναφέραμε ως τώρα είναι εξαιρετικά αγχογόνα. Μερικές φορές συμβαίνουν γεγονότα τόσο απρόσμενα, βίαια και επικίνδυνα ,που μπορούν να χαρακτηριστούν τραυματικά. Ο διαχωρισμός μεταξύ τραυματικού και μη τραυματικού άγχους δεν είναι και πολύ σαφής. Το ψυχολογικό τραύμα χαρακτηρίζεται από μία ξαφνική, μεγάλη και συντριπτική απειλή για την ασφάλεια του ατόμου. Το τραυματικός άγχος έχει το χαρακτήρα της καταστροφής (Parry, 1996).

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2000), η κρίση μπορεί να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Να είναι οξεία με περιορισμένη διάρκεια και η λύση της να οδηγεί το άτομο στην προηγούμενη κατάστασή του.
- Να αφορά σε μεταβατικές καταστάσεις που διαταράσσουν προηγούμενες καταστάσεις και σχέσεις.
- Να αφορά σε χρόνιες δυσλειτουργικές καταστάσεις που διαταράσσονται από εκρήξεις κρίσεων.

Η Parry, (1996:43), προσδιορίζει τα παρακάτω ως τα χαρακτηριστικά των ψυχολογικών κρίσεων:

- «Ένα γεγονός που πυροδοτεί το άγχος ή το μακροχρόνιο άγχος.
- Το άτομο νιώθει βαθιά μελαγχολία.

- Υπάρχει απώλεια , κίνδυνος ή ταπείνωση.
- Υπάρχει αίσθηση του ανεξέλεγκτου.
- Τα γεγονότα φαίνονται απρόσμενα.
- Δημιουργούνται αλλαγές στον καθημερινό τοπίο ζωής.
- Υπάρχει αβεβαιότητα για το μέλλον.
- Η μελαγχολία συνεχίζεται για αρκετό διάστημα (περίπου από δύο έως έξι βδομάδες).»

Αν υπάρχουν αυτά τα χαρακτηριστικά, τότε το πιο πιθανόν το άτομο να αντιμετωπίζει μία ψυχολογική κρίση. Στη περίπτωση που αυτά τα χαρακτηριστικά δεν υπάρχουν, τότε το άγχος που βιώνει το άτομο δεν σημαίνει πως ισοδυναμεί με μία κατάσταση κρίσης. Οι πολυδιάστατες κρίσεις εκτός από την πολυπλοκότητα τους δεν παρουσιάζουν άλλες διαφορές. Έχουν όλα τα στοιχεία των απλούστερων μορφών κρίσης: απώλεια ,κίνδυνος, αρνητική αποκάλυψη, ταπείνωση, διακοπή της ρουτίνας, κρυφή επικοινωνία (Parry, 1996).

Επίσης σύμφωνα με την Parry (1996), αναφέρει πως σε όλες τις ψυχολογικές κρίσης παρουσιάζουν νοητές αναδρομές σε μία τραυματική εμπειρία που μπορούν να θωρηθούν σαν μία μορφή έντονης ενασχόλησης. Αυτή η ενασχόληση των νοητικών αναδρομών γίνεται ακούσια, ο άνθρωπος ξαναζεί την τραυματική εμπειρία ,μέσω των νοητικών εικόνων. Οι νοητικές αναδρομές είναι εξαιρετικά καταθλιπτικές και φέρνουν το φόβο στη θέση της αποστασιοποίησης.

#### 4.3 Τα στάδια των ψυχολογικών κρίσεων

Η Λαγωνίκα (2006) και η Βεργέτη (2006), επισημαίνει πως ο Carlan αναφέρει τα εξής στάδια της κρίσης:

- Ένα συγκεκριμένο γεγονός κινδύνου που λειτουργεί ως εκλυτικός παράγοντας. Είναι η αρχική ένταση που αισθάνεται το άτομο όταν διαταραχθεί η ομοιοστατική του ισορροπία.

- Καθώς η ένταση αυξάνεται, το άτομο συνειδητοποιεί το γεγονός αυτό ως απειλητικό επειδή δεν έχει ακόμα βρει τρόπους επίλυσης της έντασης. Στο

συγκεκριμένο στάδιο το άτομο επιστρατεύει τους συνηθισμένους τρόπους επίλυσης προβλημάτων αλλά αποτυγχάνει. Αποτέλεσμα της αποτυχίας είναι η συνεχής αύξηση της έντασης και του άγχους.

- Η κρίση προχωρεί στο τρίτο στάδιο καθώς οι προσπάθειες του ατόμου για επίλυση της έντασης αποτυγχάνουν. Τότε το άτομο αντιδρά με αποδιοργάνωση ή έλλειψη ισορροπίας ή με κατάθλιψη.

Η Λαγωνίκα (2006) αναφέρεται και στην Rapoport σύμφωνα με την οποία τα στάδια της κρίσης διαμορφώνονται ως εξής:

- Το *αρχικό* όπου παρατηρείται αύξηση της ψυχικής έντασης που οφείλεται στο γεγονός κινδύνου. Έτσι το άτομο αναγκάζεται να χρησιμοποιήσει τους συνηθισμένους μηχανισμούς για την αντιμετώπιση της κατάστασης.
- Στο *μέσο* στάδιο αν οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί αποτύχουν και η ένταση αυξάνεται, τότε το άτομο χρησιμοποιεί επείγοντες μηχανισμούς προσαρμογής για την αντιμετώπιση της κρίσης όπως η **άρνηση**, η **φυγή**, η **απόσυρση** και η **αρρώστια**.
- Στο *τελικό* στάδιο καταλήγει το άτομο όταν επιτευχθεί ένα είδος ισορροπίας.

Στα ανωτέρω στάδια ο Parad προσθέτει ότι στην περίοδο της αστάθειας, ενώ το άτομο είναι ευάλωτο στην αποδιοργάνωση, επιστρατεύει νέους μηχανισμούς άμυνας και κινητοποιείται για αλλαγή. Γίνεται άρα προσιτό στη θεραπευτική παρέμβαση (Λαγωνίκα, 2006).

#### 4.4 Αιτίες & Συνέπειες των Κρίσεων

##### *Αιτίες των κρίσεων*

Στην οικογένεια μία κρίση μπορεί να προκληθεί από διάφορες αιτίες, από εξωτερικά και εσωτερικά γεγονότα. Εσωτερικά γεγονότα είναι οι αιτίες και τα γεγονότα που οφείλονται σε υπαιτιότητα των ίδιων των μελών της οικογένειας ,ενώ εξωτερικά είναι οι κοινωνικές συνθήκες και το περιβάλλον (φίλοι, συγγενείς, ανεργία, πόλεμοι, αρρώστιες, οικονομική κατάρρευση). Υπάρχουν φορές που η κρίση έχει αλυσιδωτές συνέπειες (ανεργία, αλκοολισμός, συγκρούσεις, διάλυση). Η αιτία για αυτές είναι πολλές φορές εσωτερική. Αυτό σημαίνει ότι η κρίση προκαλείται από τα ίδια τα μέλη της οικογένειας (Κυριακίδης 2000, Μαδιανός 2000). Σύμφωνα όμως με την Parry

(1996), θεωρεί πως οι περισσότερες κρίσεις προκαλούνται από τις εξής τρεις αιτίες: (1) Ένα σπουδαίο για μας πρόσωπο δεν αντιδρά με τον τρόπο που θα περιμέναμε. (2) Ο οργανισμός μας, μας προδίδει, λόγω μιας αρρώστιας ή ενός τραυματισμού. (3) Ή προκύπτει μια μαζική ανατροπή των συνηθισμένων προγνωστικών, όπως συμβαίνει σε μια μεγάλη καταστροφή. Η κρίση συμβαίνει επειδή ξαφνικά και κατά ένα τρόπο, η ιδέα που έχει το άτομο για τον κόσμο, για τους άλλους και για το μέλλον, δεν είναι πια λειτουργική.

Η επίδραση των κρίσεων και των συγκρούσεων μέσα στην οικογένεια εξαρτάται από την κατανόηση που τα μέλη δείχνουν μεταξύ τους στα προβλήματα και τις ανάγκες αλλά και το βαθμό αλληλοεκτίμησης. Σε περιόδους κρίσεων ίσως να μην μπορούν να καταλάβουν τη θέση του άλλου και η υποχώρηση να θεωρείται απαράδεκτη κίνηση (Κυριακίδης, 2000). Σύμφωνα με τον Τσιάντης (1990), τονίζει ότι η διαταραχή της ισορροπίας της οικογένειας δεν προκαλείται απλά και μόνο από την αλλαγή της δομής της οικογένειας ή από τις επισυμβαίνουσες κρίσεις αλλά τα διάφορα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή της οικογένειας και ότι αυτά συμβολίζουν, επηρεάζουν τις εσωτερικές σχέσεις με αποτέλεσμα να επηρεάζεται όλο το σύστημα της οικογένειας.

Μία μορφή κρίσεων μπορεί να σχετίζεται με την έδρα κατοικίας της οικογένειας, το σπίτι, καθώς τόσο ο τόπος όσο και το είδος της κατοικίας επηρεάζουν την ψυχολογία των μελών της οικογένειας. Όταν οι συνθήκες του χώρου διαβίωσης είναι άθλιες, τότε αυτή η κακή κατάσταση δεν επιτρέπει την είσοδο νέων πολιτιστικών στοιχείων στην οικογένεια και εμποδίζει την κοινωνικοποίηση των νέων μελών της. Τα νέα μέλη επιδιώκουν κυρίως να αλλάξουν την κατάσταση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κρίσεων στην οικογένεια (Κυριακίδης, 2000).

Σύμφωνα με τον Τσιάντης (1990), ένα ζευγάρι από τη στιγμή που αποφασίζει να γίνουν γονείς περνούν από μία μεταβατική φάση και μία κρίση ταυτόχρονα. Η γέννηση ενός παιδιού μπορεί να πυροδοτήσει ασυνείδητες και ανεπίλυτες συγκρούσεις που βάζουν σε κίνδυνο και κρίση το γάμο. Το 20% περίπου, μετά τη γέννηση ενός παιδιού ένας γάμος που φαινόταν ότι πήγαινε καλά να αρχίζει να διαταράσσεται μετά από την κρίση. Φυσικά όμως πολλές συγκρούσεις ή εκδραματίσεις μπορεί να συμβούν όχι μόνο από τους γονείς

αλλά και από τους εφήβους και μια σειρά κρίσεων μπορεί να συμβούν στην οικογένεια.

Στην εφηβεία συνυπάρχουν δύο συστατικά. Το πρώτο είναι ότι συνοδεύει τις διεργασίες που αναπτύσσονται στον έφηβο, δηλαδή η επιθυμία του για ανεξαρτησία, για απομάκρυνση από την οικογένεια, για αναζήτηση επαγγελματικής αποκατάσταση. Το δεύτερο είναι η κρίση της μέσης ηλικίας των γονιών του εφήβου. Συνυφασμένη με την κρίση της μέσης ηλικίας ,που μπορεί να διαρκέσει για μερικά χρόνια και να εμφανιστεί σε διαφορετικά σημεία της ζωής του ζευγαριού είναι η έννοια του θανάτου δεδομένου ότι φυσιολογικά , ο θάνατος προσεγγίζει περισσότερο. «Ένα ζευγάρι που ξανά-μένει μόνο του μετά το πέρας της εφηβείας του παιδιού του, μπορεί να ανακαλύψει θετικά το γάμο τους και να έρθει ο ένας κοντά στον άλλον , από την άλλη μεριά όμως μπορεί να έρθουν στην επιφάνεια ανάγκες του ζευγαριού που δεν φαίνονταν όσο ήταν τα παιδιά στο σπίτι και εξαρτημένα επάνω τους. Ο γάμος του πρώτου παιδιού της οικογένειας μπορεί να δημιουργήσει μια ειδική κρίση επειδή οι γονείς εξαναγκάζονται να κάνουν διάφορους απολογισμούς για τις σχέσεις τους, για τα επιτεύγματα τους και τις αποτυχίες» (Τσιάντης ,1990:66).

Σε οικογένειες που είναι απομονωμένες η κρίση είναι πιο έντονη. Οπωσδήποτε όμως η κρίση της εφηβείας των παιδιών αποτελεί ένα γόνιμο έδαφος για ανάπτυξη συγκρούσεων στην οικογένεια που φέρνουν παράλληλα στην επιφάνεια μια οικογενειακή κρίση (Τσιάντης ,1990).

#### *Συνέπειες των κρίσεων*

Οι υπερβολικές ή παράλογες απαιτήσεις ,καταπίεση, λανθασμένη εικόνα βιοθεωρίας των μελών κ.ά. μπορεί να δημιουργήσει στα μέλη μιας οικογένειας ψυχικές διαταραχές. Κάθε δυσάρεστο γεγονός διαταράσσει τις ομαλές συνθήκες ζωής μιας οικογένειας όπου οδηγεί στην κρίση και επηρεάζει τα μέλη με μικρό ή μεγάλο βαθμό, ανάλογα: α) τη σημασία που έχει η κρίση για όλη την οικογένεια, β) με την προσωπικότητα και την αντοχή του κάθε μέλους, γ) τη χρονική στιγμή που συμβαίνει (π.χ μετά την γέννηση για το παιδί) (Κυριακίδης, 2000).

Σύμφωνα με την Parry (1996), με τα από μία ψυχολογική κρίση το άτομο παρουσιάζει μία αλλαγή στην συμπεριφορά του. Συνήθως αποτραβιέται από

τις συνήθειες της καθημερινής ζωής του και από τις κοινωνικές συναναστροφές. Η αντίδρασή του στην κρίση την απομακρύνει από τα αμυντικά της μέσα, όπως διασκέδαση ή τα χόμπι, και τον σπρώχνει πιο βαθιά στην απομόνωση. Αλλαγές στην συμπεριφορά συμβαίνουν συχνά στη διάρκεια μιας κρίσης: μεταξύ άλλων είναι η κοινωνική απομάκρυνση και η άρνηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων. Συχνή είναι και η χρήση ηρεμιστικών, παυσίπονων όπως η ασπιρίνη, και αλκοόλ.

Επίσης σε καταστάσεις κρίσης το άτομο έχει ως συνέπεια να εμφανίζει και κάποιες σωματικές εκδηλώσεις, καθώς ο οργανισμός κατακλύζεται από αγχογόνους ορμόνες όπως: αδρεναλίνη – η καρδιά εργάζεται γρηγορότερα οι μύες παθαίνουν κόπωση, η χημική σύσταση του αίματος μεταβάλλεται και οι τοξίνες δεν διαλύονται κανονικά. Η πέψη διαταράσσεται, επίσης παρατηρείται η εμφάνιση πονοκεφάλων και πόνοι στην πλάτη (Parry, 1996).

Έχει παρατηρηθεί ότι τα προβλήματα επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια εκδηλώνονται με σωματοποιήσεις. Εάν οι βάσεις του γάμου είναι στέρες, οι σύζυγοι έχουν ώριμη προσωπικότητα και η σχέση τους βασίζεται στην αρχή της αμοιβαιότητας χωρίς να κυριαρχεί ο μονόδρομος και παράλληλα υπάρχει ικανοποίηση από το επάγγελμα, τότε το ζευγάρι μπορεί να ξεπεράσει κάθε είδους συγκρούσεις, κάθε δυσκολία όσο μεγάλη και αν είναι αυτή. Όταν δεν υπάρχουν αυτές οι προϋποθέσεις τα φαινόμενα αυτά μπορούν να οδηγήσουν ένα άτομο σε κατάθλιψη (Κυριακίδης, 2000). Η κατάθλιψη είναι ένα ακόμη συναίσθημα που προκαλείται από μία ψυχολογική κρίση, ιδιαίτερα αν αυτή έχει σχέση με κάποια μορφή απώλειας ή υποτίμησης. Τα σημάδια της κατάθλιψης είναι: πεσμένη διάθεση ή κακοδιαθεσία, που μπορεί να συνοδεύονται από κλάμα ή παράπονο, απώλεια ενδιαφέροντος για το γύρω περιβάλλον, αίσθημα κόπωσης και απάθειας σαν τίποτα να μην «αξίζει τον κόπο» (Parry, 1996). Σε περιπτώσεις βαριάς κατάθλιψης παρατηρούνται συνεχείς ενοχλήσεις για ύπνο, έλλειψη συγκέντρωσης, απώλεια όρεξης, ακόμη και σκέψεις αυτοκτονίας. Ένα καταθλιπτικό άτομο ξεχνά τις καλύτερες εμπειρίες της ζωής του και επικεντρώνει τις σκέψεις του σε κάθε αρνητική ανάμνηση, την οποία μεγαλοποιεί. Κάπως έτσι εξηγείται το γεγονός ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας των έγγαμων είναι τα μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα των άγαμων (Κυριακίδης, 2000). Αυτή η δυσλειτουργία εκδηλωνόταν με

υψηλά επίπεδα άγχους, χαμηλή αυτοεκτίμηση και ανεπάρκεια δεξιοτήτων αντιμετώπισης των προβλημάτων (Βεργέτη, 2008).

Όταν οι σύζυγοι απογοητεύουν ο ένας τον άλλο δεν γίνονται μόνο οι ίδιοι δυστυχημένοι αλλά αυτό έχει επιπτώσεις και στα παιδιά. Είναι σοβαρό λάθος οι γονείς να μεταθέτουν τα προβλήματα τους στα παιδιά είτε να τα χρησιμοποιεί για να προβάλουν τον εαυτό τους είτε να προβάλουν τις δυσάρεστες θέσεις που έχει απέναντι στην/ στον σύζυγο. Το παιδί που βλέπει τους γονείς του να τσακώνονται συνεχώς, ή να κρατούν μια παγερή μεταξύ τους απόσταση, αισθάνεται πως δεν έχει τίποτα να τον στηρίζει εκτός από τον εαυτό του, τίποτα το σταθερό στο οποίο να βασιστεί. Έχει παρατηρηθεί ότι το 20%- 25% των παιδιών που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία μεγάλων νοσοκομείων παρουσιάζουν συναισθηματικά, μαθησιακά, ή προβλήματα συμπεριφοράς που είναι άμεσα συνδεδεμένα με τα προβλήματα στην οικογένεια (Κυριακίδης, 2000).

Επίσης εντεινόταν ακόμα πιο πολύ η κατάσταση από την αρνητική συνεισφορά του συγγενικού δικτύου των οικογενειών, το οποίο ήταν ανίκανο να συμβάλλει θετικά στην αντιμετώπιση της κρίσης (Βεργέτη, 2008).

#### 4.5 Καρκίνος, μια περίοδος κρίσης στην οικογένεια

Η οικογένεια βρίσκεται ακόμα και σε κατάσταση κρίσης όταν ένα από τα μέλη της αντιμετωπίζει μία σοβαρή ασθένεια όπως είναι ο καρκίνος. Πολλές φορές όμως η κρίση εκδηλώνεται μεταγενέστερα άλλοτε όμως την προκαλεί η ίδια η οικογένεια προκαλεί τις κρίσεις μεταθέτοντας το πρόβλημα και αποφεύγει να αντιμετωπίσει την σοβαρότητα τις αρρώστιας και την απειλή του θανάτου (Παπαδάτου, 1990).

Οι κρίσιμοι περίοδοι για την οικογένεια είναι η περίοδος της διάγνωσης, της υποτροπής προς το θάνατο και η περίοδος του πένθους. Όταν η κρίση προκαλείται από την διάγνωση του καρκίνου ή τον επικείμενο θάνατο δεν επανέρχεται το άτομο και το οικογενειακό τους σύστημα στην ισορροπία που προϋπήρχε. Η θεραπευτική παρέμβαση προϋποθέτει μια εμπειρισταωμένη γνώση των διεργασιών που βιώνουν τα μέλη κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων στην προσπάθεια τους να αντιμετωπίσουν και

να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες που επιβάλλει η αρρώστια στη ζωή τους (Παπαδάτου,1990). Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1993), οι εργαζόμενοι στη φροντίδα υγείας πρέπει να εκπαιδεύονται , ώστε να είναι ικανοί να κάνουν εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς ,να παρέχουν συμβουλευτική προς την οικογένεια του ασθενούς για τα διάφορα ζητήματα φροντίδας του και να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Παρακάτω αναφέρονται εκτενέστερα οι περίοδοι κρίσιμοι για την οικογένεια:

#### A. Περίοδος της διάγνωσης

Η διάγνωση του καρκίνου επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια. Οι αντιδράσεις τους ποικίλουν και συχνά περιλαμβάνουν σοκ, άρνηση, ενοχές, θυμό, άγχος, απόγνωση. Συνειδητοποιούν τα άτομα ότι παρόλο την ιατρική παρέμβαση για να αντιμετωπίσει την κρισιμότητα της κατάστασης, δεν παρέχει καμία διαβεβαίωση σχετικά με την έκβαση της αρρώστιας. Ο τρόπος που αντιμετωπίζουν τις αλλαγές και απώλειες επηρεάζει άμεσα το άρρωστο μέλος όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογενείας που αντιλαμβάνονται ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει. Συνήθως η οικογένεια παρουσιάζει δυσκολία προσαρμογής, παύει να ζει και να εξελίσσεται ενώ αποβλέπει μονάχα στο πως θα επιβιώσει (Παπαδάτου,1990).

Η υποκειμενική αίσθηση έλλειψης ελέγχου, οι ανεπαρκείς τρόποι επεξεργασίας δύσκολων καταστάσεων ,τα συντριπτικά γεγονότα που φέρουν ψυχική ένταση ή τη χρήση ακατάλληλων αντιδράσεων/ μηχανισμών αντιμετώπισης (όπως είναι η άρνηση) μπορεί όλα να συμβάλλουν στην εξέλιξη του καρκίνου (Barlow,1999).

Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τα μέλη την αρρώστια και τις επιπτώσεις της καθορίζει και τους τρόπους/ μεθόδους αντιμετώπισης της: α) οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις ως πρόκλησης, κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, β) οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως δοκιμασία συνήθως διακρίνονται για τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και τα πιστεύω τους, γ) οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως μία κακοτυχία συχνά βιώνουν πρόσθετες και απρόβλεπτες στρεσογόνες εμπειρίες παράλληλα με τη διάγνωση, δ) οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως αποτέλεσμα της «μοίρας» δέχονται παθητικά τις ιατρικές συμβουλές, χωρίς να αναζητούν πληροφόρηση,



ε) οι οικογένειες που αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις ως τιμωρία έχουν συχνά μία αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη της ζωής (Παπαδάτου ,1990).

Οι επιπτώσεις της διάγνωσης μιας σοβαρής αρρώστιας σε ένα παιδί επηρεάζει και τα αδέρφια του τα οποία συχνά αγνοημένα και στερημένα από τη φροντίδα των γονιών του εμφανίζουν οργανικά συμπτώματα ή προβλήματα συμπεριφοράς (Παπαδάτου,1990).

Βασικό στόχος όμως οποιαδήποτε παρέμβασης στην αρχική αυτή περίοδο είναι να βοηθήσει σε ατομικό επίπεδο το κάθε μέλος της οικογένειας να αναγνωρίσει και να επεξεργαστεί τις εμπειρίες που βιώνει , και παράλληλα να ενθαρρύνει στο επίπεδο του οικογενειακού συστήματος στην επικοινωνία μεταξύ των μελών και την ενεργή συμμετοχή τους την αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν (Παπαδάτου,1990).

#### Β Περίοδος υποτροπής- πορεία προς τον Θάνατο

Η αναποτελεσματικότητα των θεραπευτικών σχημάτων ,η οικογένεια μπαίνει σε μία νέα κρίση. Σε αυτή τη φάση η ελπίδες για ίαση μειώνονται ενώ η απειλή του θανάτου γίνεται έντονα αισθητή. Τόσο ο άρρωστος τόσο και η οικογένεια του βιώνουν μία διεργασία θρήνου που συμβάλλει στην αντιμετώπιση της κρίσιμης περιόδου. Ερευνητικές μελέτες τονίζουν ότι όταν η αρρώστια του ατόμου διαρκεί για μεγάλο ή σύντομο χρονικό διάστημα η διεργασία του θρήνου μπορεί αντίστοιχα να είναι μακροχρόνια ή πολύ περιορισμένη με αποτέλεσμα να έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην φροντίδα που παρέχει η οικογένεια στο τελικό στάδιο της ζωής του αρρώστου, όσο και τη μετέπειτα προσαρμογή της κατά την περίοδο του πένθους.

Παρατηρούνται στην περίοδο αυτή, έντονα αμφιθυμικά συναισθήματα καθώς τα μέλη της οικογένειας από τη μία πλευρά θέλουν να προσεγγίσουν το άρρωστο μέλος ενώ παράλληλα επιθυμούν να απομακρυνθούν από αυτό εξαιτίας του πόνου που τους προκαλεί η κατάσταση του και ο επικείμενος αποχωρισμός (Παπαδάτου ,1990).

#### 4.6 Απώλεια & Πένθος ,μια περίοδος κρίσης στην οικογένεια

Το ξεπέρασμα σημαντικών απωλειών, όπως ο θάνατος συζύγου, παιδιού ή γονέα μπορεί να απαιτήσει πολλά χρόνια και τέτοιας βαρύτητας γεγονότα πιθανώς να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στο υπόλοιπο της ζωής εκείνου που τα βιώνει (Αμβρόσιος, 2008).

«Με το θάνατο τα μέλη της οικογένειας δεν θρηνούν μονάχα τον αγαπημένο τους αλλά θρηνούν παράλληλα και την απώλεια της ίδιας της οικογένειας έτσι όπως την βίωναν πριν την σημαντική απώλεια στη ζωή τους. Όσο και αν έχουν προετοιμαστεί ψυχολογικά ο θάνατος διαταράσσει την ισορροπία του οικογενειακού συστήματος, αναγκάζοντας τα μέλη του να αναζητούν μια νέα δυναμική ισορροπία διαφορετική από εκείνη που προϋπήρχε. Τα μέλη της οικογένειας υιοθετεί νέους ρόλους, θέτουν νέους κανόνες, αναθεωρούν τους στόχους, τις αξίες, τις προσδοκίες και τα όνειρα τους σε μια διαδικασία προσαρμογής (Παπαδάτου, 1990: 85).

Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου είναι η πιο οδυνηρή περίπτωση απώλειας. Δεν είναι μόνο το γεγονός πως πρέπει να αντιμετωπίσουν τη μοναξιά, το κενό που δημιουργεί η απώλεια και πολλές καινούργιες απαιτήσεις. Όλα τα σχέδια κι οι στόχοι, που είχαν από κοινού με το άτομο που έχασαν, θα πρέπει να αλλάξουν ή να εγκαταλειφθούν (Parry, 1996). Επίσης και ο θάνατος ενός παιδιού είναι τραυματικός για τους γονείς είτε πρόκειται για ενδομήτριο θάνατο, είτε συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Ο θάνατος ενός παιδιού συνεπάγεται για τους γονείς βαθιά θλίψη, πόνο, σύγχυση, ενοχή, αδυναμία, ευαλωτότητα και διαρκεί αναζήτηση απαντήσεων.

Θα πρέπει να διευκρινιστούν τρεις σημαντικές έννοιες συνυπάρχουσες με την παρέμβαση στην κρίση τη σχετική με την απώλεια. Πρόκειται για την αποστέρηση, την αντικειμενική δηλαδή κατάσταση αποχωρισμού, οφειλόμενου ειδικά σε θάνατο και συνοδευόμενου από θλίψη, τη θλίψη καθαυτή, την κατάσταση, δηλαδή, ψυχικής οδύνης ή συναισθηματικού πόνου, ως αποτέλεσμα ή αντίκτυπο της αποστέρησης και, τέλος, το πένθος, μια πολιτισμική ή κοινωνική κατάσταση που εκφράζει τη θλίψη ή άλλα συναισθήματα εξαιτίας της αποστέρησης (Αμβρόσιος, 2008).

Οι περισσότεροι άνθρωποι θρηνούν για την απώλεια του αγαπημένου τους προσώπου. Τον θρήνο τα άτομα τον εκφράζουν με διαφορετικό τρόπο και τον εκδηλώνουν. Επίσης στις συνθήκες που προκύπτουν από την απώλεια, τα μέλη της οικογένειας προσαρμόζονται και τις αποδέχονται ο καθένας του

διαφορετικά. Η περίοδος του πένθους χαρακτηρίζεται από διαφορετικές αλλαγές στο επίπεδο των οικογενειακών σχέσεων, ανακατανομή των ρόλων, αναθεώρηση αντιλήψεων, αξιών και επαναπροσδιορισμό των στόχων της οικογένειας (Παπαδάτου,1990).

Παρά το γεγονός ότι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου μπορεί να μείνει αλησμόνητη, η ομαλή εξελικτική διαδικασία επούλωσης του πένθους ολοκληρώνεται όταν, κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου της θλίψης, ο βιώσας την απώλεια ανακαλύπτει ότι ίσως καινούργια όνειρα και νέες ευκαιρίες θα προκύψουν μέσα από τη τραυματική του εμπειρία (Αμβρόσιος, 2008).

Η Parry (1996), αναφέρει για το συναίσθημα της θλίψης που δεν είναι αρρώστια, ούτε ψυχολογικό πρόβλημα αλλά ένα τρόπος για να ξεπεράσει ο πενθούντα τις επιπτώσεις της απώλειας. Πρώτα το άτομο διαμαρτύρεται οργισμένα για την εγκατάλειψη, έπειτα αναζητάει το χαμένο πρόσωπο και ύστερα απελπισμένος αποδέχεται την πραγματικότητα της απώλειας. Αυτές οι διεργασίες επιτρέπουν την τελική επίλυση της θλίψης, δίνοντας την δυνατότητα στον πενθούντα να προχωρήσει στη ζωή του, να φτιάξει νέους δεσμούς και να χτίσει μια καινούργια ταυτότητα.

Η McClowry αναφέρει ότι υπάρχουν τρία είδη συμπεριφορών θρήνου που ενεργοποιούν τα άτομα στην προσπάθεια τους να προσαρμοστούν στην αίσθηση του κενού που δημιουργεί το πένθος:

- α) «ξεπερνούν» την αίσθηση του κενού δίνοντας κάποια ερμηνεία και εξήγηση στο θάνατο τον οποίο αποδέχονται,
- β) «αναπληρώνουν» την αίσθηση του κενού, επιδιώκοντας ορισμένους στόχους και παραμένοντας δραστήριοι σε διάφορους τομείς εργασίας, ή προσωπικών ενδιαφερόντων,
- γ) καλλιεργούν μια σύνδεση με το άτομο που έχασαν μέσα από αναμνήσεις τις οποίες διατηρούν ζωντανές και τις εντάσσουν στην καθημερινότητα τους, αποτελώντας αναπόσπαστο μέρος στη ζωή τους (Παπαδάτου ,1990).

Σύμφωνα με τον Herbert (1997), αναφέρει ότι στα περισσότερα νοσοκομεία δεν διαθέτουν μία οργανωμένη υπηρεσία συμβουλευτικής η οποία είναι επιφορτισμένη με την παροχή βοήθειας στα άτομα προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκαλεί ο θάνατος. Σε κάθε θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να στηρίζεται σε βαθιά γνώση των

διεργασιών θρήνου που βιώνουν τόσο οι ενήλικες, όσο και τα παιδιά που βρίσκονται αντιμέτωπα με το θάνατο ενός μέλους της οικογένειας. Το πένθος μιας οικογένειας αποτελεί μια πρόκληση για τα μέλη του τα οποία μπορούν να μάθουν να εκφράζουν τις εκδηλώσεις θρήνου, να μοιράζονται τα συναισθήματα τους να αποδέχονται τις ατομικές διαφορές τους, να αλληλοστηρίζονται στην αναζήτηση μιας νέας ισορροπία που αποκτά νόημα μέσα από την πορεία και εξέλιξη τους (Παπαδάτου,1990).

Η παρέμβαση περιλαμβάνει βραχύχρονες συνεδρίες, στις οποίες μπορούν να εμπλακούν από τη δεύτερη ήδη συνάντηση ομάδες φροντίδας, που περιλαμβάνουν τον ειδικευμένο στην κρίση επαγγελματία, τον θεράποντα ιατρό, την ψυχιατρική νοσηλεύτρια και τον εφημέριο του νοσοκομείου. Ο σκοπός αυτών των συνεδριών είναι να παράσχουν ενσυναισθητική κατανόηση και αναγνώριση των ειδικών προβλημάτων, που σχετίζονται με τον αιφνίδιο θάνατο του συζύγου, διαβεβαίωση προς τον ή τους επιζήσαντες πως έγινε ό,τι το ιατρικώς δυνατό και χρησιμοποιήθηκε κάθε ενδεδειγμένο μέσο επείγουσας παρέμβασης, προκειμένου να διασωθεί ο εκλιπών, συναισθηματική υποστήριξη προς τους οικείους από την θεραπευτική ομάδα (Αμβρόσιος, 2008).

Άμεση παρέμβαση στην κρίση: ασχολείται με τις επείγουσες πρακτικές αναγκαιότητες, που σχετίζονται με τον θάνατο του εκλιπόντος, όπως οι αυτοψίες, η νεκροψία, η δωρεά οργάνων, οι ρυθμίσεις για την κηδεία, οι επαφές με τους εργοδότες και τους συγγενείς. Επίσης αξιολογείται συνεχώς η πρόνοια ανεύρεσης ατόμων υποστηρικτικών προς τον επιζήσαντα, προερχόμενων από το νοσοκομείο, την εκκλησία, την οικογένεια ή το φιλικό του κύκλο. Συζητείται και προτείνεται η άμεση και προσωρινή νοσηλεία περισσότερων ευάλωτων στην απώλεια στενών συγγενών, ώστε να εκτιμηθεί το ενδεχόμενο ύπαρξης αυτοκτονικών τάσεων.

Παρέχεται ατομική συμβουλευτική με σκοπό το άτομο να ανακτήσει την ισορροπία μετά την απώλεια του αγαπημένου προσώπου και να συνεχίσει τη ζωή του, αξιοποιώντας θετικές πλευρές της ζωής του εκλιπόντος, κατά τρόπο υγιή και ευνοϊκό για την ωρίμανση του επιζήσαντος συζύγου (Αμβρόσιος, 2008:168).

Ο ειδικός πρωταρχικό στόχο έχει να βοηθήσει το άτομο στην αντιμετώπιση επείγουσών αναγκών ανά περιόδους, έχοντας υπόψη πως καθώς περνά ο

χρόνος χρειάζεται να αντιμετωπιστούν τα στάδια του θυμού, της διαπραγματεύσεως, της κατάθλιψης και της αποδοχής από τη βίωση του πένθους. Η βραχυπρόθεσμη παρέμβαση ,εστιαζόμενη στον άτομο, πρέπει να διαχειριστεί το πρώτο στάδιο του πένθους ,ενώ ο ειδικός προσπαθεί να διευκολύνει στο να συναισθανθεί το μέγεθος της απώλειας (Αμβρόσιος, 2008:168).

Κατά την παιδική ηλικία η ασφάλεια ενός παιδιού μπορεί να καταρρεύσει παροδικά εξαιτίας του θανάτου ενός γονέα ή ενός αγαπημένου προσώπου. Ανάλογα με την ηλικία και τη γνωσιακή ανάπτυξη του παιδιού, η αντίληψη για το θάνατο μπορεί να διαφοροποιείται σημαντικά. Τα παιδιά είναι ευάλωτα σε περιόδους μείζονος απώλειας, επειδή η απειρία και ανώριμες προσωπικότητες τους είναι δυνατό να τα οδηγήσουν σε σύγχυση, σε παρερμηνεία των γεγονότων και σε απουσία πένθους. Καθώς η προσωπικότητες των παιδιών αναπτύσσονται και απορροφούν κοινωνικά ερεθίσματα με ένα πολύ γρήγορο και συγκεντρωτικό ρυθμό, πρέπει να ληφθεί μέριμνα ,ώστε να τους παρασχεθεί καθησύχαση και υποστήριξη κατά τη διάρκεια του οικογενειακού πένθους (Αμβρόσιος, 2008). Η τραυματική εμπειρία των παιδιών μπορεί να μετριαστεί αν του δοθούν ορισμένες εξηγήσεις και του προσφερθεί στοργική φροντίδα. Όταν το παιδί βιώνει την απώλεια της μητέρας σε μικρή ηλικία αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να επιφέρει κάποιες διαταραχές, ενώ ο θάνατος του πατέρα έχει αρνητικά αποτελέσματα σε μεγαλύτερη ηλικία (Herbert, 1997). Στη περίπτωση που ο θάνατος ένα από τα παιδιά της οικογένειας, απαιτείται ο ενδεδιγμένος χειρισμός από τους γονείς ,ώστε να μην αισθανθεί παραμελημένο όσο αυτοί πενθούν ή υπερπροστευμένος, εξαιτίας του φόβου του μήπως πεθάνει κι αυτός (Αμβρόσιος, 2008).

#### 4.7 Αντιμετώπιση των ψυχολογικών κρίσεων

Ο όρος αντιμετώπισης περιγράφει όλους τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα ελέγχουν ή καταπραΰνουν το άγχος τους , το οποίο προκαλείται όταν κάποια γεγονότα αμφισβητούν τις συνηθισμένες τους απόψεις για τον κόσμο (Parry, 1996).

Γενικότερα, στην αντιμετώπιση των κρίσεων, επικεντρωνόμαστε σε τωρινές καταστάσεις, μηχανισμούς αντιμετώπισης, δυνατότητες προσαρμογής και στήριξης που χρειάζονται για τον έλεγχο της κατάστασης. Γενικότερα, κατά τη λήψη του ιστορικού, περιορίζεται σε θέματα που έχουν σχέση με την παρούσα κατάσταση. Ωστόσο, οι πελάτες συχνά, συνδέουν αυθόρμητα, προηγούμενα γεγονότα, αισθήματα ή δυσκολίες στις αντιδράσεις τους στα γεγονότα κρίσεων. Παλιότερα προβλήματα ή απώλειες που δεν είχαν αντιμετωπιστεί κατάλληλα μπορεί να αποκαλυφθούν και να επανεξεταστούν ενώ δουλεύετε πάνω στην παρούσα κρίση. Από την άλλη πλευρά, προηγούμενες θετικές εμπειρίες όπως η επιτυχής αντιμετώπιση κάποιου τραύματος ή απώλειας με ή χωρίς τη βοήθεια κάποιου ειδικού, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους πελάτες και έτσι να νιώσουν τις δυνάμεις προσαρμογής (Rutan et al, 2007).

Τα προβλήματα που συσσωρεύονται επί μεγάλο χρονικά διάστημα απαιτούν προσεκτική εκτίμηση, σε κάποιες περιπτώσεις όμως εμφανίζονται επείγοντα περιστατικά, όπως είναι οι οξείες κρίσεις – τα οποία απαιτούν από τον ειδικό να αντιδράσει γρήγορα για να μετριάσει τον άμεσο αντίκτυπο των διαταρακτικών γεγονότων που προκαλούν τις εντάσεις (Herbert, 1997). Ο ειδικός πρέπει να κατανοεί τις ψυχολογικές συνθήκες στην αντιμετώπιση μιας κρίσης και τους τρόπους με τους οποίους ο κόσμος ζητά και παίρνει βοήθεια. Ακόμη ο ρόλος του επαγγελματία στη διάρκεια της κρίσης είναι να συμπληρώσει τις προσωπικές και κοινωνικές δυνάμεις τους ατόμου, όταν αυτές δεν είναι επαρκείς, και να τις διευκολύνει όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα στην κινητοποίηση για βοήθεια (Parry, 1996). Ο Herbert (1997), αναφέρει πως κατά την αντιμετώπιση των κρίσεων ο ειδικός πρέπει να έχει υπόψη του κάποιους παραμέτρους:

- Κατά την διάρκεια της κρίσης τα άτομα δέχονται πιο εύκολα το κατάλληλο είδος της βοήθειας γιατί οι μηχανισμοί άμυνας καταρρέουν.
- Αν ο ειδικός γνωρίζει όλα τα στάδια μιας κρίσης, θα μπορέσει να εκτιμήσει κατά πόσο ο πελάτης έχει κολλήσει σε ένα συγκεκριμένο σημείο κατά τη διαδικασία επεξεργασίας της κρίσης .
- Τα άγνωστα και αλλόκοτα γεγονότα που συμβαίνουν κατά τις περιόδους κρίσης, αυξάνουν το βάρος των τραυματικών εμπειριών. Η αίσθηση της

ασφάλειας είναι ένα από τα πιο ισχυρά θεραπευτικά μέσα που έχει στη διάθεση του ο ειδικός για τις επείγον καταστάσεις.

Στην κρίση το μόνο που καταλαβαίνει το άτομο είναι αυτό που τον πονάει, στο σημείο δηλαδή που η πραγματικότητα δεν ταιριάζει πια με την εικόνα. Ένας τρόπος επίλυσης των κρίσεων είναι να εντοπίσει ο εξυπηρετούμενος ποιο μέρος του αυτό- προσδιορισμού του- της εσωτερικής του εικόνας για τον κόσμο σε σχέση με το άτομό του- έχει υποστεί βλάβη. Αυτό είναι ένα καλό βήμα προς την αναγνώριση του προβλήματος και την ανεύρεση τρόπου δημιουργίας μιας νέας εικόνας (Parry, 1996). Πολλά άτομα για να αντιμετωπίσουν ένα κρίσιμο γεγονός στη ζωή τους χρησιμοποιούν διάφορους τρόπους όπως:

- Ενεργοποιήσει της δυνατότητα τους να ανεχθούν συναισθήματα αγωνίας, πανικού και κατάθλιψη που συνήθως οδηγεί στην απελπισία.
- Η επικέντρωση στο χειρισμό των συναισθημάτων όπου περιλαμβάνει διαφορετικούς τρόπους αποφυγής του πόνου είτε με καταστολή είτε με αντιπερισπασμό. Αυτοί οι τρόποι διώχνουν για λίγο τις μελαγχολικές σκέψεις και τα συναισθήματα και δίνουν το χρόνο στο άτομο να ξεκινήσει τη διαδικασία αναδόμησης του εσωτερικού του κόσμου. Η καταστολή των οδυνηρών συναισθημάτων εν μέρει γίνεται αυτόματα, αλλά μπορούμε να την ενισχύει με τη συνειδητή απόφαση να μην σκέφτεται την αρνητική εμπειρία ,αλλά κάτι άλλο, έτσι ώστε να συγκεντρώνετε σε αυτό που κάνει και όχι στα συναισθήματα του. Αν και πρέπει όμως να βιώνουμε τα συναισθήματα μας και να τα ανεχθούμε έστω και για λίγο.
- Στις περισσότερες κρίσεις οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν την ανάγκη να πουν τα ίδια πράγματα ,ξανά και ξανά ,έτσι ώστε να κάνουν την απαραίτητη νοητική διεργασία προκειμένου να αφομοιώσουν τις καινούργιες πληροφορίες. Κάθε φορά που μιλούν για το πρόβλημα νιώθουν πάλι τα ίδια συναισθήματα, έτσι που, σταδιακά αυτά τα συναισθήματα γίνονται λιγότερο τρομακτικά.
- Μια συνηθισμένη και χρήσιμη αντιμετώπιση είναι να μιλήσουν με τον εαυτό τους. Σε κρίσιμες φάσεις της ζωής των ατόμων, όταν ο συναισθηματικός μηχανισμός τους βρίσκεται σε εγρήγορση, συμβαίνει συχνά να δίνουν περισσότερη προσοχή στην εσωτερική μας συζήτηση ,

τότε λέμε στον εαυτό μας πράγματα, που θα επιδράσουν ρυθμιστικά στο προβληματικό συναίσθημα. Υπάρχουν και άλλα πράγματα που θα ήταν αρκετά ωφέλιμα να λέει το άτομο στον εαυτό του για την καλύτερη επίλυση της κρίσης, τα οποία προσφέρουν καθοδήγηση ή δύναμη, εφόσον το άτομο δεν νιώθει πολύ ισχυρά συναισθήματα όπως πανικό ή απόγνωση. Ένα από αυτά είναι να υπενθυμίζει στον εαυτό του ότι η συναισθηματικές αντιδράσεις είναι φυσιολογικές και αναμενόμενες. Στην διάρκεια μιας κρίσης σχεδόν όλοι κάνουν το λάθος να παίρνουν την συναισθηματική αναταραχή εντελώς προσωπικά.

Υπάρχουν και κάποιοι αναποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα άτομα, είναι οι ευσεβείς πόθοι. Τέτοιου είδους σκέψεις σχεδόν επιχειρούν να ανατρέψουν ό,τι έχει συμβεί : «αν είχε συμβεί αυτό...» ή «μακάρι να μην ήταν αλήθεια». Αυτή είναι μια καταπραϋντική μέθοδος αντιμετώπισης που για κάποιο χρονικό διάστημα απομακρύνει τον πόνο της αλήθειας αλλά το μειονέκτημα είναι ότι τα γεγονότα παραμένουν τα ίδια. Μια άλλη κατευναστική αντίδραση με σοβαρά μειονεκτήματα, είναι η χρήση ναρκωτικών ουσιών για να αποφύγει τον πόνο (Parry, 1996).

Συμφωνα με τους Rutan et al. (2007), αναφέρουν ότι η ένταση που δημιουργείται από την κρίση, ζητά ανακούφιση. Έτσι λαμβάνονται μέτρα για την αντιμετώπιση της κρίσης που έχουν κάποιο αποτέλεσμα. Τα θετικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν: (1)αποφάσεις, (2) επαναπροσδιορισμός του προβλήματος ή των απαιτήσεων και (3)εγκατάλειψη των στόχων.

**1)Απόφαση.** Αυτή μπορεί να είναι τόσο συγκεκριμένη όσο και η τοποθεσία ενός κατασκευαστή σπιτιών ή την ενεργοποίηση ενός δικτύου υποστήριξης το οποίο βοηθά σε μια καταστροφική ή μεταβατική περίοδο. Ένα παιδί μπορεί να πάρει μια κούκλα μαζί του στο νηπιαγωγείο μέχρι να προσαρμοστεί στο καινούργιο περιβάλλον. Ένας άνθρωπος που έχει χάσει τη δουλειά του, μπορεί να διατηρήσει τις δυνάμεις του για μια άλλη. Η απόφαση και η επιστροφή στην ισορροπία, μπορεί να απαιτεί μια διαδικασία από την οποία πρέπει να περάσουν οι άνθρωποι, μια σειρά από στάδια, όπως γίνεται στις αντιδράσεις πόνου.

**2)Επαναπροσδιορισμός.** Αυτό είναι συνήθως απαραίτητο για να καθοριστεί η κατάσταση που έφερε τη κρίση. Για παράδειγμα, η ψυχοεκπαίδευση παρέχει στις οικογένειες των ατόμων με σοβαρές διαταραχές, μια ρεαλιστική



κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και τις προσπάθειες να ελαττωθούν τα αισθήματα κατηγορίας ή αποτυχίας. Συχνά, όταν δουλεύουμε με οικογένειες με νέους, γίνετε μια προσπάθεια να βοηθήσουμε και τους γονείς και τους εφήβους να καταλάβουν πως ο θυμός ή η συμπεριφορά όπως φαίνετε από την μια πλευρά ή την άλλη δεν έχει σκοπό να πληγώσει, αλλά προέρχεται από τον φόβο, απογοήτευση, έλλειψη αυτοεκτίμησης ή άλλα αρνητικά συναισθήματα.

**3)Εγκατάλειψη.** Πέρα από δυσεύρετους στόχους και όνειρα, συχνά συμβαίνει μέσα από τη θλίψη και τέλος την διοχέτευση των ενεργειών αλλού (Rutan et al, 2007).

#### 4.8 Υπηρεσίες Υγείας & Πρόνοιας - Πρόταση για τη δημιουργία κέντρου για περιπτώσεις κρίσεων

Τα τελευταία χρόνια οι επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας ενθαρρύνονται να φροντίζουν για το σύνολο του ασθενή , δηλαδή το σώμα και την ψυχή. Η έννοια της κρίσης είναι κεντρική σε όλα τα προγράμματα της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής. Με τον όρο αυτό εννοούμε την αναταραχή στη ζωή του ατόμου που διαταράσσει τις προσωπικές του συνήθειες (Μιχαλοπούλου, 2006). Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (1988), σημαντική παρατήρηση είναι ότι η έγκαιρη αντιμετώπιση μιας ψυχιατρικής κρίσης μπορεί να ανακόψει την εξέλιξη μιας ασθένειας με αποτέλεσμα να εμποδίσει την χρόνια ιδρυματοποίηση ενός αρρώστου.

Στην Κοινωνική Ψυχιατρική και την Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή βασικό ενδιαφέρον της είναι ο σχεδιασμός της πρόληψης της κρίσης και οι στρατηγικές της επίλυσής της (Μαδιανός, 2000). Ο σχεδιασμός αυτός ακολουθεί τις εξής στρατηγικές:

- Την συνεργασία με άλλους φορείς της κοινότητας (π.χ οικογένεια).
- Την ενίσχυση των εθελοντών για να βοηθήσουν μέσα από την συμβουλευτική.
- Την υποστήριξη των υποστηρικτών με την παροχή τεχνικής και ψυχολογικής βοήθειας.
- Την διαμόρφωση των κανόνων επικοινωνίας.

- Την διαμόρφωση προτύπων για αξιολόγηση της παρέμβασης.

Η οικογένεια σε κρίση μπορεί προσεγγισθεί από μια Υπηρεσία Παρέμβασης σε Κρίση ή αλλιώς η οικογένεια ή το άτομο προσεγγίζει την συγκεκριμένη υπηρεσία συνήθως στα πρώτα εικοσιτετράωρα της κρίσης. Συνήθως υπάρχει ένας προγραμματισμένος χρόνος για την παρέμβαση, διάρκειας ημερών ή εβδομάδων με κατευθυντήριους στόχους και τεχνικές και επικέντρωση στο υπόβαθρο της διαμόρφωσης της κρίσης (Σαλαγιάννης, 2000). Η Βεργέτη (2006), αναφέρει πως ο Lindemann επισημαίνει ότι οι οικογένειες με δομικό έλλειμμα μπορούν να βρεθούν σε κατάσταση κρίσης, καθώς τα μέλη τους προσπαθούν να αντεπεξέλθουν σε πολλαπλά στρεσογόνα γεγονότα. Για αυτό τον λόγο χρειάζονται παροχές οικογενειακής πολιτικής ως δομική υποστήριξη για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν σε στρεσογόνες καταστάσεις που απειλούν να εξαντλήσουν τους οικογενειακούς πόρους.

Οι Υπηρεσίες Παρέμβασης σε Κρίση είναι δυνατόν να εστιάζουν μόνο στην οικογένεια θεωρώντας ότι και αυτή βρίσκεται σε κρίση, αφού το μέλος της βρίσκεται σε κρίση. Η προσέγγιση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία για οικογένειες με μέλος χρόνια ψυχικά άρρωστο και οι τυχόν υποτροπές της νόσου αποδιοργανώνουν την οικογένεια (Μαδιανός,2000). Σύμφωνα με τον Σαλαγιάννη (2000),τα άτομα με υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν από ψυχική διαταραχή ή αρρώστια είναι άτομα:

- Με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των αγάμων, ηλικίας άνω των σαράντα ετών, σε χηρεία ή διάσταση ή που αντιμετωπίζουν δυσμενή οικονομική κατάσταση.
- Με διαλυμένες γονεϊκές οικογένειες( έφηβοι).
- Με έναν ή δύο γονείς που νοσούν ψυχικά.
- Με την ύπαρξη τάσεων υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ ή ουσιών.
- Με προβλήματα προσωπικότητας και δημιουργίας διαπροσωπικών σχέσεων.

Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (1988), θεωρητικά θα μπορούσαν να νοσηλευτούν για μικρό χρονικό διάστημα όλες οι μορφές της ψυχιατρικής ασθένειας κατά την εμφάνιση μιας κρίσης, σε μια λειτουργική μονάδα αντιμετώπισης της κρίσης, όπως ο ίδιος προτείνει. Σε αυτή την περίπτωση η μονάδα θα λειτουργούσε σαν ένα είδος ενδιάμεσου σταθμού ή φίλτρου. Με

αυτό τον τρόπο θα κερδισθεί ο απαραίτητος χρόνος πριν παρθεί μία ολοκληρωμένη απόφαση για τον ασθενή. Θα είναι δηλαδή μία μονάδα εντατικής ψυχιατρικής περίθαλψης μακριά από το ψυχιατρικό νοσοκομείο και κοντά στο περιβάλλον του ασθενή.

Για να αποφευχθεί η μετατροπή της μονάδας σε μικρό ψυχιατρικό νοσοκομείο θα πρέπει να υπάρχει κάποιο όριο παραμονής των ασθενών σε αυτή, που δεν θα ξεπερνάει σε καμιά περίπτωση τις 12 ημέρες. Αυτός ο χρόνος είναι αρκετός τόσο για την αντιμετώπιση της κρίσης όσο και για σχεδιασμό της πάρα πέρα θεραπείας του ασθενή. Ακόμη είναι αρκετά σύντομος, ώστε να εμποδίσει την ανάπτυξη σταθερών μεταβιβαστικών φαινομένων ανάμεσα στους θεραπευτές και τους ασθενείς (Παπαγεωργίου,1988).

Οι χώροι που χρειάζονται για την πρακτική λειτουργία μιας τέτοιας μονάδας είναι σχετικά περιορισμένοι. Πρακτικά χρειάζονται περίπου 15-20 κρεβάτια για πληθυσμούς πόλεων μεταξύ 150-200.000 κατοίκους. Η μονάδα μπορεί να συνυπάρχει σαν ξεχωριστό τμήμα κάποιου γενικού νοσοκομείου ή και αυτοδύναμα μέσα στην περιοχή που εξυπηρετεί και ο εξοπλισμός της θα είναι ανάλογος με την ύπαρξη άλλων νοσηλευτικών μονάδων στην περιοχή (Παπαγεωργίου,1988).

Όσον αφορά την θεραπευτική ομάδα, πρωταρχική υποχρέωσή της είναι να αναπτύξει μια συγκεκριμένη θεωρία σχετικά με την εικόνα της κρίσης και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίστηκε. Επίσης θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή με τέτοιο τρόπο ώστε αυτός να μπορέσει να βιώσει την κρίση όχι σαν κάτι καταστροφικό αλλά σαν μια εμπειρία που μπορεί να χρησιμοποιήσει θετικά για την παρά πέρα προσωπική του ανάπτυξη όπως επίσης και να ζητήσει βοήθεια από το περιβάλλον του ασθενή. Πολλές φορές η δυνατότητα χορήγησης βοήθειας στον ασθενή από τα ίδια τα μέλη της οικογένειας, χαλαρώνει την συχνά άκαμπτη και φοβισμένη στάση των μελών της απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Η συνεργασία με τα διάφορα επίπεδα στα οποία κινείται ο ασθενής δεν θα βοηθήσει μόνο την καλύτερη αντιμετώπιση της κρίσης αλλά και την καλύτερη κατανόηση του ασθενή από αυτά, και επομένως την ευχερέστερη επανένταξή του (Παπαγεωργίου,1988).

Σύμφωνα με την Βεργέτη (2008), η κρίση εντείνεται σε μεγάλο ή μικρό βαθμό , από τις πτυχές της ισχύουσας κοινωνικής πολιτικής όπως τα πενιχρά

επιδόματα ανεργίας πρόνοιας, η απουσία υπηρεσιών έγκαιρης παρέμβασης , η ανεπαρκής στέγαση, η υποαπασχόληση, η ανεργία, η έλλειψη ασφάλισης για υπηρεσίες υγείας ,η μη τήρησης του νόμου από τους εν διαστάσει ή διαζευγμένους πατέρες σε ότι αφορά την διατροφή.

Σε παροχή υπηρεσιών, η επαρκής αντιμετώπιση οικογενειών σε κρίση απαιτεί ειδικευμένες υπηρεσίες, σε κρατικούς φορείς με 24ωρη λειτουργία ,στελεχωμένες με ικανό αριθμό και άρτια εκπαιδευμένων επαγγελματιών. Απαιτείται ένα σύγχρονο, ολοκληρωμένο και πλήρες ενημερωμένο σύστημα πληροφόρησης για τους διαθέσιμους κοινοτικούς πόρους, επειδή είναι ένα εργαλείο για άμεση εξυπηρέτηση στις ανάγκες επιβίωσης των οικογενειών σε κρίση, που απευθύνονται στις προνοιακές υπηρεσίες πρώτης γραμμής (Βεργάτη, 2008).

Το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης ,ως κύριος φορέας στην αντιμετώπιση προβλημάτων , πρέπει να προωθήσει οργανωτικές ρυθμίσεις δικτύωσης δημοσίων και ιδιωτικών φορέων κοινωνικής φροντίδας, για τη λειτουργία Κέντρων Υποδοχής οικογενειών σε κρίση και ξενώνες Προσωρινής Φιλοξενίας (Βεργέτη ,2008).

Η παρουσία σοβαρών κοινωνικών και προσωπικών προβλημάτων δημιουργούν δύσκολες καταστάσεις και κυρίως στις μητέρες κατά την επιτέλεση μητρικών υποχρεώσεων οι οποίες ανήκουν σε μονογονεϊκές οικογένειες. Αυτές οι οικογένειες χρήζουν άμεση ανάγκη μιας οικονομικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης από την πρόνοια με σκοπό να τους βοηθήσει στην αναδιοργάνωση της ζωή τους. Προτείνεται η δημιουργία ενός κέντρου με ψυχοκοινωνική- παιδαγωγική βοήθεια και ιατρική φροντίδα για την οικογένεια που βρίσκεται σε κρίση (Ρήγα , 2008).

Το συγκεκριμένο κέντρο θα λειτουργεί σαν μια υπηρεσία κοινωνικό-εκπαιδευτικής δράσης, όπου θα επισκέπτεται η ομάδα της πρόνοιας την οικογένεια κατ' οίκον. Θα έχει άμεσο σκοπό τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της ομάδας στήριξης και του οικογενειακού μέλους που ζητά τη βοήθεια ,ώστε να επιτραπεί , οποιαδήποτε και αν είναι το πρόβλημα του ή η παραπτωματική συμπεριφορά του, να αναγνωριστεί ως ολοκληρωμένο μέλος της κοινωνίας (Ρήγα , 2008).

Σύμφωνα με την Ρήγα (2008:334), οι συγκεκριμένοι στόχοι που προτείνονται για το Κέντρο θα είναι:

- «Φιλοξενία της μητέρας και του παιδιού σε ξενώνες που θα παρέχονται:
- Ψυχοκοινωνική συμβουλευτική.
- Νομική συμβουλευτική.
- Ιατροφαρμακευτική φροντίδα και αγωγή.
- Προσανατολισμός για εξεύρεση οικονομικών πόρων.
- Δραστηριότητες παιδαγωγικές και ελεύθερου χρόνου.
- Υπηρεσία εξωτερικής βοήθειας.
- Βοήθεια και συμπαράσταση στην ψυχική αναδιοργάνωση της οικογένεια (κέντρο ευρέσεως εργασίας, ιατρικές υπηρεσίες άμεσης βοήθειας, σχολικές απαλλαγές κ.α.).»

Για την οικογένεια έχει μεγάλη σημασία σε περίπτωση κρίσεων η οικογένεια να έχει δεσμούς με την περιβάλλουσα κοινότητα και να υπάρχει ένα κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης προς το οποίο να μπορεί να στραφεί για να βοηθηθεί (Τσιάντης ,1990). Όπως είναι γνωστό το κοινωνικό δίκτυο μπορεί να βοηθηθεί στα εξής επίπεδα: προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης, υποστήριξη στο γνωστικό επίπεδο, συγκεκριμένη πρακτική βοήθεια. Η δυνατότητα ενός κοινωνικού δικτύου υποστήριξης για την οικογένεια ή και τη δυνατότητα πιο εξειδικευμένης βοήθεια από ανάλογα προγράμματα μπορεί να είναι σωτήρια, μέσα από την παρέμβαση στην κρίση , αλλά και να προλάβει μελλοντικές κρίσεις με τη συστηματική παροχή βοήθειας (Τσιάντης 1990, Βεργέτη 2008).

#### 4.9 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)

Οι πολίτες διαμορφώνουν συνήθως μία δυσαρεστημένη άποψη για την προσφορά των υπηρεσιών υγείας, καθώς επισημαίνουν αρκετά προβλήματα που τους ταλαιπωρούν. Τα προβλήματα είναι εντονότερα στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ), διότι οι ασθενείς και οι συνοδοί τους βιώνουν μια ψυχική ένταση λόγω της άγνοιας για τη σοβαρότητα του προβλήματός υγείας που έχουν.

Επομένως αντιμετωπίζουν μία κατάσταση κρίσης οι ίδιοι οι ασθενείς και οι συνοδοί, που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική φόρτιση και δυσκολία επικοινωνίας, συνεργασίας λόγω των ακόλουθων συναισθημάτων:

- Άγχους ,αβεβαιότητας, ανασφάλειας.
- Ανησυχίας, απελπισίας, απογοητεύσεις.
- Ενοχής, θυμού, πίεσης, φόβου και πολλών άλλων.

«Για να αισθανθεί ο ασθενής και το περιβάλλον του ασφάλεια και σιγουριά σε αυτή τη κρίσιμη στιγμή, χρειάζεται συντονισμένη και εξατομικευμένη παρέμβαση. Όταν όμως εμφανίζονται δυσκολίες όπως καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση ή απουσία ενημέρωσης για την πορεία των εξετάσεων ,έχει ως αποτέλεσμα να εκλαμβάνεται από τον ασθενή ως έλλειψη ενδιαφέροντος» (Πανταζάκας κ. συν., 2003:73-74).

Το Τ.Ε.Π. από τη φύση του μπορεί να προσδιορίσει το αιφνίδιο πρόβλημα υγείας που χρήζει άμεση αντιμετώπιση. Η έννοια της κρίσης απαιτεί την ισότιμη συμμετοχή όλων των ειδικοτήτων για την αντιμετώπισή της, δεν είναι υπόθεση ενός ή δύο επαγγελματιών. Το αιφνίδιο πρόβλημα υγείας δεν αφορά μόνο τον ασθενή αλλά αποδιοργανώνει όλη την οικογένεια του, επομένως βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης όλο το οικογενειακό σύστημα. Συνεπώς, απαιτείται να ανακουφιστεί η οικογένεια του ασθενή από τα συναισθήματα που αναφέρθηκαν παραπάνω παρέχοντας μία ολοκληρωμένη ψυκοκοινωνική στήριξη (Πανταζάκας κ. συν., 2003). Κυρίως το είδος της συναισθηματικής υποστήριξης που προσφέρει ο ειδικός ,δίνει στον εξυπηρετούμενο και σε όλη την οικογένεια του, την πολύτιμη αίσθηση πως κάποιος τους φροντίζει και τους συμπαραστέκεται σαν να πρόκειται για κάποιο πρόσωπο αξίας και αναγνωρισμένο που αξίζει να το φροντίζουν με αυτό τον τρόπο προσφέρεται συνεκτικότητα και κύρος στο «εγώ» κάποιου ,όταν αυτό έχει εξασθενήσει ή βρίσκεται σε σύγχυση (Parry , 1996).

Στο διάστημα που μεσολαβεί από το χρόνο εισόδου του ασθενή μέχρι ο ιατρός να καλέσει τον συνοδό του για ενημέρωση ,ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να έχει την πρώτη επαφή μαζί του για να διαγνώσει τις γενικότερες ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Στόχος της επικοινωνίας αυτής είναι να τους αποφόρτιση συναισθηματικά και να αξιολογήσουν καλύτερα την δύσκολη κατάσταση που βιώνουν, συγκεκριμένα συνοψίζονται οι ακόλουθες αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού:

- Συγκεντρώνει και οργανώνει πληροφορίες που σχετίζονται με την ύπαρξη κοινωνικών προβλημάτων του ασθενή.

- Στηρίζει ψυχοκοινωνικά τον ασθενή και το οικογενειακό σύστημα κατά την περίοδο της κρίσης.
- Συνεργάζεται με όλο το εξειδικευμένο προσωπικό για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες (Πανταζάκας κ. συν., 2003: 75).

Η συμβουλευτική επίσης στο χώρο της υγείας είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι για την αντιμετώπιση των κρίσεων. Δημιουργείται μία σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού, τηρείται το απόρρητο , πρέπει να αναπτυχθεί μία σχέση που τα άτομα να νιώθουν άνετα καθώς και με τη μέθοδο που χρησιμοποιείται για να αντιμετωπιστεί το παρουσιαζόμενο πρόβλημα. Η συμβουλευτική θέτει στόχους που βοηθά το άτομο και την οικογένεια του να προχωρήσει, αναπτύσσοντας συγχρόνως ικανότητες που να βοηθούν στην αντιμετώπιση και μελλοντικών προβλημάτων. Οι συμβουλές, οι πληροφορίες και η καθοδήγηση βοηθάει στην επικέντρωση και στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Η πληροφόρηση είναι μια πολύτιμη μορφή βοήθειας . το πιο δύσκολο για τον συμπαραστάτη είναι να καταλάβει πότε πρέπει να δίνει πληροφορίες ή συμβουλές και πότε δεν πρέπει (Μιχαλοπούλου 2006, Parry 1996).

Αν και σε κάποιες μορφές επαγγελματικής συμβουλευτικής ψυχοθεραπείας σύμφωνα με τη Parry (1996), αποφεύγεται συστηματικά η παροχή συμβουλών ή σαφών οδηγιών. Εκεί ο κοινωνικός λειτουργός επικεντρώνεται τις προσπάθειες του στο να βοηθήσει τα άτομα να δεχθούν και να ξεκαθαρίσουν τα συναισθήματά τους. Το σκεπτικό είναι ότι αυτό δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να βρουν και δικές τους λύσεις χωρίς να περιμένουν έτοιμη «τροφή» -λύσεις να τους δώσει ο κοινωνικός λειτουργός.

Η επαγγελματική παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού αποβλέπει στην κατανόηση των συναισθημάτων όλης της οικογένειας του ασθενή που βρίσκεται σε κρίση και την αλλαγή των δυσλειτουργικών συμπεριφορών, την απόκτηση επαρκών δεξιοτήτων και στην οριοθέτηση του συγγενικού δικτύου (Βεργέτη ,2008).

Παράλληλα η οργανωμένη, συντονισμένη συνεργασία με πηγές της κοινότητας αποτελεί έναν εξίσου σημαντικό παράγοντα για την εξυπηρέτηση των περιστατικών σε κρίση. Όταν το άτομο είναι ακινητοποιημένο για

οποιαδήποτε δράση, ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει την πρωτοβουλία να κινητοποιήσει γρήγορα το δίκτυο των κοινοτικών πόρων. Αργότερα όταν συνεχίζει να ανακάμπτει, ο κοινωνικός λειτουργός το προτρέπει να αναζητήσει μόνο του τις κατάλληλες πηγές της κοινότητας για την ικανοποίηση των αιτημάτων του (Λαγωνίκα, 2006).

Οι τεχνικές και οι δεξιότητες καθορίζουν και την ποιότητα της επαγγελματικής σχέσης, η οποία εκφράζεται μέσα από αυτές. Η σχέση που χαρακτηρίζεται από εξατομίκευση, παραδοχή, ενσυναίσθηση, ανταποκριτικότητα, μη κριτική στάση καθώς και από μια βαθιά πίστη στην ανθρώπινη αξία και το δυναμικό του ατόμου για αυτοπραγμάτωση είναι ακριβώς αυτή που ωθεί το άτομο σε κρίση στην κινητοποίηση και την ανάκαμψη. Επίσης οι τεχνικές αυτές γίνονται περισσότερο κατανοητές όταν υλοποιούνται μέσα σε συγκεκριμένο πλαίσιο, με την δική τους δυναμική όπως είναι η οικογένεια, η ομάδα και η κοινότητα (Λαγωνίκα, 2006).

Σύμφωνα με τους Πανταζάκας κ. συν. (2003), ο κοινωνικός λειτουργός, πρέπει ακόμη να αντιμετωπίζει προβλήματα ατόμων που ανήκουν σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού, διότι οι ομάδες αυτές βρίσκονται σε μόνιμη κατάσταση κρίσης εξαιτίας διαφόρων συνθηκών (φτώχεια, μορφωτικό επίπεδο, ανεργία κ.λ.π.). τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν αυτά τα άτομα προέρχονται κατά κύριο λόγο στις ακατάλληλες συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης. Κάποιες από τις ομάδες αυτές είναι οι εξής:

- Χρήστες ουσιών.
- Αθίγγανοι.
- Πρόσφυγες- μετανάστες.
- Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.
- Ηλικιωμένοι- μοναχικά άτομα.

## Ανακεφαλαίωση

Συνοψίζοντας, καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως η παρέμβαση για την αντιμετώπιση της κρίσης στους οικογενειακούς ρόλους αποσκοπεί στην έκφραση και επίγνωση συναισθημάτων και στην απόκτηση ενημερότητας και αποδοτικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης των προβλημάτων.



Επιπρόσθετα, μέσα στην οικογένεια, μία κρίση μπορεί να προκληθεί από αιτίες και γεγονότα που οφείλονται σε υπαιτιότητα των ίδιων των μελών της οικογένειας, όπως επίσης και των κοινωνικών συνθηκών και του περιβάλλοντος. Υπάρχουν και φορές που η κρίση έχει αλυσιδωτές συνέπειες, που αυτό σημαίνει ότι η κρίση προκαλείται από τα ίδια τα μέλη της οικογένειας. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό πως και η επίδραση των κρίσεων και των συγκρούσεων μέσα στην οικογένεια εξαρτάται από την κατανόηση που τα μέλη δείχνουν μεταξύ τους στα προβλήματα και τις ανάγκες αλλά και το βαθμό αλληλοεκτίμησης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΣΕ ΣΤΟΧΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

#### Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύεται, το μοντέλο της επικεντρωμένης σε στόχους κοινωνικής εργασίας, προσδιορίζεται η μεθοδολογία και τα χαρακτηριστικά αυτού του μοντέλου. Η επικεντρωμένη σε στόχους κοινωνική εργασία είναι ένα μοντέλο βραχείας διάρκειας, εστιάζεται σε καθορισμένες κατηγορίες προβλημάτων και επιχειρεί να αναπτύξει την ικανότητα των ατόμων να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στη ζωή τους. Η επικεντρωμένη σε στόχους κοινωνική εργασία ενδιαφέρεται για την επίδοση των ατόμων κατά την εκτέλεση πρακτικών στόχων με σκοπό την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων. Η επίτευξη του στόχου ανακουφίζει τα άτομα από τα συναισθηματικά προβλήματα.

#### 5.1 Θεωρητική διαμόρφωση της Επικεντρωμένης σε στόχους Κοινωνικής Εργασίας

Ιδρυτές του μοντέλου, Reid & Epstein, έθεσαν ως στόχο τη διαμόρφωση μίας σύντομης χρονικής διάρκειας προσέγγισης ,επικεντρωμένη στο πρόβλημα και όχι στο πρόσωπο σε σύγκριση με το ψυχοδυναμικό μοντέλο. Επηρεάστηκε επίσης και από το μοντέλο του συμπεριφορισμού όπου έντονη είναι η επίδραση της θεωρίας της μάθησης ως μέσου κατανόησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Payne, 2000).

Είναι ένα μοντέλο βραχείας διάρκειας και είναι γνωστή ως σύντομη παρέμβαση ή εργασία με συμβόλαιο. Η επικεντρωμένη σε στόχους έχει εφαρμοστεί σε ομάδες και οικογένειες, όπου βασικό χαρακτηριστικό της προσέγγισης είναι η βραχεία παρέμβασης καθορισμένης διάρκειας (Payne, 2000). Οι Δημοπούλου-Λαγωνίκα κ. συν. (2006), αναφέρουν ακόμη ότι έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό σε όλους τους τομείς κοινωνικής εργασίας όπως

στην κοινωνική πρόνοια, την παιδική προστασία, την υγεία, την εκπαίδευση, την παραβατικότητα, τη διαπολιτισμική κοινωνική εργασία. Η επικεντρωμένη σε στόχους κοινωνική εργασία περιλαμβάνει τη διατύπωση συγκεκριμένων στόχων και προσεγγίσεων επίλυσης προβλημάτων σε καθορισμένα χρονικά όρια παρακολούθησης. Έθεσε τα θεμέλια για την ενδυνάμωση των χρηστών των κοινωνικών υπηρεσιών και εξελίχθηκε σε ένα μοντέλο που περιλαμβάνει έννοιες όπως συμμετοχικότητα, συντροφικότητα και τις εναντίωσης στην καταπίεση των χρηστών.

Η επικοινωνία του κοινωνικού λειτουργού και των εξυπηρετούμενων έχει περισσότερες ομοιότητες με μια διδακτική συνάντηση παρά με μια συμβουλευτική συνεδρία. Είναι μία συμμετοχική διαδικασία παρά μία επιβοηθητική σχέση (Δημοπούλου-Λαγωνίκα κ. συν., 2006).

## 5.2 Γενικές αρχές και η διεργασία της Επικεντρωμένης σε στόχους Κοινωνικής Εργασίας

Κατά την προσέγγιση αυτή κεντρική θέση έχει ο προσδιορισμός του προβλήματος –στόχου από τον εξυπηρετούμενο. Για να επιφέρει αποτελέσματα η παρέμβαση αρχικά πρέπει να επικυρωθεί η συνεργασία με ένα συμβόλαιο συμφωνίας για παρέμβαση. Αυτό το συμβόλαιο δομείται μετά από κοινή συμφωνία και αμοιβαία υποχρέωση για εκπλήρωση των στόχων. Η προσπάθεια για επικέντρωση στα προβλήματα του ατόμου είναι σύμφωνη με την άποψη ότι τα άτομα/ συστήματα έχουν το δικαίωμα να παίρνουν αποφάσεις για τις υπηρεσίες και τις παροχές που θα δεχθούν. Η χρονική διάρκεια είναι ένα ακόμη χαρακτηριστικό αυτής της προσέγγισης η οποία είναι καθορισμένη και περιορίζεται από 8- 12 συνεδρίες σε διάστημα 2-3 μηνών, όμως μπορεί να τροποποιηθούν αυτά τα χρονικά όρια κατά τη διάρκεια της συνεργασίας (Δημοπούλου-Λαγωνίκα κ. συν., 2006).

Θα πρέπει να εκτιμηθεί η κατεύθυνση και η ένταση των επιθυμιών των πελατών. Ορισμένες επιθυμίες αλληλοσυμπληρώνονται ενώ άλλες βρίσκονται σε αντίθεση. Οι επιθυμίες υποκινούν τις ενέργειες των πελατών αλλά τα συστήματα των πεποιθήσεων τους διαμορφώνουν τις επιθυμίες τους και τους αποδεκτούς τρόπους εκπλήρωσης τους (Payne, 2000).

Διάφορες πεπιοθήσεις καθοδηγούν τη δράση και μεταβάλλονται ανάλογα με τις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στον ειδικό και τον εξυπηρετούμενο και άλλα άτομα. Αυτές οι πεπιοθήσεις αποτελούν σημεία επιρροής που έχουν την δυνατότητα να συμβάλλουν στην αλλαγή των αντιλήψεων όπως στις γνωστικές θεραπείες (Payne, 2000). Τα σημεία επιρροής είναι τα εξής:

- § «Η ορθότητα, με την οποία βοηθά στην κατανόηση κατά πόσο είναι σωστές οι πεπιοθήσεις των εξυπηρετούμενων.
- § Η εμπέλεια, όπου οι θεραπευτές βοηθούν τους πελάτες να δουν τα επακόλουθα ή το εύρος των πεπιοθήσεων που εκείνοι θεωρούν πιο περιορισμένο.
- § Η συνέπεια, παραποιήσεις που οφείλονται σε διαφωνία δύο πεπιοθήσεων» (Payne, 2000:203).

Κάποια συναισθήματα ίσως να προκύψουν από την αλληλεπίδραση ανάμεσα στις επιθυμίες και τις πεπιοθήσεις. Αναπτύσσεται άγχος ή φόβος διότι οι εξυπηρετούμενοι νιώθουν ότι η εκπλήρωση μιας επιθυμίας ματαιώνεται ή απειλείται. Ίσως ορισμένα ασυνείδητα κίνητρα επηρεάσουν τις απόψεις ή τις επιθυμίες αλλά όχι άμεσα την συμπεριφορά. Υπάρχουν κοινωνικά συστήματα που μπορεί να επηρεάσουν ή να παράγουν τις πεπιοθήσεις των πελατών ή να αντιδρούν στις ενέργειές του παρέχοντας ανατροφοδότηση με τρόπο που τις διαστρεβλώνουν προς το καλύτερο ή το χειρότερο (Payne, 2000).

### 5.3 Οι φάσεις της Επικεντρωμένης σε στόχους Κοινωνικής Εργασίας

Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση περιλαμβάνει κάποιες φάσεις οι οποίες δεν διαχωρίζονται μεταξύ τους με ξεκάθαρα όρια. Επικαλύπτονται εν μέρει ως μία συνεχή διεργασία συγκέντρωσης πληροφοριών, εκδήλωσης τύπων συμπεριφοράς, συναισθημάτων, επικοινωνίας και δράσεων. Ορισμένες φορές δεν ακολουθούνται διαδοχικά αυτές οι φάσεις κάτω από πίεση για την λύση του προβλήματος αλλά ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να επανέλθει στην εφαρμογή τους το συντομότερο (Δημοπούλου-Λαγωνίκα κ. συν., 2006). Αυτές οι φάσεις είναι οι ακόλουθες:

#### ***1. Έναρξη***

Το άτομο/ σύστημα μπορεί να προσέρχεται στην οργάνωση με δική του απόφαση ή από παραπομπή. Στην περίπτωση που προσέρχεται με τη δική του απόφαση δείχνει πως είναι κινητοποιημένο για συνεργασία με το κοινωνικό λειτουργό με σκοπό την αλλαγή της δύσκολης κατάστασης που έχει έρθει αντιμέτωπος. Όταν όμως το άτομο έχει έρθει από παραπομπή από άλλη οργάνωση θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κάποιοι παράγοντες όπως:

α. Υπάρχει το ενδεχόμενο το άτομο να μην δέχεται την παραπομπή ή να είναι αμφιθυμικό. Αυτή η στάση ίσως επηρεάσει τον τρόπο συνεργασίας και διαπραγμάτευσης των προβλημάτων –στόχων μεταξύ του κοινωνικού λειτουργού και του εξυπηρετούμενου.

β. Εάν υπάρξουν διαφωνίες και συγκρούσεις μεταξύ των δύο οργανώσεων που συν εργάζονται για μερική παραπομπή της περίπτωσης, θα πρέπει να διευκρινιστούν τα μεταξύ τους όρια και οι στόχοι. Οι κοινωνικοί λειτουργοί των δύο οργανώσεων θα πρέπει να είναι ξεκάθαροι οι ρόλοι και οι αρμοδιότητές τους (Δημοπούλου-Λαγωνίκα κ. συν., 2006).

**ii.Σχεδιασμός:** Σε αυτή τη φάση χωρίζεται στη 1<sup>η</sup> φάση: Προσδιορισμός των προβλημάτων- στόχων του ατόμου και στη 2<sup>η</sup> Φάση: Συμβόλαιο ή συμφωνία

### **iii.Εφαρμογή σχεδιασμού**

### **iv.Περάτωση**

## 5.3.1. Η φάση του Σχεδιασμού κατά το μοντέλο της Επικεντρωμένης σε στόχους Κοινωνικής Εργασίας

### 1<sup>η</sup> φάση: Προσδιορισμός των προβλημάτων- στόχων του ατόμου

Σε αυτή την φάση μπορούν γενικώς να περιγραφούν τα προβλήματα τους και να τα επεξεργάζονται. Στην περίπτωση που ο κοινωνικός λειτουργός και το άτομο δεν συμφωνήσουν στην εστίαση του προβλήματος είναι δύσκολο να συνεχιστεί η παρακολούθηση (Δημοπούλου-Λαγωνίκα κ. συν., 2006). Αναφέρονται στη συνέχεια η ανάλυση της διαδικασίας προσδιορισμού των προβλημάτων στόχων:

§ «Τα άτομα μπορούν να αναγνωρίζουν ή να παραδέχονται πως υπάρχει πρόβλημα.

§ Προβλήματα τα οποία μπορούν να επιλυθούν μέσω δράσης που διεξάγεται έξω από το πλαίσιο των επαφών με τους επαγγελματίες.

§ Προβλήματα που μπορούν να προσδιοριστούν με σαφήνεια.

Προβλήματα που προέρχονται από καταστάσεις που οι εξυπηρετούμενοι επιθυμούν να αλλάξουν» (Payne, 2000: 198).

Ο σχεδιασμός των στόχων πραγματοποιείται σε τακτικές συνεδρίες με τους πελάτες. Οι στόχοι αυτοί προσδιορίζονται με σαφήνεια και είναι εφικτοί από τους πελάτες έξω από το πλαίσιο των συνεδριών όπως επίσης είναι και αποτέλεσμα κοινής συμφωνίας ανάμεσα στον κοινωνικό λειτουργό και τον πελάτη. Μπορεί να αφορούν νοητική ή σωματική δράση ( Payne 2000).

Οι **γενικοί** στόχοι θέτουν μια στρατηγική για την θεραπευτική διαδικασία και οι **συντελεστικοί** στόχοι καθορίζουν τις ενέργειες του πελάτη. Οι στόχοι μπορεί να είναι **απλοί**, (όταν περιλαμβάνουν μια μόνο ενέργεια ή μια σειρά ενεργειών), ή **σύνθετοι** (όταν περιλαμβάνουν δύο διαφορετικές ενέργειες). Επίσης μπορεί να είναι **ατομικοί**, όταν η διεκπεραίωσή τους αφορά μόνο τον πελάτη, **αμοιβαίοι**, όπου αν ο πελάτης κάνει κάτι ο επαγγελματίας ή κάποιος συγγενής θα κάνει κάτι άλλο. Ακόμη, **διαμοιρασμένοι**, δηλαδή ο πελάτης και ένα άλλο σημαντικό πρόσωπο θα τους πραγματοποιήσουν μαζί.

Συνήθως τα προβλήματα των εξυπηρετούμενων αφορούν και άλλα πρόσωπα της ζωής τους. Συγκεκριμένα η επικεντρωμένη σε στόχους κοινωνική εργασία ενδείκνυται σε προβλήματα όπως:

§ «Διαπροσωπικές συγκρούσεις

§ Προβλήματα με επίσημους οργανισμούς

§ Προβλήματα στην λήψη αποφάσεων

§ Δυσκολία στη διεκπεραίωση ρόλων

§ Συναισθηματικές αντιδράσεις άγχους

§ Ανεπάρκεια πόρων» (Payne, 2000:200).

Παρακάτω γίνεται μια περιεκτική ανάλυση των προβλημάτων –στόχων και γίνεται αναφορά σε ένα μέρος της μεθοδολογίας για τον εντοπισμό του προβλήματος:

Οι διαπροσωπικές συγκρούσεις αναφέρονται σε συγκρούσεις ενδοοικογενειακές, στο χώρο εργασίας ,εκπαίδευσης κ.α. Για αποφυγή ασάφειας ένα πρόβλημα σύγκρουσης ανάγεται στις σχέσεις μεταξύ δύο ατόμων/ μερών. Η σύγκρουση μπορεί να έχει την αιτία της στις ανάγκες, στα

χαρακτηριστικά προσωπικότητας, στις προσδοκίες ρόλων και στη συμπεριφορά του κάθε ατόμου.

Έλλειψη ικανοποίησης στις κοινωνικές σχέσεις. Μπορεί το άτομο να αντιμετωπίζει πρόβλημα σε κάποιες εκδηλώσεις διαπροσωπικών του σχέσεων. Μπορεί να αισθάνεται δειλός, εξαρτώμενος, απομονωμένος, ή ακόμα επιθετικός σε σχέση με τους άλλους, ίσως να αισθάνεται δυστυχισμένος σε σχέση με το άλλο φύλλο ή με άτομα σε θέση εξουσίας (Δημοπούλου-Λαγωνίκα κ. συν., 2006).

Προβλήματα με επίσημους οργανισμούς. Το άτομο μπορεί να αισθάνεται ότι οι σχέσεις του με υπαλλήλους ενός οργανισμού είναι προβληματικές για τον ίδιο. Σε αυτή την περίπτωση οι υπάλληλοι εκπροσωπούν την οργάνωση, άρα το πρόβλημα βρίσκεται στις οργανωτικές δομές της δημόσιας ή ιδιωτικής υπηρεσίας. Σε αυτή την κατηγορία προβλημάτων εμπίπτουν η συχνή δυσαρέσκεια των ατόμων οικογενειών για τις οργανώσεις πρόνοιας, η άδικη ή κακή μεταχείριση ενός ατόμου σε έναν ξενώνα ή ίδρυμα, ο άστοχος χειρισμός ενός μαθητή από καθηγητή σε σχολικό περιβάλλον κ.ά. (Λαγωνίκα, 2006).

Δυσκολίες στην διεκπεραίωση ρόλων. Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006), σε αυτή την κατηγορία εμπίπτει η δυσκολία ενός ατόμου να εκπληρώνει έναν κοινωνικό ρόλο όπως το ρόλο του /της συζύγου, του γονιού, του μαθητή. Ο ρόλος που έχει αποκτηθεί από το άτομο και όχι ο ρόλος που του αποδίδεται λόγω ηλικίας ή κοινωνικών συνθηκών είναι η έννοια η οποία εμπεριέχεται στον όρο «ρόλος».

Σε οικογενειακά προβλήματα μερικές φορές είναι δύσκολο να εντοπιστεί εάν το πρόβλημα ανάγεται σε διαπροσωπικές συγκρούσεις ή δυσκολίες στην εκπλήρωση ρόλων. Εάν δυο μέλη στην οικογένεια αντιλαμβάνονται ένα κοινό πρόβλημα σχέσεων, η **διαπροσωπική σύγκρουση** θα είναι η προτεινόμενη κατηγορία προβλήματος. Δυσκολία στην **εκπλήρωση του ρόλου** συμβαίνει συνήθως όταν ένα μόνο μέλος σε μια διαταραγμένη σχέση αντιλαμβάνεται και αποδέχεται το πρόβλημα (Λαγωνίκα, 2006).

Προβλήματα κοινωνικής μεταβατικότητας. Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006), συχνή πηγή προβλημάτων μπορεί να είναι η αλλαγή από μια κοινωνική θέση, ρόλο ή κατάσταση σε μια άλλη. Γεγονότα όπως ο γάμος, το διαζύγιο, η μετανάστευση και η κοινωνική αλλαγή έχουν ένα κοινό σημείο αναφοράς: τις απότομες αλλαγές στην κοινωνική κατάσταση του ατόμου.

Έχουν επισημανθεί δύο είδη προβλημάτων σε σχέση με την κοινωνική μεταβατικότητα: Το πρώτο αναφέρεται στα διλήμματα και στις αποφάσεις που αφορούν τις πιθανές αλλαγές όπως για παράδειγμα για τελική απόφαση λήψης διαζυγίου ή εύρεση νέας εργασίας. Ενώ το δεύτερο είδος προβλημάτων κοινωνικής μεταβατικότητας αναφέρεται στην κατάσταση που αντιμετωπίζει το άτομο **μετά την αλλαγή**. Για παράδειγμα η προσαρμογή του ηλικιωμένου σε γηροκομείο, η μοναχική ζωή μετά το διαζύγιο κ.ά.

Συναισθηματικές αντιδράσεις άγχους. Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006), οι συναισθηματικές αντιδράσεις που απορρέουν από τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν μπορεί να είναι: άγχος, κατάθλιψη ή άλλες εκδηλώσεις διάχυτων συναισθηματικών καταστάσεων. Όταν το άτομο επιζητά βοήθεια για **ενδοοικογενειακές συγκρούσεις** ή για προβλήματα **κοινωνικής μεταβατικότητας** συνήθως εμφανίζει και αγχώδεις ή καταθλιπτικές αντιδράσεις.

Ανεπαρκείς πόροι. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα **προβλήματα-στόχοι**, που αναφέρονται σε ανεπάρκεια πόρων-χρήματα, τροφή, στέγη, εργασία και τα οποία έχει προσδιορίσει συγκεκριμένα το άτομο. Όμως οι ανάγκες δεν αποτελούν **προβλήματα-στόχους** κατά την επικεντρωμένη σε στόχους κοινωνική εργασία. Γίνονται προβλήματα-στόχοι εάν ο κοινωνικός λειτουργός και το ευρύτερο σύστημα είναι σε θέση να διασφαλίσουν την ικανοποίηση αυτών των στόχων με συστηματική προσπάθεια (Λαγωνίκα, 2006).

Ψυχολογικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς που δεν εμπίπτουν σε άλλες κατηγορίες, αλλά στο γενικό ορισμό των προβλημάτων σύμφωνα με αυτό το μοντέλο. Σε αυτή την κατηγορία ισχύει το ίδιο σκεπτικό, όπως και για την κατηγορία **των συναισθηματικών αντιδράσεων άγχους**. Ανάλογα με την πηγή προέλευσης του προβλήματός του, τότε μπορεί να θεωρηθεί πρόβλημα-στόχος και να γίνει αντικείμενο παρέμβασης κοινωνικού λειτουργού και ατόμου.

Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006), το μοντέλο της επικεντρωμένης σε στόχους κοινωνικής εργασίας αναφέρεται σε αυτές τις κατηγορίες προβλημάτων στις οποίες εντάσσονται τα προβλήματα των ατόμων προς επίλυση. Τρεις επιπλέον προϋποθέσεις για τον προσδιορισμό όλων των **προβλημάτων-στόχων** αναλύονται παρακάτω:



- Μια πρώτη προϋπόθεση στον προσδιορισμό του προβλήματος αναφέρεται στη σαφή αναγνώριση από το άτομο του προβλήματός του και στην επιθυμία του να συνεργαστεί με τον κοινωνικό λειτουργό. Σε περίπτωση παραπομπής ενδέχεται αρχικά να μην το αναγνωρίζει, αν όμως πράγματι επιθυμεί να βοηθηθεί, θα πρέπει αρκετά γρήγορα στη συνεργασία του να το παραδεχτεί. Ενδέχεται βέβαια να εκφράσει μια παραλλαγή ή μέρος του προβλήματος, το οποίο μπορεί να μην είναι ακριβώς το ίδιο το πρόβλημα για το οποίο έγινε η παραπομπή, είναι όμως ακριβώς το θέμα που τον ενδιαφέρει και επιθυμεί την επίλυσή του.

- Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006), μια δεύτερη προϋπόθεση για τον προσδιορισμό του **προβλήματος-στόχου** είναι η δυνατότητα του ατόμου να αντιληφθεί και να εντοπίσει τις διάφορες όψεις του προβλήματος. Στη συνέχεια θα συνεργαστεί με τον κοινωνικό λειτουργό για την κατά το δυνατό επίλυση τουλάχιστον κάποιων τμημάτων του. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να γίνει διαπραγμάτευση του αρχικού προβλήματος στο πλαίσιο κοινής αποδοχής και από τα δύο μέρη. Αυτή η δεύτερη προϋπόθεση χρειάζεται να ληφθεί υπόψη όταν το άτομο δεν αντιλαμβάνεται ένα **πρόβλημα-στόχο** και παράλληλα δεν είναι διατεθειμένο να συνεργαστεί με τον κοινωνικό λειτουργό για την απάλειψή του.

- Μια τρίτη προϋπόθεση απαραίτητη στα **μοντέλα βραχείας διάρκειας** είναι ο σχετικός περιορισμός και η εντόπιση του προβλήματος σε μια περιοχή. Η δυσκολία αυτή εντοπίζεται περισσότερο σε προβλήματα ευρείας διατύπωσης που εμπίπτουν στις κατηγορίες της **διαπροσωπικής σύγκρουσης** και της **εκπλήρωσης ρόλων**. Προσδιορισμοί προβλημάτων όπως έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ συζύγων θεωρούνται, σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο σφαιρικοί και γενικευμένοι για περαιτέρω επεξεργασία (Λαγωνίκα, 2006).

Τελειώνοντας την ανάλυση των προβλημάτων-στόχων με τα οποία ασχολείται το μοντέλο της επικεντρωμένης σε στόχους κοινωνικής εργασίας επισημαίνουμε ότι υπάρχουν κατηγορίες προβλημάτων που δεν αντιμετωπίζονται με την μεθοδολογία αυτού του μοντέλου. Οι ψυχώσεις, οι οργανωμένες νευρώσεις, οι χαρακτηρολογικές διαταραχές, ο αλκοολισμός και

η χρήση ουσιών αποτελούν μερικές από τις κατηγορίες προβλημάτων με τα οποία δεν ασχολείται το συγκεκριμένο μοντέλο.

## 2<sup>η</sup> Φάση: Συμβόλαιο ή συμφωνία

Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006), το συμβόλαιο αναφέρεται στη συμφωνία μεταξύ κοινωνικού λειτουργού και ατόμου για τη μείωση ή επίλυση του προβλήματος. Το άτομο έχει δικαίωμα να συμμετέχει στις επιλογές που έγιναν. Η συμμετοχή αυτή έχει θετικά αποτελέσματα σχετικά με τη συνολική έκβαση του περιστατικού, γιατί γίνεται συνεργάσιμο και επιθυμεί την επίλυση των προβλημάτων του.

Τα συμβόλαια-συμφωνίες είναι **γραπτές** ή **προφορικές**. Το γραπτό κείμενο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο ελέγχου στην πορεία της συνεργασίας, ενώ οι προφορικές χρησιμοποιούνται στην πράξη συχνότερα, αλλά θα πρέπει να είναι ξεκάθαρες και να επαναλαμβάνονται σε κάθε συνεδρία (Λαγωνίκα, 2006).

Ο Payne (2000), αναφέρει πως όσον αφορά το συμβόλαιο ο Reid προτιμά να είναι προφορικό διότι είναι λιγότερο απειλητικό, εκτός από τις περιπτώσεις όπου εμπλέκονται πολλά άτομα ή τα προβλήματα είναι σύνθετα. Αντίθετα οι Doel και Marsh προτιμούν τις γραπτές συμφωνίες προκειμένου να κάνουν τους στόχους πιο σαφείς και να διασφαλίσουν την δέσμευση του πελάτη. Η δική τους θεωρία είναι η εξής και κατά την φάση του συμβολαίου περιλαμβάνει:

- Να προσδιορίσουν και να συμφωνήσουν να ασχοληθούν με ένα ή περισσότερα προβλήματα, όπως αυτά ορίζονται από τον πελάτη.
- Να ιεραρχηθούν τα προβλήματα κατά σειρά προτεραιότητας.
- Να σχεδιασθεί την πρώτη ομάδα στόχων.
- Να συμφωνηθεί ως προς την συχνότητα της επαφής και την χρονική διάρκεια των συναντήσεων.
- Τους σκοπούς και στόχους του ατόμου που γίνονται αποδεκτοί από τον κοινωνικό λειτουργό.
- Τους στόχους του κοινωνικού λειτουργού.
- Την **διάρκεια** της παρέμβασης.
- Το **χρονοδιάγραμμα** των συνεντεύξεων.

- Τους **συμμετέχοντες** στην επίλυση του προβλήματος.
- Τον τόπο διεξαγωγής των συνεντεύξεων.

Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006), το συμβόλαιο δεν είναι μόνιμο ούτε άκαμπτο και μπορεί να αλλάξει ανάλογα με την εξέλιξη του περιστατικού εφόσον συμφωνούν και τα δύο μέρη. Σε περίπτωση διαφωνίας ή ανικανότητας του ατόμου να εφαρμόσει την συμφωνία, καταβάλλεται προσπάθεια από τον κοινωνικό λειτουργό να εντοπιστούν κάποιες άλλες πλευρές του προβλήματος που γίνονται δεκτές από το άτομο και μπορεί να τις εφαρμόσει. Βέβαια οι στόχοι περιορίζονται, θεωρείται όμως, σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, ότι ένα άτομο εμπλέκεται στη διεργασία λύσης του προβλήματός του, εάν και εφόσον συμφωνεί και **το ίδιο** σε επίπεδο γνωστικό στην επίλυση του συγκεκριμένου προβλήματος.

#### ***Διατύπωση προτεραιοτήτων στον προσδιορισμό των προβλημάτων-στόχων***

Οι προτεραιότητες του ατόμου στη διατύπωση των προβλημάτων του μπορούν να επιλεγούν από τον τρόπο που βιώνει, αντιλαμβάνεται και παρουσιάζει τα προβλήματά του. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να καταγράψει και να καταρτίσει μια λίστα τριών το πολύ προβλημάτων σύμφωνα με τις προτεραιότητες του ατόμου. Στη συνέχεια προτείνει τη δική του λίστα με προτεραιότητες επίλυσης προβλημάτων κατά την εκτίμησή του. Παρόλο που συχνά δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ κοινωνικού λειτουργού και ατόμου στην εκτίμηση και εντόπιση προβλημάτων θεωρείται ότι με αυτή την προσέγγιση μπορεί να επηρεαστεί το άτομο από μια αντικειμενική εκτίμηση του κοινωνικού λειτουργού για εντόπιση του προβλήματος προς επίλυση (Λαγωνίκα, 2006).

Στη συνέχεια ο κοινωνικός λειτουργός παρακινεί τον εξυπηρετούμενο να συγκρίνουν μαζί τις δύο λίστες με βάση την κατηγοριοποίηση προβλημάτων σύμφωνα με τη μεθοδολογία που ήδη αναλύθηκε, εφόσον βέβαια το άτομο μπορεί να προβεί σε παρόμοιες συγκρίσεις. Διατυπώνει απλές ερωτήσεις προκειμένου να τον βοηθήσει στην ιεράρχηση των προβλημάτων του (Λαγωνίκα, 2006).

### Αρχική σύντομη εκτίμηση

Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006), η **αρχική σύντομη εκτίμηση** εμπίπτει στη φάση του **συμβολαίου-συμφωνίας**. Για τη διατύπωση της **εκτίμησης** αναφέρονται τα κύρια σημεία:

- Δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας στη συνέντευξη.
- Διατύπωση σημαντικών υποθέσεων για **εκτίμηση** από τις αρχικές συνεντεύξεις.
- Περιορισμός των πληροφοριών και επικέντρωση στα **προβλήματα-στόχους**.
- Επιλεκτική διερεύνηση και αξιολόγηση με βάση τις τρέχουσες πληροφορίες και παρατηρήσεις των δυνατών και αδύνατων χαρακτηριστικών του ατόμου.
- Αξιολόγηση των στοιχείων που συγκεντρώνονται άμεσα από τις πρώτες συνεντεύξεις.

Σύμφωνα με τον Payne (2000), αναφέρει ότι ο στόχος της διαγνωστικής εκτίμησης δεν είναι να εξετάσει τις συναισθηματικές αντιδράσεις ή το προσωπικό ιστορικό των πελατών, αλλά να προσδιορίσει:

- Τις προϋποθέσεις της δράσης.
- Τους παράγοντες που παρεμποδίζουν την δράση.
- Τους περιοριστικούς παράγοντες που δεν μπορούν να αλλάξουν.

Οι πελάτες που θέλουν λιγότερο τυπικές και περισσότερο φιλικές ή προσωπικές σχέσεις θα πρέπει να αναζητήσουν εναλλακτικές μορφές θεραπείας. Σε περιπτώσεις όπου αυτοί δεν μπορούν να διατηρήσουν την προσοχή τους σε ένα περιορισμένο φάσμα προβλημάτων, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται λιγότερο αυστηρά δομημένες ή πιο διερευνητικές μέθοδοι, όπως είναι η παρέμβαση στην κρίση. Η επικεντρωμένη σε στόχους κοινωνική εργασία αξιοποιείται στην παροχή προστασίας, ωστόσο δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όπου η επιβολή προστατευτικών μέτρων ή ο κοινωνικός έλεγχος συνιστούν τις κύριες προτεραιότητες. Οι ενέργειες του πελάτη δεν θα επιφέρουν αλλαγή ως προς κάποιες ορισμένες οργανικές ή ψυχικές παθήσεις, επομένως η επικεντρωμένη σε στόχους κοινωνική εργασία μπορεί να αποτελεί μέρος μόνο της παρέμβασης σε τέτοιες περιπτώσεις.

Μπορεί όμως να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των κοινωνικών συνεπειών της ασθένειας ή της αναπηρίας (Payne, 2000).

### 5.3.2. Οι φάσεις Εφαρμογή του σχεδιασμού και Περάτωσης κατά το μοντέλο της Επικεντρωμένης σε στόχους Κοινωνικής Εργασίας Εφαρμογή σχεδιασμού

Η εφαρμογή του σχεδιασμού αναφέρεται στην επίλυση των προβλημάτων-στόχων που έχουν προσδιοριστεί κατά τη φάση του συμβολαίου. Εάν οι στόχοι προς επίλυση προσδιοριστούν σωστά και σύμφωνα με τις δυνατότητες του ατόμου, οι πιθανότητες για την επίλυσή τους είναι αυξημένες. Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά το άτομο να προσεγγίσει τους πόρους της κοινότητας και του «μαθαίνει» να χρησιμοποιεί τις ανάλογες κοινωνικές δεξιότητες (Λαγωνίκα, 2006).

Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006), στην αρχή αυτής της φάσης συγκεντρώνονται πληροφορίες και διατυπώνεται **η εκτίμηση του προβλήματος** σε σχέση με την συχνότητα εμφάνισης, τον τόπο, τα άτομα που συμβάλλουν στο πρόβλημα και το ιστορικό του κάθε ατόμου. Παράλληλα διατυπώνεται μια εκτίμηση των κοινωνικών συνθηκών καθώς και του ευρύτερου πολιτισμικού.

#### *Εκπλήρωση όρων του συμβολαίου-συμφωνίας*

Ο κύριος σκοπός της υλοποίησης του συμβολαίου είναι η εφαρμογή των στόχων γιατί μειώνονται ή επιλύονται τα προβλήματα. Αυτή η φάση περιλαμβάνει τη **διαμόρφωση στόχων**, την **υποστήριξη του ατόμου στην εφαρμογή των στόχων**, την **επαλήθευση**, την **παρακολούθηση** και **καταγραφή πληροφοριών** και την **επανεξέταση** του συμβολαίου αν χρειάζεται (Λαγωνίκα, 2006).

Σύμφωνα με την Λαγωνίκα (2006), οι στόχοι χωρίζονται σε δύο είδη: στους **γενικούς** και στους **λειτουργικούς**. Οι γενικοί αναφέρονται στην κατεύθυνση μιας δράσης αλλά δεν διευκρινίζουν τι ακριβώς θα κάνει το άτομο, ενώ οι

λειτουργικοί αναφέρονται στις συγκεκριμένες δράσεις που αναλαμβάνει το άτομο.

Σχετικά με τον προγραμματισμό στόχων για οικογένειες αναφέρονται οι εξής αρχές:

- Προγραμματίζονται από κοινού με τα μέλη της οικογένειας.
- Περιγράφεται με ακρίβεια η διαδικασία κατά την οποία τα μέλη της οικογένειας θα αποκτήσουν νέες δεξιότητες ή θα αλλάξουν συμπεριφορά
- Βασίζονται στις δυνάμεις της οικογένειας.
- Αναμένονται κάποιες δυσκολίες στην εφαρμογή τους.
- Υλοποιούνται σταδιακά, ανάλογα με τις δυσκολίες που προκύπτουν.
- Καταγράφονται οι στόχοι και η σύνδεσή τους με τα χρονικά όρια λήξης του συμβολαίου.

Μετά την διατύπωση των στόχων διαμορφώνεται μια περίληψη όπου εντοπίζονται οι τυχόν δυσκολίες στην πορεία διεκπεραίωσης των στόχων. Η πορεία αυτή είναι συνεχής και επαναλαμβάνεται όταν διατυπώνονται νέοι στόχοι ή διαφοροποιούνται οι αρχικοί (Λαγωνίκα, 2006).

Κατά την διάρκεια υλοποίησης των στόχων του συμβολαίου ο κοινωνικός λειτουργός είναι ιδιαίτερα υποστηρικτικός στον εξυπηρετούμενο και στο περιβάλλον του. Χρησιμοποιεί δεξιότητες συμβουλευτικής (ενθάρρυνση, κατεύθυνση, καθοδήγηση) για να κινητοποιήσει το άτομο και να το βοηθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που εμποδίζουν την υλοποίηση των στόχων (Λαγωνίκα, 2006).

Η Λαγωνίκα (2006), αναφέρει πως η Epstein υποστηρίζει τις παρακάτω οδηγίες για την ικανοποιητική υλοποίηση των στόχων από το άτομο:

- Επαρκής συζήτηση με το άτομο για να καταλάβει και να συμφωνήσει με τους στόχους που πρέπει να υλοποιήσει.
- Ο κοινωνικός λειτουργός συμβουλεύει και κατευθύνει το άτομο όποτε το χρειάζεται.
- Ο κοινωνικός λειτουργός δημιουργεί κίνητρα για την υλοποίηση των στόχων από το άτομο.
- Ο κοινωνικός λειτουργός διατυπώνει επιχειρήματα για την υλοποίηση των στόχων.

- Οι δυσκολίες είναι αναμενόμενες και η κατάλληλη επιβεβαίωση είναι απαραίτητη.
- Περίληψη του σχεδιασμού για την υλοποίηση των στόχων.
- Επανάληψη κατά διαστήματα των **χρονικών ορίων** και του αριθμού συνεντεύξεων που απομένουν ακόμη.

Σύμφωνα με τον Payne (2000), υποστηρίζει ότι η στρατηγική παρέμβασης έχει δύο στόχους:

- Να βοηθήσει τους πελάτες να επιλύσουν προβλήματα που τους απασχολούν.
- Να προσφέρει μια καλή εμπειρία επίλυσης προβλημάτων, ώστε να αναπτυχθεί περαιτέρω η μελλοντική ικανότητα των πελατών να αντιμετωπίζουν δυσκολίες και η ετοιμότητά τους να αποδέχονται βοήθεια.

Ο Payne (2000), αναφέρει ότι ο Reid θεωρεί πως για να λύσουμε ένα πρόβλημα θα πρέπει:

- Να προσδιορίσουμε τα πιθανά προβλήματα βοηθώντας τους πελάτες να περιγράψουν τις δυσκολίες με το δικό τους τρόπο όπως επίσης να συνοψίσουμε και να ελέγξουμε τις αντιλήψεις των επαγγελματιών για τα προβλήματα.
- Να συνάψουμε προσωρινές συμφωνίες για το πώς βλέπουν οι πελάτες τα κυριότερα προβλήματα.
- Να αμφισβητήσουμε αδιέξοδους ή ανεπιθύμητους ορισμούς του προβλήματος.
- Να θέσουμε τα επακόλουθα πρόσθετα προβλήματα, έχοντας πρώτα αποδεχτεί τον καθορισμό των προτεραιοτήτων του πελάτη, σε περιπτώσεις όπου εκείνος δεν κατανοεί ή δεν παραδέχεται τα πρόσθετα προβλήματα.
- Να επιδιώξουμε την εμπλοκή άλλων ατόμων, αν το κρίνετε αναγκαίο.
- Να αξιολογήσουμε μαζί με τον πελάτη τους λόγους παραπομπής του σε περιπτώσεις που κάποιος άλλος τον έχει υποχρεώσει να προσέλθει.
- Να συλλέξουμε λεπτομερείς πληροφορίες ως προς τον χρόνο και τον τόπο που παρουσιάζονται τα προβλήματα
- Να προσδιορίσουμε το πρόβλημα, κατά προτίμηση γραπτώς.

- Να καθορίσουμε με σαφήνεια το βασικό επίπεδο των παρόντων προβλημάτων.
- Να προσδιορίσουμε τις επιθυμητές αλλαγές (Payne, 2000).

Τα εμπόδια που δυσχεραίνουν το άτομο να υλοποιήσει ένα στόχο είναι:

- Η έλλειψη συγκεκριμένων, απαραίτητων πόρων για την πραγμάτωση των στόχων.
- Η έλλειψη υποστήριξης από άλλα άτομα (π.χ οικογένεια, φίλοι).
- Η έλλειψη δεξιοτήτων από το άτομο.
- Η αρνητική άποψη ή οι ανεδαιφικοί, εξωπραγματικοί φόβοι που μπορεί να το κάνουν να πιστεύει ότι η υλοποίηση των στόχων δεν θα τον ωφελήσει
- Η ενδεχόμενη προσωπική ανεπάρκεια ή αναπηρία του ατόμου.
- Οι πιθανές προκαταλήψεις του κοινωνικού λειτουργού (Λαγωνίκα, 2006).

### ***Επαλήθευση-Επανεξέταση συμβολαίου-Καταγραφή δεδομένων***

Κατά τη διάρκεια εφαρμογής του συμβολαίου οι στόχοι επανελέγχονται, επανεξετάζονται, επιβεβαιώνονται και αναθεωρούνται εφόσον υπάρχουν δυσκολίες για την υλοποίησή τους. Με την εφαρμογή του συμβολαίου, οι στόχοι υλοποιούνται, ενώ σταδιακά το άτομο ανακουφίζεται από το βάρος των προβλημάτων του. Παράλληλα οι συνεδρίες καταγράφονται με δομημένες πληροφορίες, πίνακες, γραφήματα και σχόλια (Λαγωνίκα, 2006).

### **4<sup>η</sup> Φάση: Περάτωση**

Ο σχεδιασμός για περάτωση διαγράφεται από την αρχή της παρέμβασης. Ο έγκαιρος σχεδιασμός της περάτωσης προλαβαίνει την εξάρτηση του ατόμου από τον κοινωνικό λειτουργό, ενώ παράλληλα ελέγχει την τάση που έχει ο επαγγελματίας ορισμένες φορές για συναισθηματική επένδυση στο άτομο. Κατά την τελευταία συνέντευξη επαναλαμβάνονται συνοπτικά τα οφέλη της συνεργασίας επισημαίνοντας περιοχές επιτυχίας, όπου επιτεύχθηκαν οι στόχοι και περιοχές όπου οι στόχοι δεν υλοποιήθηκαν. Αποφασίζεται είτε η τελική λήξη ή η περάτωση με αραιή παρακολούθηση (Λαγωνίκα,2006).

### **Ανακεφαλαίωση**



Η διεξοδική παρουσίαση αυτού του μοντέλου της επικεντρωμένης σε στόχους κοινωνικής εργασίας έχει καταδείξει πως είναι χρονικά περιορισμένη και επικεντρώνεται στο παρόν και στο μέλλον προκειμένου να κατανοηθούν τα πιεστικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο και προξενεί κοινωνική, οικονομική και ψυχολογική δυσλειτουργία. Η συνολική δομή, όπως έχει περιγραφεί, διευκολύνει την καταγραφή της διεργασίας επίλυσης των προβλημάτων- στόχων.

Εκπροσωπεί μια τάση της κοινωνικής εργασίας προς μια ξεκάθαρη και πιο εστιασμένη δράση, δημιουργώντας μια εξατομικευμένη σχέση με τους εξυπηρετούμενους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **ΓΝΩΣΤΙΚΟ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

#### **Εισαγωγή**

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύεται το γνωστικό- συμπεριφοριστικό μοντέλο, η μεθοδολογία και η χρήση αυτού του μοντέλου για την αντιμετώπιση αγχωδών και στρεσογόνων καταστάσεων. Το γνωστικό- συμπεριφοριστικό μοντέλο χρησιμοποιεί βραχύχρονες θεραπευτικές διαδικασίες που επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στην αλλαγή των σκέψεων και των συναισθημάτων ή παράλληλα με την αλλαγή των συμπεριφορών.

#### **6.1 Το μοντέλο της Γνωστικής Θεραπείας: Θεωρητικές επισημάνσεις**

«Η γνωστική μέθοδος, είναι μάλλον ευρύτερα διαδεδομένο μοντέλο από ένα σύνολο προσεγγίσεων βραχείας θεραπείας και κυρίως στην κοινωνική εργασία» (Payne, 2000:184).

Πολλοί ερευνητές όπως οι Bandura, Ellis και Kanfer έδωσαν έμφαση στο ρόλο των γνωσιακών διαδικασιών (σκέψεων, αντιλήψεων, πεποιθήσεων) στη συμπεριφορά. Η γνωστική θεωρία δίνει έμφαση στη θεωρία της μάθησης, δηλαδή η συμπεριφορά ενός ατόμου επηρεάζεται από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει το περιβάλλον κατά τη διάρκεια της μάθησης. Οι διαδικασίες αυτές περιλαμβάνουν αντίληψη και επεξεργασία των γεγονότων που συμβαίνουν στο περιβάλλον, συστήματα αξιών και αντιλήψεων, σκέψεις, σχεδιασμό (Χαριλά 1998, Payne 2000).

Σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία, η ανάρμοστη συμπεριφορά προέρχεται από τις λανθασμένες αντιλήψεις και ερμηνείες τις οποίες η θεραπεία επιχειρεί να διορθώσει, ώστε η συμπεριφορά να ανταποκρίνεται σωστά στο περιβάλλον (Payne, 2000).

Σύμφωνα με την Χαριλά (1998), η γνωστική θεραπεία στηρίζεται στο θεωρητικό υπόβαθρο πως τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές του ατόμου καθορίζονται από τον τρόπο με τον οποίο δομεί τον κόσμο. Οι σκέψεις του βασίζονται στα σχήματα ή τα συμπεράσματα που έχουν δημιουργηθεί από προηγούμενες εμπειρίες καθώς και από γονεϊκές και κοινωνικές επιδράσεις.

Ένας γνωσιακός ψυχοθεραπευτής βοηθά τους πελάτες να βρουν τις γνωσιακές «παραποιήσεις» που κάνουν και να αναπτύξουν πιο δημιουργικούς τρόπους αξιολόγησης των εμπειριών τους. Οι πιο συνηθισμένες γνωσιακές παραποιήσεις είναι:

- *Αυθαίρετο συμπέρασμα.* Το άτομο βγάζει συμπεράσματα χωρίς να έχει τα απαραίτητα στοιχεία που να δικαιολογούν αυτά τα συμπεράσματα.
- *Επιλεκτική αφαίρεση.* Το άτομο επικεντρώνεται σε λεπτομέρειες, ενώ παραβλέπει άλλες σημαντικές πληροφορίες. Το άτομο δηλαδή απομονώνει μια επιμέρους πληροφορία και δεν παίρνει υπόψη του όλα τα δεδομένα μιας κατάστασης.
- *Μεγέθυνση/Σμίκρυνση.* Το άτομο δίνει διαφορετική διάσταση σε μια κατάσταση, είτε μεγαλοποιώντας την, είτε υποτιμώντας την.
- *Υπεργενίκευση.* Το άτομο βγάζει γενικά συμπεράσματα από ένα μεμονωμένο συμβάν. Το συμβάν αυτό λαμβάνεται ως μια πάγια κατάσταση που συμβαίνει πάντα
- *Προσωπικοποίηση.* Εξωτερικά γεγονότα συσχετίζονται με το ίδιο το άτομο, ενώ δεν υπάρχουν δεδομένα που να δικαιολογούν κάποιο συμπέρασμα από αυτά τα γεγονότα.
- *Προκατειλημμένες εξηγήσεις.* Το άτομο εδώ λειτουργεί με τρόπο καχύποπτο και εξηγεί τα γεγονότα βάσει αυτού που νομίζει πως είναι.
- *Διάβασμα της σκέψης.* Το άτομο πιστεύει πως έχει το μαγικό χάρισμα να διαβάσει την σκέψη των άλλων και έτσι ερμηνεύει τις ενέργειές τους με βάση το τι πιστεύει πως σκέφτονται (Χαριλά,1998).

Σύμφωνα με τον Beck (2004), η γνωστική θεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς. Υπάρχουν ωστόσο συγκεκριμένες αρχές οι οποίες ισχύουν στη γνωστική θεραπεία κάθε ασθενούς.

- Η γνωστική θεραπεία βασίζεται στο διαρκώς εξελισσόμενο τρόπο κατανόησης του ασθενούς και των προβλημάτων της με γνωστικούς όρους.
- Η γνωστική θεραπεία απαιτεί μια σταθερή θεραπευτική συμμαχία.
- Η γνωστική θεραπεία δίνει έμφαση στην συνεργασία και την ενεργό συμμετοχή.
- Η γνωστική θεραπεία είναι προσανατολισμένη σε στόχους και επικεντρωμένη σε προβλήματα.
- Η γνωστική θεραπεία δίνει αρχικά έμφαση στο παρόν.
- Η γνωστική θεραπεία είναι εκπαιδευτική, επιδιώκει να διδάξει στον ασθενή πώς να γίνει ο θεραπευτής του εαυτού του και δίνει έμφαση στην πρόληψη των υποτροπών.
- *Η γνωστική θεραπεία είναι χρονικά περιορισμένη.* «Συχνά ολοκληρώνεται σε 16 συνεδρίες και σε πολύ λιγότερες. Η βραχεία φύση της παρέμβασης προωθεί την ανεξαρτησία και ενθαρρύνει την αυτοβοήθεια» (Stallard, 2006:8).
- Οι γνωστικές θεραπευτικές συνεδρίες είναι δομημένες. Ανεξάρτητα από τη φύση της διάγνωσης ή το στάδιο της θεραπείας, ο γνωστικός θεραπευτής τείνει να επιμένει σε μια προκαθορισμένη δομή σε κάθε συνεδρία
- Η γνωστική θεραπεία διδάσκει τους ασθενείς να αναγνωρίζουν, να αξιολογούν και να απαντούν στις δυσλειτουργικές σκέψεις και πεποιθήσεις τους.
- Η γνωστική θεραπεία χρησιμοποιεί μια ποικιλία τεχνικών για να αλλάξει τον τρόπο σκέψης, τη διάθεση και την συμπεριφορά (Beck, 2004).

Πολλοί γνωστικοί θεραπευτές χρησιμοποιούν αρκετές συμπεριφοριστικές μεθόδους όπως:

- Δραστηριότητες για το σπίτι. Ο θεραπευτής αναθέτει στον πελάτη κάποιες δραστηριότητες που σχετίζονται με το συγκεκριμένο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο πελάτης.
- Ενίσχυση. Ο θεραπευτής υποδεικνύει στους πελάτες να ενισχύουν οι ίδιοι τον εαυτό τους όταν πραγματοποιούν την δραστηριότητα που είχαν για το σπίτι, επιλέγοντας να κάνουν κάτι ευχάριστο. Όταν ο πελάτης αποφύγει να κάνει την δραστηριότητα, ο θεραπευτής υποδεικνύει ένα τρόπο άσχημης επίπτωσης για τον πελάτη.

- Φαντασίωση. Όπου μια κατάσταση που προκαλεί κατάθλιψη και αισθήματα αυτομομφής και αποτυχίας φαντασιώσεων από τον πελάτη και σταδιακά νιώθει λιγότερο δυσάρεστα από αυτή την κατάσταση.
- Παίξιμο ρόλων. Ο πελάτης μαζί με τα μέλη της ομάδας εξασκεί την σωστή συμπεριφορά ώστε να μπορέσει να την εκφράσει και σε πραγματικές καταστάσεις
- Άσκηση δεξιοτήτων. Ο θεραπευτής δίνει στον πελάτη άσκηση εφαρμογής των δεξιοτήτων που λείπουν από τον πελάτη.
- Φράσεις προς τον εαυτό. Ο πελάτης επειδή κάνει συνέχεια τις ίδιες παράλογες σκέψεις, αρχίζει να σκέπτεται τις ίδιες καταστάσεις με άλλο τρόπο (Χαριλά,1998).

## 6.2 Μεθοδολογία του μοντέλου Γνωστικής Θεραπείας

Για το μη εκπαιδευμένο παρατηρητή, η γνωστική θεραπεία μπορεί κάποιες φορές να φανεί απατηλά απλή. Το γνωστικό μοντέλο, με βάση το οποίο οι σκέψεις κάποιου επηρεάζουν τα συναισθήματα και την συμπεριφορά του, είναι πολύ ξεκάθαρο. Παρόλα αυτά οι έμπειροι γνωστικοί θεραπευτές είναι σε θέση να επιτυγχάνουν αρκετούς από τους στόχους τους. Αντιλαμβάνονται με γνωστικούς όρους τη φύση της κάθε περίπτωσης, «χτίζουν» την επικοινωνία, εκπαιδεύουν και εισάγουν τον ασθενή στο γνωστικό μοντέλο, αναγνωρίζουν τα προβλήματα, συλλέγουν δεδομένα, ελέγχουν υποθέσεις και συνοψίζουν (Beck ,2004). Σύμφωνα με τον Παπακώστα (2006), η γνωσιακή ψυχοθεραπευτική παρέμβαση βασίζεται στην ενεργητική συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς και εστιάζεται κυρίως στα παρόντα προβλήματα του τελευταίου και την αντιμετώπισή τους.

Η συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία είναι αρκετά άμεση απέναντι στον ασθενή και στα προβλήματά του, αρκετά δομημένη και κατά κανόνα βραχεία, ενώ οι κυριότερες παρεμβάσεις γίνονται με την μορφή των ερωτήσεων. Η κάθε συνάντηση είναι διάρκειας περίπου 50 λεπτών, με συνολικό αριθμό συνεδριών 15-20 στις συνήθεις εφαρμογές της θεραπείας. Στα μεσοδιαστήματα των συνεδριών συνιστώνται εργασίες στο σπίτι. Η θεραπεία

γίνεται συνήθως σε ατομική βάση, χωρίς να αποκλείεται και η εφαρμογή της σε ομαδικά πλαίσια (Παπακώστας, 2006).

Η όλη θεραπευτική παρέμβαση εξελίσσεται κατά φάσεις. Στην αρχή ο θεραπευτής φροντίζει για την δημιουργία της κατάλληλης θεραπευτικής σχέσης, την εξοικείωση του ασθενούς με την γνωσιακή θεωρία και πρακτική και την εκπαίδευσή του για αυτορρύθμιση, που περιλαμβάνει την αυτοπαρατήρηση και την αυτόκαταγραφή. Ακολουθεί η κύρια φάση της θεραπείας, με την εισαγωγή διαφόρων επεμβατικών διαδικασιών, ενώ στις τελικές συνεδρίες η έμφαση δίνεται στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής θα χρησιμοποιήσει τα εφόδια που απέκτησε στη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, μόνος και χωρίς την βοήθεια του θεραπευτή, αν και όταν τα χρειαστεί στο μέλλον (Παπακώστας, 2006).

Υπάρχουν τρία στάδια από τα οποία πρέπει να περάσει ο γνωστικός θεραπευτής ώστε να θεωρείται ικανός και επαρκής. Στο πρώτο οι θεραπευτές μαθαίνουν να δομούν τη συνεδρία και να χρησιμοποιούν βασικές τεχνικές. Εξίσου σημαντικό είναι να αποκτήσουν τις βασικές δεξιότητες της κατανόησης του κάθε περιστατικού με γνωστικούς όρους, οι οποίες θα βασίζονται στην αρχική διαγνωστική αξιολόγηση και τις πληροφορίες που συλλέγουν κατά την διάρκεια της συνεδρίας (Beck, 2004). Μια σωστή διαγνωστική διαδικασία περιλαμβάνει τα εξής:

- ✓ «Περιγραφές των προβλημάτων από διάφορες οπτικές.
- ✓ Παραδείγματα σε ότι αφορά τα ποια άτομα επηρεάζονται από τα προβλήματα και με ποιο τρόπο.
- ✓ Αναδρομή στην έναρξη των προβλημάτων, στην πορεία εξέλιξης τους και στους παράγοντες που επηρέασαν την πορεία τους.
- ✓ Εκτίμηση του κινήτρου για αλλαγή.
- ✓ Αναγνώριση των δυνατών σημείων του πελάτη και του περιβάλλοντος του» (Payne, 2000:235).

Στο δεύτερο στάδιο οι θεραπευτές μαθαίνουν να απαρτιώνουν την αντίληψή τους για το περιστατικό με τη γνώση των τεχνικών. Ενισχύεται η ικανότητά τους να κατανοούν τη ροή της θεραπείας και νιώθουν περισσότερο ικανοί να αναγνωρίζουν κρίσιμους στόχους στη θεραπεία. Οι θεραπευτές γίνονται επίσης ικανότεροι στο γνωστικό τρόπο αντίληψης των σθενών τους, στο να τελειοποιούν την αντίληψη αυτή μέσα στη συνεδρία και να την χρησιμοποιούν

για να αποφασίσουν το είδος των παρεμβάσεων που θα χρησιμοποιήσουν. Τέλος διευρύνουν το ρεπερτόριο των τεχνικών τους και γίνονται πιο ικανοί στην επιλογή των κατάλληλων τεχνικών, αλλά και στο πότε και πώς θα εφαρμόσουν αυτές τις τεχνικές (Beck 2004, Παπακώστα 2006).

Στο τρίτο στάδιο, μπορούν πλέον να ενσωματώνουν τις καινούριες πληροφορίες στο γνωστικό τρόπο αντίληψης της ασθενούς τους με έναν πιο αυτόματο τρόπο (Beck,2004).

Σύμφωνα με τον Παπακώστα (2006), η γνωστική θεραπεία ενδείκνυται και έχει αποτελεσματικότητα στις ακόλουθες διαταραχές.

**Κατάθλιψη:** η αποτελεσματικότητα της γνωσιακής επέμβασης στην οξεία φάση της μείζονος, μονοπολικής και μη ψυχωσικής κατάθλιψης είναι συγκρίσιμη και ουσιαστικά εφάμιλλη της φαρμακοθεραπείας. Οι πιθανότητες υποτροπής ή επανεμφάνισης του ίδιου επεισοδίου μετά τον τερματισμό της επέμβασης είναι μικρότερες με την γνωσιακή ψυχοθεραπεία συγκριτικά με την φαρμακοθεραπεία και τις άλλες ψυχοκοινωνικές επεμβάσεις.

**Αγχώδεις διαταραχές:** Η γνωσιακή θεωρείται ότι αποτελεί θεραπεία εκλογής για την διαταραχή πανικού, την κοινωνική φοβία και την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, ενώ ο συνδυασμός με την συμπεριφορική είναι δυνατό να αυξήσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας στην αντιμετώπιση της αγοραφοβικής και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Clark, 2008). Στο παρακάτω κεφαλαίο γίνεται μια αναφορά για το γνωστικό –συμπεριφοριστικό μοντέλο πως παρεμβαίνει σε καταστάσεις άγχους και κρίσεων.

**Διαταραχές στη λήψη τροφής:** Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία θεωρείται ότι αποτελεί την θεραπεία εκλογής για την βουλιμική διαταραχή. Στην ψυχογενή ανορεξία και την παχυσαρκία, μολονότι οι ενδείξεις είναι ενθαρρυντικές, συγκριτικές μελέτες απουσιάζουν.

### 6.3. Γνωστική- συμπεριφορική ψυχοθεραπεία σε αγχώδεις καταστάσεις και κρίσεις

Η Γνωστική- συμπεριφοριστική θεραπεία είναι ένα όρος που χρησιμοποιείται για την περιγραφή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, που έχουν ως στόχο τη μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας και της δυσπροσαρμοστικής

συμπεριφοράς μέσω της αλλαγής των γνωσιακών διαδικασιών (Stallard, 2006:1).

Σύμφωνα με τον Clark (2008), η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία για καταστάσεις άγχους και γενικά των αγχώδη διαταραχών, είναι μια θεραπευτική παρέμβαση βραχείας χρονικής διάρκειας (1-16 συνεδρίες), βασισμένη στο γνωστικό μοντέλο των συναισθηματικών διαταραχών. Στα πλαίσια του συγκεκριμένου μοντέλου θεωρείται ότι υπεύθυνα για την παραγωγή αρνητικών συναισθημάτων όπως το άγχος, ο θυμός, οι ενοχές και η στεναχώρια, δεν είναι τα γεγονότα αυτά καθαυτά, αλλά οι προσδοκίες και οι ερμηνείες που τα άτομα προσδίδουν στα γεγονότα αυτά.

Χρησιμοποιείται ένα μεγάλο εύρος διαδικασιών, ώστε να επιτευχθεί η αντιμετώπιση της προβληματικής κατάστασης του ατόμου, οι οποίες περιλαμβάνουν την παροχή πληροφοριών, την συζήτηση σχετικά με στοιχεία υπέρ και κατά των πεποιθήσεων, την τροποποίηση των εικόνων και άλλες συμπεριφοριστικές τεχνικές (Clark, 2008).

Στην γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, στις αγχώδεις διαταραχές, η γενική προσέγγιση όπως και για άλλες διαταραχές, βασίζεται στον συνδυαστικό εμπειρισμό κατά τον οποίο ο ασθενής και ο θεραπευτής αντιμετωπίζουν τις απόψεις του ασθενούς που προκαλούν φοβογόνες σκέψεις, ως υποθέσεις οι οποίες θα πρέπει να εξεταστούν και να τεθούν υπό δοκιμασία (Clark, 2008).

Ενώ το Γνωστικό –Συμπεριφοριστικό μοντέλο σε σχέση με τις βραχείες παρεμβάσεις σε καταστάσεις κρίσης βασίζεται στο συλλογισμό ότι οι κρίσεις έχουν τις ρίζες τους σε λανθασμένο τρόπο σκέψης για τα γεγονότα και τις καταστάσεις που περιβάλλουν την κρίση- όχι στα γεγονότα καθαυτά ή τα δεδομένα για τα γεγονότα και τις καταστάσεις. Ο σκοπός είναι να βοηθηθούν τα άτομα να αποκτήσουν συνείδηση των απόψεων και πεποιθήσεων τους για τα κρίσιμα γεγονότα ή καταστάσεις και να τα αλλάξουν. Το βασικό αξίωμα στο γνωστικό- συμπεριφοριστικό μοντέλο είναι ότι οι άνθρωποι μπορούν να αποκτήσουν έλεγχο των κρίσεων στη ζωή τους αλλάζοντας τον τρόπο σκέψης τους, ειδικά με το να αναγνωρίσουν και να διακόψουν παράλογα και αυτόματιωτικά γνωστικά σχήματα, και με το να διατηρήσουν και να εστιάσουν σε λογικά και αυτό- ενισχυτικά στοιχεία του τρόπου σκέψης τους (Καμπισσοπούλου, 2008).



Τα μηνύματα που οι άνθρωποι σε κρίση στέλνουν στον εαυτό τους προοδευτικά γίνονται πολύ αρνητικά και διαστρεβλώνουν την πραγματικότητα της κατάστασης. «**Διλήμματα** που είναι διαρκή και καταπιεστικά εξουθενώνουν τους ανθρώπους, εξωθώντας τους σε έναν όλο και πιο αρνητικό εσωτερικό διάλογο με τον εαυτό τους σε σημείο που τίποτε δεν μπορεί πια να τους πείσει ότι κάτι θετικό θα βγει ποτέ από αυτή την κατάσταση. Η συμπεριφορά τους αποκρίνεται σε αυτό τον αρνητικό 'διάλογο' και οδηγεί σε μία αυτό- εκπληρούμενη προφητεία με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται πια αδιέξοδη. Σε αυτή τη καμπή, η παρέμβαση στην κρίση έχει ως έργο να επαναφέρει τις σκέψεις του ατόμου σε ένα θετικό μοτίβο ανατροφοδότησης μέσα από την εξάσκηση και το προβάρισμα νέων δηλώσεων για τον εαυτό μέχρις ότου οι παλιές, αρνητικές, αποδυναμωτικές σκέψεις σβηστούν. Το γνωστικό μοντέλο φαίνεται πιο κατάλληλο αφότου έχει σταθεροποιηθεί και επιστρέψει σε μια σχετική ισορροπία» (Καμπισσοπούλου,2008: 13).

#### 6.4 Η αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων με τη Γνωστική-Συναισθηματική θεωρία

Η μελέτη του θέματος του στρες και της αντιμετώπισης έχει βασιστεί σε μεγάλο βαθμό στο μοντέλο του Lazarus και Folkman, οι οποίοι προτείνουν πως οι τρόποι αντιμετώπισης και η αποτελεσματικότητα είναι σε συνάρτηση με την αλληλεπίδραση του ατόμου με τη στρεσογόνο κατάσταση. Σύμφωνα όμως με την Βεργέτη (2008),αναφέρει πιο συγκεκριμένα, η θεωρία του στρες για την οικογένεια αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1950 στην Αμερική από τον Reuben Hill. Βασίστηκε σε πορίσματα ερευνών της κοινωνιολογίας της οικογένειας και στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας σε πολυπροβληματικές οικογένειες (Βεργέτη,2008).

Ο Hill πιστεύει πως η εμφάνιση κρίσης σε μια οικογένεια εξαρτάται από την αλληλεπίδραση τριών παραγόντων. Ο παράγοντας A (στρεσογόνο γεγονός) επιδρά με τον B(οικογενειακοί πόροι αντιμετώπισης κρίσης) και με τον C(οικογενειακή αντίληψη για το γεγονός) με αποτέλεσμα το γεγονός Χ(την κρίση). Αυτές οι έννοιες της θεωρίας του στρες ισχύουν και στην ερμηνεία των κρίσεων σε επίπεδο ατόμου. Συνήθως ο παράγοντας A αντιπροσωπεύει ένα

στρεσογόνο γεγονός ή ερέθισμα το οποίο προκαλεί άγχος ή άλλες συναισθηματικές διαταραχές στις περιπτώσεις που η οικογένεια δεν είναι σε θέση να αποκριθεί στα αιτήματα που δημιουργούνται από το εν λόγω γεγονός ή ερέθισμα.

Ο παράγοντας Β αντιπροσωπεύει συνήθως τους πόρους που διαθέτει η οικογένεια για την αντιμετώπιση των αλλαγών που προκαλεί ο παράγοντας Α. Κρίσιμοι οικογενειακοί πόροι θεωρούνται η σωματική και ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας, η οικονομική της κατάσταση ή και οι γνώσεις. Ο παράγοντας C αντιπροσωπεύει τις αντιλήψεις της οικογένειας σχετικά με το στρεσογόνο συμβάν/παράγοντα Α, ενώ ο παράγοντας Χ αντιπροσωπεύει την κρίση που προκύπτει από την αλληλεπίδραση των παραγόντων Α,Β,С (Βεργέτη,2008).

Σε περίπτωση που η οικογένεια δεν αντιληφθεί το στρεσογόνο γεγονός ως κάτι ανυπόφορο που υπερβαίνει τις δυνάμεις της, αλλά το εκλάβει ως πρόκληση για επιβίωση ή βελτίωση και συγχρόνως έχει τους απαραίτητους πόρους για να αντιμετωπίσει τις αλλαγές, τότε οι δεξιότητες προσαρμογής της δεν ακινητοποιούνται και δεν βιώνει κρίση (Βεργέτη,2008).

Η Πατζιά κ. συν. (2005), αναφέρουν ότι πραγματοποιήθηκε έρευνα στο χώρο της αντιμετώπισης του στρες και παρουσιάζουν ότι έχει εστιαστεί σε μεγάλο βαθμό στην πρωταρχική σημασία του πρωτογενούς ελέγχου (η πεποίθηση του ατόμου ότι μπορεί να αλλάξει την κατάσταση και ιδιαίτερα την έκβαση της) και στην εύρεση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης, ανεξάρτητα από την κατάσταση.

Η αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων είναι μια διεργασία, και η αποτελεσματικότητα μιας στρατηγικής δεν είναι μόνο συνάρτηση της συγκεκριμένης κατάστασης αλλά και της χρονικής στιγμής στην εξέλιξη της στρεσογόνου κατάστασης, όπως για παράδειγμα, μιας ασθένειας. Το θεωρητικό πλαίσιο που συνθέτει αυτά τα ευρήματα είναι η γνωστική-συναισθηματική θεωρία για την προσωπικότητα.

#### Στοιχεία της Γνωστικής –Συναισθηματικής Θεωρίας

Σύμφωνα με την Γνωστική –Συναισθηματική Θεωρία, τα ίδια γεγονότα μπορούν να κωδικοποιούνται με διαφορετικούς τρόπους από διαφορετικά άτομα. Υπάρχουν ατομικές διαφορές ως προς τον τρόπο που οργανώνονται οι πληροφορίες. Μία σημαντική μεταβλητή για την προσαρμογή σε

στρεσογόνες καταστάσεις είναι η αντίληψη ελέγχου, όπου σχετίζεται με την οργάνωση των πληροφοριών που δέχεται το άτομο. Και ο τρόπος κωδικοποίησης των πληροφοριών θα επηρεάσει την επακόλουθη επιλογή των ενεργειών του ατόμου, δηλαδή τους τρόπους αντιμετώπισης για μία στρεσογόνο κατάσταση και κατά συνέπεια την προσαρμογή του στο πρόβλημα. Ακόμη τρόπος με τον οποίο κωδικοποιεί τις πληροφορίες το άτομο θα επηρεάζει τη συμπεριφορά του (Πατζιά κ. συν., 2005).

«Τα άτομα διαφοροποιούνται ως προς το ποιες πτυχές της στρεσογόνου κατάστασης προσπαθούν να επηρεάσουν. Σημαντικά γεγονότα στη ζωή του ατόμου όπως μία σοβαρή ασθένεια, έχουν πολλές διαστάσεις και δεν είναι εφικτό να αλλάξει κανείς το γεγονός αυτό καθεαυτό ,δηλαδή δεν είναι δυνατόν να ασκήσει έλεγχο ,τότε η προσπάθεια του στρέφεται στον έλεγχο των συνεπειών του γεγονότος , και έτσι ασκεί αναπληρωματικό έλεγχο» (Πατζιά κ. συν., 2005:528).

#### Αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων και προσαρμογή

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: σε προσπάθειες επίλυσης του προβλήματος ,δηλαδή προσπάθειες αλλαγής των χαρακτηριστικών του ίδιου του προβλήματος ,και σε προσπάθειες ρύθμισης των συναισθημάτων που σχετίζονται με το πρόβλημα. Η επέκταση της γνωστικής- συναισθηματικής θεωρίας ,και ιδιαίτερα της έννοιας της ικανότητας της διάκρισης, στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων συνεπάγεται ότι: (1) ο βαθμός ελέγχου της έκβασης μιας κατάστασης θα επηρεάσει τον τρόπο αντιμετώπισης της, και (2) η ικανότητα να εναρμονιστεί κανείς τις προσπάθειες του με το βαθμό στον οποίο η κατάσταση είναι ελέγξιμη θα οδηγήσει στην καλύτερη προσαρμογή (Πατζιά κ. συν. , 2005).

#### Θεραπευτικές παρεμβάσεις και ικανότητα διάκρισης

Όσον αφορά τον σχεδιασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων, η γνωστική – συναισθηματική θεωρία προτείνει ότι η έμφαση θα πρέπει να δίνεται στην ανάπτυξη ενός πιο ευέλικτου τρόπου αξιολόγησης των στρεσογόνων καταστάσεων και ενός διευρυμένου ρεπερτορίου στρατηγικών αντιμετώπισης, δηλαδή στην ανάπτυξη ικανότητας διάκρισης ελέγχου και των στρατηγικών αντιμετώπισης.

Συμπερασματικά, ο βαθμός και οι τρόποι με τους οποίους ένα άτομο θεωρεί ότι μία δύσκολη κατάσταση είναι ελεγχόμενη είναι σημαντικά στοιχεία για της σχέση της εκτίμησης της κατάστασης με την προσαρμογή. Επιπλέον, ο βαθμός στον οποίο ένα πρόβλημα είναι ελεγχόμενο φαίνεται να αποτελεί χαρακτηριστικό της κατάστασης που ρυθμίζει τη σχέση των στρατηγικών αντιμετώπισης με την προσαρμογή. Σε ελεγχόμενες καταστάσεις οι στρατηγικές που αποσκοπούν στην επίλυση του προβλήματος σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας ενώ σε μη ελεγχόμενες οι στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων που επιτρέπουν την ψυχολογική προσέγγιση του προβλήματος βοηθούν την προσαρμογή (Πατζιά κ. συν., 2005).

Όσον αφορά το σχεδιασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων, η γνωστική-συναισθηματική θεωρία προτείνει ότι η έμφαση θα πρέπει να δίδεται στην ανάπτυξη ενός πιο ευέλικτου τρόπου αξιολόγησης των στρεσογόνων καταστάσεων και ενός διευρυμένου ρεπερτορίου στρατηγικών αντιμετώπισης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση σοβαρών καταστάσεων (Πατζιά κ. συν., 2005).

## 6.5 Το μοντέλο της Γνωστικής Αναλυτικής Ψυχοθεραπείας

Είναι μία σχετικά νέα μορφή βραχείας ψυχοθεραπείας και βασίζεται σε ένα γνωστικό μοντέλο ψυχολογικής κατανόησης του ανθρώπου αλλά που ενσωματώνει στο θεωρητικό της πλαίσιο στοιχεία κι από άλλες τάσεις ρεύματα όπως η ψυχαναλυτική θεωρία αντικειμενοτρόπων σχέσεων αναδιατυπωμένη με όρους διαδικασιών αμοιβαίων ρόλων, η αναπτυξιακή θεωρία της διαπροσωπικής δραστηριότητας κ.λ.π. Εφαρμόζεται στην Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα στη Θεσσαλονίκη όπου στα δυο Κέντρα Ψυχικής Υγείας Β.Δ. Τομέα Β' Πανεπιστημιακής κλινικής αποτελεί μία από τις βασικές ψυχοθεραπευτικές επιλογές, ενώ συγχρόνως λειτουργεί και προκαταρκτικό πρόγραμμα για εκπαίδευση θεραπευτών (Γαρούφαλλος κ. συν., 1994).

Η Γνωστική Αναλυτική Ψυχοθεραπεία είναι μία ενεργητική θεραπεία όπου συμβάλλει στο ότι είναι βραχεία. Επίσης είναι εστιασμένη ψυχοθεραπεία διότι το θεραπευτικό έργο επικεντρώνεται στους στόχους που έχουν συμφωνηθεί με βάση την αναδιαμόρφωση και δεν διαχέεται σε πολλές κατευθύνσεις. Δίνει

έμφαση στο εδώ και τώρα ενώ το παρελθόν χρησιμοποιείται για να επιβεβαιώσει τις προβληματικές διαδικαστικές ακολουθίες (Γαρούφαλλος κ. συν., 1994).

Είναι σχετικά μία δομημένη ψυχοθεραπεία:

1. Ως προς την χρονική οργάνωση. Η θεραπεία είναι βραχεία και διαρκεί τυπικά 16 συνεδρίες.

2. Ως προς την λειτουργική οργάνωση της θεραπευτικής διαδικασίας που έχει ως εξής:

α) Φάση εκτίμησης. Στη φάση αυτή διαρκεί περίπου 3 με 5 συναντήσεις και αφορά την συλλογή υλικού από το ιστορικό ,από το περιεχόμενο των συνεδριών, από την αυτοπαρατήρηση που αναλαμβάνει ο ασθενής και από ειδικά ερωτηματολόγια που συμπληρώνει. Ο στόχος αυτής της φάσης είναι να καταλάβει ο ειδικός πως σκέφτεται, αισθάνεται και δρα ο συγκεκριμένος άνθρωπος, πως σχετίζεται με βάση το μοντέλο της διαδικαστικής ακολουθίας που περιγράφεται παρακάτω, ώστε να δημιουργεί και να συντηρεί τα προβλήματά του.

β) Αναδιαμόρφωση που είναι ο πυρήνας της θεραπείας. Είναι μια σαφής περιγραφή των επαναληπτικά χρησιμοποιημένων τρόπων σκέψης, δράσης και εκτίμησης που είναι αποτελεσματικοί ,επιβλαβείς και προβληματικοί. Δίνεται στην 4<sup>η</sup> με 6<sup>η</sup> συνεδρία και είναι γραπτή. Η αναδιαμόρφωση συζητείται με τον ασθενή και γίνεται αμοιβαία αποδεκτή. Αν προκύψουν τροποποιήσεις συζητούνται και αυτές. Η αναδιαμόρφωση δεν είναι μία απλή περιγραφή, δίνει και εξόδους από τις προβληματικές διαδικασίες. Τοποθετεί συγκεκριμένους στόχους που αφορά στο ξεπέραςμα των προβλημάτων π.χ. συμπτώματα και των προβληματικών διαδικασιών, π.χ. διλήμματα ,παγίδες , εμπλοκές.

γ) Φάση θεραπευτικής αλλαγής. Το θεραπευτικό έργο εστιάζεται στους στόχους που συμφωνήθηκαν με κατεύθυνση την αλλαγή των παθογόνων διαδικασιών μέσα από το πρίσμα της νέας οπτικής που δίνει η αναδιαμόρφωση. Η συζήτηση αφορά σε υλικό εκτός των συνεδριών αλλά και σε εκείνο που προκύπτει από την διαντίδραση ασθενή – θεραπευτή (μεταβίβαση). Η φάση αυτή διαρκεί από τη 4<sup>η</sup> -6<sup>η</sup> συνεδρία μέχρι την 16<sup>η</sup> συνάντηση. Στην πορεία της φάσης αυτής μπορεί να χρησιμοποιηθούν και άλλες τεχνικές π.χ. ψυχοδυναμικές ,gestalt.

δ) «Τερματισμός. Κατά την 16<sup>η</sup> συνάντηση ο ασθενής και ο θεραπευτής ανταλλάσσουν τα λεγόμενα «γράμματα αποχαιρετισμού» που παριστούν την εκτίμηση του καθενός για την θεραπευτική διαδικασία που επιτελέσθηκε. Στη συνέχεια ορίζεται μία συνάντηση επανεκτίμησης μετά από 2-3 μήνες» (Γαρύφαλλος κ. συν., 1994:164).

Η κεντρική ιδέα στην Γνωστική Αναλυτική Ψυχοθεραπεία είναι το μοντέλο της διαδικαστικής ακολουθίας. Η διαδικαστική ακολουθία είναι μία συνδυασμένη ακολουθία ψυχολογικών και συμπεριφορικών διεργασιών με κάποιο στόχο/ σκοπό. Το μοντέλο για τις στοχοκατευθυνόμενες δράσεις (συνειδητές ή ασυνειδητές) προβλέπει μια ακολουθία σταδίων που είναι τα εξής:

- 1) «Ορίζεται ο στόχος, δηλαδή διαμορφώνεται μια πρόθεση ή επιθυμία. Μερικές φορές και σαν απάντηση σε ένα εξωτερικό γεγονός.
- 2) Εκτιμάται η κατάσταση γενικά και σε σχέση με τις άλλες και στόχους του ατόμου.
  - Τι πιθανότητες υπάρχουν να επιτευχθεί ο στόχος;
  - Πόση ανάγκη να επιτευχθεί;
  - Ποσό επαρκής είμαι για να πετύχω το στόχο;
  - Τι θα γίνει αν πετύχω το στόχο. Πόσο αποδεκτός θα είμαι από τον εαυτό μου. Τι θα κάνουν οι άλλοι;
- 3) Εξετάζονται τα πιθανά σχέδια δράσης. Το εύρος εξαρτάται: α) από την προηγούμενη εμπειρία ατόμου, να έχει δηλαδή ακολουθήσει κάποιους μεθόδους για όμοιους στόχους σε παρόμοιες συνθήκες, β) από την ικανότητα του να επεκτείνει το ρεπερτόριό του.
- 4) Για κάθε σχέδιο εξετάζονται: α) πιθανότητες επιτυχίας, β) συνέπειες επιτυχημένης διεξαγωγής σε σχέση με την αντίδραση των άλλων αλλά και με τον ίδιο τον εαυτό του.
- 5) Επιλογή τελικού σχεδίου δράσης. Επιλέγεται το σχέδιο που το άτομο θα έχει μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας και το μικρότερο κόστος.
- 6) Αναδρομική εκτίμηση της δράσης που μπορεί να τροποποιεί τα στάδια 4 και 3 .

7) Ανασκόπηση. Επιβεβαίωση ή αναθεώρηση α) της όλης ακολουθίας, β) του στόχου» (Γαρύφαλλος κ. συν., 1994:162). Επίσης βλέπε πίσω στο παράρτημα 2 για το μοντέλο διαδικαστικής ακολουθίας.

Συγκριτικά με άλλες θεραπείες και συγκεκριμένα με την ερμηνευτική θεραπεία του Mann που είναι επίσης βραχεία θεραπεία, η Γνωστική Αναλυτική Ψυχοθεραπεία φαίνεται να δίνει το ίδιο ευνοϊκά και σε ορισμένους τομείς γνωστικής αλλαγής με περισσότερα ευνοϊκά αποτελέσματα ,σ' ένα δείγμα ασθενών με διάφορες ψυχιατρικές διαγνώσεις (Γαρύφαλλος κ. συν., 1994).

Στη διάρκεια μιας ψυχολογικής κρίσης είναι πολύ πιο δύσκολο να παίρνουμε αποφάσεις για οτιδήποτε. Η ικανότητα για καθαρή σκέψη μειώνεται από τα ισχυρά συναισθήματα και από την νοητική ενασχόληση με τα τρέχοντα ζητήματα (Parry, 1996).

Τυπικές νευρωτικές διαδικαστικές ακολουθίες είναι:

#### 1. Παγίδες

Η τυπική ακολουθία μιας παγίδας είναι η εξής: μια αρνητική πεποίθηση/εκτίμηση οδηγούν στην επιλογή μιας δράσης και δράση (στάδιο 5) με τρόπους που δημιουργούν συνέπειες ,οι οποίες επιβεβαιώνουν την αρχική πεποίθηση /εκτίμηση (στάδια 6- 7). Τυπικό παράδειγμα παγίδας είναι η φοβική αποφυγή. Είναι το άγχος που έχει ένα άτομο και αβεβαιότητα για μια κατάσταση ή ένα αντικείμενο και πιστεύει ότι δεν μπορεί να το αντιμετωπίσει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εγκαταλειφθεί ο στόχος ή να έρθει κάποιος σε επαφή αλλά να νιώθει έντονο άγχος (Γαρύφαλλος κ. συν., 1994).

#### 2. Διλήμματα

Τα διλήμματα είναι εσφαλμένες ακολουθίες στις οποίες η επιλογή των μέσων , για κάποιο στόχο , περιορίζεται σε δύο πολωμένες εναλλακτικές δυνατότητες. Τα διλήμματα αφορούν τα στάδια 3 και 5 και έχουν συνήθως δύο μορφές. Στην πρώτη η επιλογή περιορίζεται σε δύο μόνο , εκ διαμέτρου θα λέγαμε αντίθετες , δυνατότητες π.χ. ή θα κρατάω τα πάντα (συναισθήματα, σχέδια) σε απόλυτη τάξη ή αλλιώς θα υπάρξει τρομερό χάος. Το άτομο μπορεί να ακολουθεί άλλοτε τον ένα κι άλλοτε τον άλλο πόλο ή μπορεί να ακολουθεί μόνο τον ένα διότι ο άλλος είναι πολύ πιο ανεπιθύμητος ή εκφοβιστικός. Στην δεύτερη μορφή το δίλημμα παίρνει τη μορφή του

“αν...τότε...” π.χ. αν νοιάζομαι για κάποιον τότε αυτός πρέπει να υποταχθεί σε μένα.

### 3. Εμπλοκές

Οι εμπλοκές είναι ακολουθίες στις οποίες εγκαταλείπονται εσφαλμένα στόχοι διότι η πρόβλεψη ή προσδοκία ή εκτίμηση αρνητικών εκβάσεων ή συνεπειών (στάδια 2,4,7,1). Οι εμπλοκές είναι σε ένα βαθμό ασυνείδητες. Για παράδειγμα :θα ήθελα να πετύχω επαγγελματικά αλλά προβλέπω ότι αυτό θα είχε αρνητική επίπτωση του άντρα μου απέναντί μου (Γαρύφαλλος κ. συν., 1994).

## 6.6 Αξιολόγηση και αποτελεσματικότητα του μοντέλου

Σύμφωνα με τον Payne (2000), υποστηρίζει ότι μια σειρά μελετών σχετικά με τις συμπεριφορικές προσεγγίσεις μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά στην εργασία με ομάδες. Αυτό μπορεί να γίνει μέσα από τη χρήση μιας τυπικής ομάδας για την υποστήριξη και την ενίσχυση ατόμων που ακολουθούν συμπεριφορικά προγράμματα ή μέσα από παρεμβάσεις που απευθύνονται συγχρόνως σε αρκετά άτομα μέσα στην ομάδα. Βοηθούνται άτομα που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα όπως για παράδειγμα άτομα με καρκίνο, αλκοολικοί ή άτομα με την ίδια προϋστορία, για παράδειγμα μια ομάδα εφήβων με προβλήματα παραβατικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τον Stallard (2006), αναφέρει όπως και ο Payne (2000), ότι αυτή η προσέγγιση έχει υψηλή εγκυρότητα για τα παιδιά και τα νεαρά άτομα, που συνήθως έχουν μεγαλύτερο κίνητρο να επιλύσουν τα πραγματικά και του εδώ και τώρα προβλήματα αντί να κατανοήσουν τα αίτια της δημιουργίας τους.

Συχνά το παιδί ή ο έφηβος υιοθετούν μία βραχυπρόθεσμη και εστιασμένη στο πρόβλημα που τους απασχολεί οπτική. Είναι σημαντικό γι' αυτούς να αντιμετωπίσουν τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις σε σύντομο χρονικό διάστημα και όχι να δεσμεύονται για μακροπρόθεσμες θεραπευτικές προσπάθειες. Υπάρχει η δυνατότητα να αντιληφθούν τα παιδιά τα προβλήματα που τα απασχολούν μέσα από ένα πλαίσιο γνωσιακών διεργασιών και να μάθουν περισσότερους λειτουργικούς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς, που θα βοηθήσει να αντιμετωπίσουν αυτά τα προβλήματα και τις δυσκολίες. Αυτή η



εστίαση κάνει τη διαδικασία της παρέμβασης πιο σύντομη σε 12 με 16 συνεδρίες (Stallard ,2006).

Οι γνωστικές- συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές από άλλες μορφές θεραπείας όταν απευθύνεται στα άτομα με παραβατική συμπεριφορά. Οι παρεμβάσεις είναι δομημένες με σκοπό την αλλαγή συγκεκριμένων συμπεριφορών οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση δεξιοτήτων επικοινωνίας και αυτοελέγχου μπορούν να μειώσουν τις υποτροπές έως και 50% (Δρίτσας, 2003).

### Ανακεφαλαίωση

Το γνωστικό- συμπεριφοριστικό μοντέλο στοχεύει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει τα γεγονότα και τις εμπειρίες του, και , παράλληλα στον εντοπισμό και την αλλαγή των διαστρεβλώσεων ή των ελλειμμάτων που εμφανίζονται κατά τη γνωσιακή διαδικασία. Ένα από τα πλεονεκτήματα της γνωστικής προσέγγισης είναι η σαφής, βραχείας διάρκειας, δομημένη καθοδήγηση που προσφέρει για την πρακτική και τα διαγνωστικά εργαλεία που συχνά χρησιμοποιεί.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Συμπερασματικά από αυτά που ειπώθηκαν για την οικογένεια μέχρι τώρα φαίνεται ότι η οικογένεια στον κύκλο της ζωής της έχει να αντιμετωπίσει πολλές φυσιολογικές λεγόμενες κρίσεις.

Σήμερα, τα βραχεία μοντέλα για παρέμβαση σε κατάσταση κρίσης έχουν εκτεταμένη εφαρμογή στην κοινωνική εργασία. Ποικίλα έχουν αναπτυχθεί και αναπτύσσονται στο διεθνή χώρο με στόχο να συμβάλλουν σε μια αποτελεσματική πρακτική. Στη χώρα μας η διαχείριση καταστάσεων που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση από τις κοινωνικές υπηρεσίες είναι συχνή και αυξανόμενη.

Οι ψυχολογικές κρίσεις επιλύονται με θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις. Κι όταν ακόμα η κρίση περάσει, το άτομο ίσως παραμείνει ανίκανο ή ανήμπορο ν' αντιμετωπίσει τις μελλοντικές απαιτήσεις της ζωής. Οι επιπτώσεις μιας κρίσης που δεν έχει επιλυθεί σωστά, μπορεί να είναι πολύ μακροπρόθεσμες.

Η άμεση αντιμετώπιση της κρίσιμης κατάστασης και η ανοχή της οδύνης της κρίσης αποκαλύπτουν την κρυμμένη δυνατότητα για προσωπική ανάπτυξη. Χρειάζεται να τονιστεί ότι η κρίση έχει μέσα της τη δυνατότητα για πιο πέρα ανάπτυξη και ωρίμανση. Η συναισθηματική ωριμότητα των μελών της, η συμπληρωματικότητα στο ρόλο των γονιών, η ύπαρξη ενός κοινωνικού δικτύου στήριξης και η οργανωμένη κοινωνική φροντίδα μπορεί να βοηθήσει τα μέλη της για την αντιμετώπιση των κρίσεων μέσα από την ανάπτυξη προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης. Όταν η ψυχολογική κρίση επιλυθεί σωστά, το άτομο κερδίζει γνώση, ανανεώνει την αυτοεκτίμηση του και διευρύνει την ικανότητα του να ξεπερνά τις δυσκολίες, τόσο του καθημερινού άγχους όσο και των μελλοντικών ψυχολογικών κρίσεων.

Σημασία έχει από την άλλη πλευρά η ύπαρξη ιατρο-κοινωνικών υπηρεσιών και οργανωμένων προγραμμάτων με στόχο την πρώιμη εντόπιση των

οικογενειών σε κρίση και την παρέμβαση προληπτικών παρεμβάσεων στο επίπεδο της πρωτογενούς πρόληψης. Ιδιαίτερα σοβαρή είναι και η απουσία υπηρεσιών έγκαιρης παρέμβασης σε καταστάσεις κρίσης. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συνήθως αναμειγνύονται ενεργά στις περιπτώσεις ψυχολογικών κρίσεων μάλλον αργά παρά γρήγορα. Ωστόσο, αρκετοί επαγγελματίες, εξαιτίας της φύσης της εργασίας του, συμμετέχουν στα προβλήματα από τις αρχικές φάσεις της κρίσης.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και σε ποικίλες κοινωνικές υπηρεσίες, έρχονται αντιμέτωποι σχεδόν καθημερινά, με άτομα και οικογένειες που αδυνατούν να αντεπεξέλθουν σε έντονες και συχνά απρόσμενες αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή τους. Τα άτομα αυτά βιώνουν έντονο άγχος, εσωτερικές συγκρούσεις και βαθιές απογοητεύσεις από την ανεπάρκεια των δεξιοτήτων τους να αντιμετωπίσουν αιτήματα μιας νέας πραγματικότητας που διαμορφώνεται στη ζωή τους με αποτέλεσμα να εισέρχονται σε καταστάσεις κρίσης (Βεργέτη, 2006).

Η εμφάνιση της κρίσης συνδέεται με μια αλληλουχία ποικίλων στρεσογόνων γεγονότων/ παραγόντων με πρόσφατη έναρξη και συναρτάται με αναπτυξιακούς παράγοντες ή και με χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες στην οικογένεια (π.χ. απρόσμενο θάνατος, ανεργία κ.α.).

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως η αναγκαιότητα στην χρήση βραχείας παρέμβασης οδηγήθηκε από τις νέες εξελίξεις οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν παρακάτω:

- Ο αριθμός των ατόμων που αναζητούν βοήθεια για τα ψυχολογικά τους προβλήματα αυξάνει σημαντικά πιο γρήγορα από τον αριθμό των ψυχαναλυτών. Άρα οι θεραπευτές δεν επαρκούν αριθμητικώς.
- Τα οικονομικά προβλήματα πολλών ασθενών.
- Η έλλειψη χρόνου ορισμένων ατόμων.
- Οι δυσκολίες λεκτικοποίησης ατόμων που προέρχονται από λιγότερο ευνοημένες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.
- Οι καταστάσεις κρίσης και οι καταστάσεις καταστροφής.
- Η προσδοκία άμεσων αποτελεσμάτων από τους γιατρούς.
- Ο προληπτικός ρόλος ορισμένων ψυχοθεραπειών.

Τα ευρήματα της παρούσας πτυχιακής οδηγούν σε προτάσεις για αλλαγές των πολιτικών που επηρεάζουν τις οικογένειες, τη λειτουργία κοινωνικών οργανώσεων, καθώς και την εκπαίδευση –ειδίκευση των επαγγελματιών που τις στελεχώνουν.

Σε επίπεδο πολιτικής, οι παρεμβάσεις για την επίλυση των πολύσημων οικονομικών, κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες σε κατάσταση κρίσης, συναντούν σημαντικά εμπόδια στα ισχύοντα συστήματα ασφάλισης ,απασχόλησης ,κοινωνικής πρόνοιας και δικαιοσύνης. Τα συστήματα αυτά θα πρέπει να αναπροσανατολιστούν προκειμένου να διασφαλίζουν επάρκεια επιδομάτων ανεργίας ή άμεση σύνδεση των αιτούντων εργασία με θέσεις απασχόλησης από τις οποίες θα μπορούν να αποκομίζουν ένα επαρκές εισόδημα. Τα άτομα που δεν είναι σε θέση να εργαστούν χρειάζονται άμεση πρόσβαση μέσω του ασφαλιστικού συστήματος σε ένα επίπεδο εισοδήματος που θα καλύπτει βασικές ανάγκες των ίδιων αλλά και των εξαρτημένων μελών της οικογένειας τους.

Επίσης, στις περιπτώσεις διαζευγμένων γονιών με παιδιά σοβαρής εφηβικής ηλικίας με σοβαρές δυσκολίες συνεργασίας σε γονεϊκό επίπεδο ,πρέπει να ελέγχεται η τήρηση των δικαστικών αποφάσεων για την επικοινωνία γονιού- παιδιού καθώς και για την διατροφή των παιδιών από ειδική υπηρεσία ψυχοκοινωνικής υποστήριξης της οικογένειας.

Σε επίπεδο οργάνωσης, η επαρκής αντιμετώπιση οικογενειών σε κρίση απαιτεί ειδικευμένες υπηρεσίες με 24ωρη λειτουργία, στελεχωμένες με ικανό αριθμό, άρτιο εκπαιδευμένων και έμπειρων επαγγελματιών. Απαιτεί ένα σύγχρονο, ολοκληρωμένο και πλήρες ενημερωμένο σύστημα πληροφόρησης για τους διαθέσιμους κοινοτικούς πόρους (υπηρεσίες, προγράμματα, παροχές) απαραίτητο επαγγελματικό εργαλείο για μια άμεση απόκριση στις ανάγκες επιβίωσης των οικογενειών σε κρίση που απευθύνονται στις προνοιακές υπηρεσίες πρώτης γραμμής.

Η συνεχής εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών στην κατανόηση των αναγκών της σύγχρονης ελληνικής οικογένειας και στις προσεγγίσεις επίλυσης των κρίσεων αποτελεί προτεραιότητα στην σύγχρονη πραγματικότητα και η επιμόρφωση των επαγγελματιών που εργάζονται στις κοινωνικές υπηρεσίες α' και β' βαθμού αυτοδιοίκησης σε μοντέλα

παρέμβασης στην κρίση επείγει για μια έγκαιρη αναγνώριση και αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Αμβρόσιος Ν. (2008). «Απώλεια και θάνατος», στο Γιωτάκος Ο. (επιμ), *Παρέμβαση στην Κρίση*, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Αντωνίου Ο. (2000). *Η τηλεφωνική γραμμή προσφύγων του πολυδύναμου κέντρου κοινωνικής στήριξης και ενσωμάτωσης προσφύγων, του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, Κοινωνική Εργασία*, τ.58, σσ. 119-127
- Βάντσης Δ., Ντουλάκη Χρ., Φραγκούδη Κ. (2007). *Ερευνητικά δεδομένα και προοπτικές στην εκπαίδευση στελεχών των Γραμμών Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας στην Ελλάδα, Κοινωνική Εργασία*, τ.86, σσ.113-120.
- Βασλαματζής Γρ., Μακρίδης Μ. (2006). «Ψυχανάλυση και οι ψυχαναλυτικής έμπνευσης ψυχοθεραπείας», στο Χριστοδούλου Γ. (επιμ), *Ψυχιατρική*, Αθήνα: Βήτα, β τόμος.
- Βεργέτη Α. (2006). *Κοινωνική εργασία με οικογένειες σε κρίση*, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- Βεργέτη Α. (2008). *Ποιοτική Έρευνα: Μελέτη Περίπτωσης στην Κοινωνική Εργασία*, *Κοινωνική Εργασία*, τ.90, σσ.15-18.

- Γαρύφαλλος Γ. , Ζλατάνος Δ. (1994). *Το μοντέλο της γνωστικής-αναλυτικής ψυχοθεραπείας, Κοινωνική Εργασία*, τ.35, σσ.161-166.
- Δημοπούλου- Λαγωνίκα Μ., Καλούτση Α., Μουζακίτης Χρ. (2006). *Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας Μοντέλα Παρέμβασης*. Αθήνα:Ελληνικά γράμματα.
- Δήμου Δ. (1994). «Βραχύχρονες ψυχοθεραπείας αναλυτικής έμπνευσης», στο Κουρός Ι. (επιμ), *Ψυχικά προβλήματα και θεραπείες*, Αθήνα, Ελληνικά γράμματα.
- Δρίτσας Ι. (2003). *Προς μια ολιστική προσέγγιση στην κλινική θεραπεία της νεανικής παραβατικής συμπεριφοράς, Κοινωνική Εργασία*, τ. 72, σσ. 200-207.
- Ζαφείρης Α., Ζαφείρη Ε., Μουζακίτης Χ. (1999). *Οικογενειακή θεραπεία-θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*, Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Ζαφειροπούλου Ν. & Ροκκά Σ. (2008). «Δουλεύοντας με τον ασθενή», στο Γιωτάκος Ο. (επιμ), *Παρέμβαση στην κρίση*, Αθήνα, Αρχιπέλαγος.
- Καλούτση Ταυλαρίδου Ασπ., Παπαφλέσσα Θ. (2007). *Η βιωματική διδακτική στην εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών*. Αθήνα: Κριτική.
- Καμπισοπούλου Ε. (2008). «Θεωρίες για την ψυχολογική κρίση», στο Γιωτάκος Ο. (επιμ), *Παρέμβαση στην Κρίση*, Αθήνα, Αρχιπέλαγος.
- Καστορίδου Παπαδοπούλου Χρ. (2006). *Κοινωνική εργασία με ομάδες-μία μορφή προσέγγισης για συνεργασία και δράση*. Αθήνα: Ελλην.
- Κοκαντζής Ν. (1988). «Ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες», στο Ιεροδιακόνου Χ. Φωτιάδης Χ. Δημητρίου Ε. (επιμ), *Ψυχιατρική*, Θεσσαλονίκη, Μαστορίδη.

- Κυριακίδης Π. (2000). *Η οικογενειακή σχέση*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Μαδιανός Μ. (2000). *Κοινωνική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*. Αθήνα:Καστανιώτη.
- Μάνος Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- Μιχαλοπούλου Α.Μ. (2006). Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας με τον ασθενή- Ο ρόλος της συμβουλευτικής σε καταστάσεις κρίσης. *Κοινωνική Εργασία*, τ.81, σσ. 29-31.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1993). *Αντιμετώπιση του πόνου του καρκίνου*.Αθήνα: Βήτα Ιατρικές εκδόσεις.
- Πανταζάκας Π., Μανόλης Μ. (2003). Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου: Παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσεις. *Κοινωνική Εργασία*, τ.70, σσ. 73-78
- Παπαγεωργίου Ευαγ. (1988). Ο σχεδιασμός κέντρων αντιμετώπισης ψυχιατρικών κρίσεων απαραίτητος κρίκος στην θεραπευτική αλυσίδα. *Εκλογή*, τ.76, σσ.32-37.
- Παπαδάτου Δ. (1990). «Κρίσιμες περίοδοι στη ζωή της οικογένειας παιδιού με απειλητική για τη ζωή ασθένεια», στο Παρίσης Ν. Καλαντζή-Αζίζι Α. (επιμ.), *Οικογένεια Ψυχοκοινωνικές- Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις*, Αθήνα, Ελληνικά γράμματα.
- Παπακώστας Γ. (2006). «Γνωσιακές Ψυχοθεραπείες», στο Χριστοδούλου Γ. (επιμ), *Ψυχιατρική*, Αθήνα, Βήτα, β τόμος.

- Πατζιά Ρούσση & Κούτρη Ιφιγένεια (2005). Προσαρμογή σε σοβαρά προβλήματα υγείας και η ικανότητα διάκρισης ως προς την αντίληψη ελέγχου και την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία-Υγεία και Ασθένεια: Ψυχολογικές Διεργασίες*, τ4, σσ.524-535.
- Πίανος Κ. (2003). *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Ελλην.
- Πιπεροπούλου Ν., Γιωτάκος Ο. (2008). «Σύγχρονοι τρόποι παρέμβασης στην κρίση», στο Γιωτάκος Ο. (επιμ), *Παρέμβαση στην κρίση*, Αθήνα, Αρχιπέλαγος.
- Ρήγα Αναστ. Β. (2008). «Πρόταση για τη δημιουργία κέντρου ψυχοκοινωνικής στήριξης της οικογένειας σε κρίση», στο Γιώτσα Αρτ. Πρεσβέλου Κλ. Γκέκα Μ. Ρήγα Αν. (επιμ), *Η οικογένεια στην Ελλάδα σήμερα*, Αθήνα, Ελληνικά γράμματα.
- Ροκκά Σ., Τριανταφύλλου Θ., Γιωτάκος Ο. (2008). «Παρέμβαση και στήριξη από τηλεφώνου», στο Γιωτάκος Ο. (επιμ), *Παρέμβαση στην κρίση*, Αθήνα, Αρχιπέλαγος.
- Σαλαγιάννης Π. (2000). *Προσέγγιση θεμάτων ψυχολογίας*. Αθήνα: Δαρδάνος.
- Στεφανής Κ. (1991). «Οι βραχείες ψυχοθεραπείες ψυχαναλυτικής εμπνεύσεως», στο Στεφανής Κ. (επιμ), *Θέματα Ψυχιατρικής*, Αθήνα, Συμμετρία.
- Τσαμασίρος Γ. (2001). «Βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία», στο Ασημάκης Π. (επιμ), *Σύγχρονες ψυχοθεραπείες από τη θεωρία στην εφαρμογή*, Αθήνα, Ασημάκης.



- Τσιάντης Ι. (1990). «Οικογένεια σε κρίση», στο Τσίτουρα Στ. (επιμ), *Φροντίδα για την οικογένεια*, Αθήνα,
- Χαριλά Ντ. (1998). «Γνωσιακή Θεραπεία της συμπεριφοράς», στο Μπουλουγούρης Γ. (επιμ), *Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας*, Αθήνα, ελληνικά γράμματα ,β τόμος.
- Χαρτοκόλλης Π. (1991). *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Χατζηχρήστου Χρ. (2005). *Πρόγραμμα της ψυχικής υγείας και της μάθησης κοινωνική και συναισθηματική αγωγή στο σχολείο*. Αθήνα: Τυπώθω.

#### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ

- Barlow Durand (1999). *Ψυχολογία & Παθολογία Συμπεριφορά: μια συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση*. Αθήνα: Ελλην, τόμος β.
- Beck J. (2004). *Εισαγωγή στη Γνωστική θεραπεία*. Αθήνα: Πατάκη.
- Butler S., Dennim H., Strupp H. (1998). «Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία», στο Καλαντζή- Αζίζι Α., Αναγνωστόπουλος Φ. (επιμ), *Εισαγωγή στην κλινική ψυχολογία*, Αθήνα, Ελληνικά γράμματα.
- Clark D. (2008). «Γνωσιακή- συμπεριφορική ψυχοθεραπεία για τις αγχώδεις διαταραχές», στο Σολδάτος (επιμ), *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις, 2τόμος.
- Fahrner M. (2000). «Βραχεία ψυχοθεραπεία με οριακούς ασθενείς», στο Βασιλαματζής Γρ. (επιμ), *Ανάμεσα στη σύγχυση και τη δημιουργικότητα- ψυχανάλυση και οριακός ασθενής*, Αθήνα, Ελληνικά γράμματα.
- Gabbard O. (2006). *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην κλινική πράξη*. Αθήνα: Βήτα.

- Gabbard G. (2008). «Τρέχουσες ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις στην ψυχιατρική», στο Σολδάτος (επιμ), *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις, 1τόμος.
- Gillieron E. (1991). *Βραχείες ψυχοθεραπείες και ψυχανάλυση*. Αθήνα: Εστία.
- Herbet M. (1997). *Ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειας του*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Landgarten H. (1999). *Οικογενειακή εικαστική θεραπεία*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Parry G., (1996). *Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπιση τους*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Payne M. (2000). *Σύγχρονη θεωρία της κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Salzberger- Wittenberg I. (1997). «Βραχεία ψυχοθεραπευτική εργασία με γονείς βρεφών και νηπίων», στο Ρολιν Σουρ , Σιλα Μίλερ (επιμ), *Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία παιδιών , εφήβων και των οικογενειών τους*, Αθήνα, Καστανιώτη.
- Stallard P. (2006). *Σκέφτομαι σωστά- Νιώθω καλά*. Αθήνα: Τυπώθυτω.
- Windgassen K. & Toller R. (2005). *Ψυχιατρική και Ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Ursano Robert (2008). «Βραχεία ατομική Ψυχοθεραπεία», στο Σολδάτος (επιμ), *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις, 2τόμος.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Hoglend P. (1995). Brief dynamic psychotherapy in psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol 81, No. 1, 82-82.
- Howard Book (1997). *Brief Psychodynamic Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Kadushin A. (1990). *The social work interview*. New York: Columbia university press.
- Rutan S., Stone W., Shay J. (2007). *Psychodynamic group psychotherapy*. New York: The guild ford press.
- Woods M., Hollis Fl. (2000). *A psychosocial therapy*. United States America: Material fifth edition.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### 1.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

	ΨΥΧΑΝΑ- ΛΥΣΗ	F.ALEXANDE R Ψυχαναλυτική θεραπεία	BELLAK- SMALL Επείγουσα ψυχοθεραπεία και βραχεία ψυχοθεραπεία	K.Lewin Βραχείες συναντήσεις
ΔΙΑΤΑΞΗ				
Χώρος	Ντιβάνι- πολυθρόνα	Ντιβάνι ή πρόσωπο με πρόσωπο	Πρόσωπο με πρόσωπο	Πρόσωπο με πρόσωπο
Χρόνος Συχνότητα	Απεριόριστος Σταθερή(3- 5)	Ακαθόριστος Ποικίλη	6 Συνεδρίες Ποικίλη	Ακαθόριστος Σταθερή
ΤΕΧΝΙΚΗ				
Στάση	Ουδετερότητα	«Ευέλικτη»	Εκλεκτική υποστήριξη	Παιδαγωγική -υποβλητική
Ενεργητικότητα	«Παθητική»	Ενεργητική	Ενεργητική	Ενεργητική
Παθητικότητα	»	Ποικίλη	Οιδιπόδεια εστία	Προκαθορισμένη εστία
«Άκουσμα»	Όλους τους			

	συνειρμούς			
ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ	Χαλαρά	Χαλαρά	Χαλαρά	Χαλαρά
	Η.ΔΑΒΑΝΛ ΟΟ <b>Βραχεία δυναμική ψυχοθερα πεία με διευρυμέν η εστία</b>	Π. ΣΙΦΝΑΙΟΣ <b>Βραχεία αγχο- εκλυτική ψυχοθεραπεί α</b>		
ΔΙΑΤΑΞΗ Χώρος Χρόνος Συχνότητα	Πρόσωπο με πρόσωπο Περιορισμέ νος, όχι καθορισμέ νος Σταθερή	Πρόσωπο με πρόσωπο Περιορισμένος , όχι καθορισμένος Σταθερή		
ΤΕΧΝΙΚΗ Στάση	Αντιπαράθ εση-	«Παιδαγωγική »		

Ενεργητικότητα	«πρόκληση»	Πολύ ενεργητική		
Παθητικότητα	Εξαιρετικά ενεργητική	Οιδιπόδεια		
«Άκουσμα»	Εστία, σχέση με θεραπευτή	εστία		
ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ		Διευρυμένα	Πολύ αυστηρά	

## 2. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΙΑΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΑΚΟΛΟΥΘΙΑΣ

Στάδια ακολουθίας



