

ΟΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Γιάννης Ζέρβας

1. Εισαγωγή

- 1.1. Ταξινομήσεις των ψυχοθεραπειών**
- 1.2. Κοινά στοιχεία ανάμεσα στις ψυχοθεραπείες**
- 1.3. Η έρευνα στην ψυχοθεραπεία**

2. Ιστορικό πλαίσιο

3. Ατομική ψυχοθεραπεία

- 3.1. Η ψυχαναλυτική προσέγγιση**
- 3.2. Η συμπεριφορική προσέγγιση**
- 3.3. Η γνωσιακή προσέγγιση**
- 3.4. Η διαπροσωπική προσέγγιση**

4. Οι ψυχοθεραπείες ομάδας, οικογένειας και ζεύγους

- 4.1. Η συστημική προσέγγιση**
- 4.2. Θεραπεία οικογένειας**
- 4.3. Θεραπεία ζεύγους**
- 4.4. Ομαδική ψυχοθεραπεία**

5. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να οριστεί ως η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών που βασίζεται κατά κύριο λόγο στην επικοινωνία – λεκτική και μη λεκτική – μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Μιλώντας για ψυχοθεραπεία, χρησιμοποιούμε συνήθως αυτούς τους όρους, θεραπευτής και θεραπευόμενος, και όχι γιατρός και ασθενής. Ο θεραπευτής δεν είναι απαραίτητο να είναι γιατρός αλλά μπορεί να είναι ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός ή να ανήκει σε κάποια άλλη συναφή ειδικότητα. Όποια όμως και να είναι η ειδικότητά του, πρέπει να είναι εκπαιδευμένος στο είδος της ψυχοθεραπείας που παρέχει. Παρομοίως, ο θεραπευόμενος δεν είναι απαραίτητο να υποφέρει από μια μείζονα ψυχική διαταραχή αλλά μπορεί να συμβουλευτεί τον θεραπευτή για ελάσσονα (από ψυχιατρικής απόψεως) ψυχολογικά προβλήματα ή για τρέχοντα προβλήματα της καθημερινής του ζωής.

Παρά τα στοιχεία που θα παραθέσουμε στο υπόλοιπο κεφάλαιο, στην προσπάθειά μας να δώσουμε μια ιδέα για το τι συμβαίνει στην ψυχοθεραπεία, είναι δύσκολο να δοθεί μια πραγματική γεύση μέχρι να αναλάβει κανείς, κάτω από εποπτεία, έναν ασθενή για ψυχοθεραπεία. Γι' αυτό σε πολλές χώρες η εκπαίδευση στην ψυχιατρική περιλαμβάνει υποχρεωτικά και βασική εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία με ανάληψη περιστατικών υπό εποπτεία.

1.1. Ταξινομήσεις των ψυχοθεραπειών

Ο όρος ψυχοθεραπεία είναι ένας γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει πολλές διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις και πολλές διαφορετικές χρήσεις. Όλες όμως μοιράζονται δύο χαρακτηριστικά. Το πρώτο είναι η σχέση ανάμεσα σε ένα εκπαιδευμένο λειτουργό της ψυχικής υγείας και σε έναν άνθρωπο που χρειάζεται βοήθεια για να αντιμετωπίσει τα ψυχολογικά του συμπτώματα ή τις δυσκολίες του στις σχέσεις και στη δουλειά του. Το δεύτερο είναι η συστηματική χρήση κάποιων βασικών ψυχολογικών αρχών εκ μέρους του θεραπευτή. Έτσι, το ερώτημα που συνήθως προκύπτει δεν είναι εάν η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει γενικά (δεδομένου ότι όλες οι μελέτες δείχνουν ότι οι περισσότερες ψυχοθεραπείες είναι σε κάποιο βαθμό αποτελεσματικές) αλλά ποιόν ασθενή και με τι είδους πρόβλημα μπορεί να βοηθήσει καλύτερα η συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία και ο συγκεκριμένος ψυχοθεραπευτής. Μπορεί να το φανταστεί κανείς σαν το ακόλουθο σχήμα όπου πρέπει να ταιριάζουν μεταξύ τους τα στοιχεία σε όλα τα τετράγωνα, συμπεριλαμβανομένης της προσωπικότητας του θεραπευτή με αυτήν του θεραπευόμενου:

	Θεραπευόμενος	Πρόβλημα
Θεραπευτής	+	+
Τεχνική	+	+

Η συνήθης ταξινόμηση των ψυχοθεραπειών βασίζεται στη *θεωρητική κατεύθυνση*, που ακολουθεί ο θεραπευτής. Σύμφωνα με αυτή την ταξινόμηση θα πρέπει να αναφερθούν ως κυριότερες ψυχοθεραπείες η ψυχαναλυτική, η γνωσιακή, η συμπεριφορική, η συστημική, η διαπροσωπική, κλπ., αλλά και άλλες λιγότερο συχνά χρησιμοποιούμενες ψυχοθεραπείες όπως η υπαρξιακή, η Γκεστάλτ, η εκλεκτική και πολλές άλλες. Ο κατάλογος με την πρόοδο του χρόνου αυξάνει. Πρόσφατες διεθνείς καταγραφές της σύγχρονης ψυχοθεραπευτικής πρακτικής απαριθμούν πάνω από 400 είδη ψυχοθεραπείας, από τα οποία όμως, μόνο ελάχιστα έχουν κατοχυρώσει την αποτελεσματικότητά τους με ερευνητικά δεδομένα. Τα περισσότερα απ' αυτά τα είδη προέρχονται από τις λίγες βασικές σχολές και μείζονες θεωρητικές κατευθύνσεις που θα συνοψίσουμε στην επόμενη ενότητα, παραλλάσσοντας λιγότερο ή περισσότερο βασικές αρχές και τεχνικές τους. Ένας άλλος τρόπος ταξινόμησης των ψυχοθεραπειών είναι *με βάση τον χρήστη*, δηλαδή σε ποιόν απευθύνεται η ψυχοθεραπεία. Έτσι έχουμε θεραπείες ατομικές, ζεύγους, οικογένειας, ομάδας, κλπ.. Στοιχεία για μερικές από αυτές θα παραθέσουμε επίσης στη συνέχεια του κεφαλαίου.

Εξάλλου, *ανάλογα με τον σκοπό* που προτίθενται να εξυπηρετήσουν, οι ψυχοθεραπείες μπορούν να χωριστούν και ως εξής, ξεκινώντας από τις λιγότερο και καταλήγοντας στις περισσότερο φιλόδοξες παρεμβάσεις:

- *Θεραπείες για καταστάσεις κρίσης* («συμβουλευτική κρίσης», «παρέμβαση σε κρίση») που αφορούν άτομα, οικογένειες, ακόμη και κοινωνικές ομάδες που αντιμετωπίζουν την απειλή ή τις συνέπειες κάποιας μεγάλης διατάραξης στην προσωπική τους ζωή (όπως π.χ. διαζύγιο, απόλυση, χρεωκοπία, ξαφνική σοβαρή ασθένεια, κλπ) ή κάποιου καταστροφικού γεγονότος (π.χ. ενός σεισμού, ή μιας τρομοκρατικής ενέργειας). Αυτές είναι γενικά βραχείες και εστιασμένες θεραπείες που στοχεύουν στην αποκατάσταση της ισορροπίας που διαταράχθηκε με την κρίση και στην αντιμετώπιση των απωλειών.
- *Θεραπείες για χρόνιες ψυχικές διαταραχές*. Τέτοιες θεραπείες αφορούν ασθενείς που έχουν μείζονες ψυχικές διαταραχές (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, κλπ) και οι οποίοι χρειάζονται μακρόχρονη, συχνά ισόβια, φροντίδα. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία είναι η πλέον ενδεδειγμένη για να βοηθήσει την προσαρμογή σε μια χρόνια νόσο, για την οποία δεν υφίσταται ριζική θεραπεία.
- *Θεραπείες για συγκεκριμένα συμπτώματα ή συγκεκριμένα προβλήματα*. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει θεραπείες που στοχεύουν, λόγω χάρη στην απόλυση συγκεκριμένων φοβιών, στην αντιμετώπιση σεξουαλικών διαταραχών, αϋπνίας, καταναγκαστικής ή παρορμητικής ή επιθετικής ή εθιστικής συμπεριφοράς, κλπ. Αυτές είναι συνήθως συμπεριφορικής κατεύθυνσης θεραπείες που βασίζονται στη θεωρία της μάθησης και ασχολούνται αποκλειστικά (είτε σε ατομικό, είτε σε

οικογενειακό επίπεδο) με την εκμάθηση τεχνικών για τη λύση του προβλήματος στο οποίο στοχεύουν.

- *Θεραπείες που βασίζονται στην αυτογνωσία.* Αυτές οι θεραπείες προωθούν την κατανόηση του εαυτού και των διαπροσωπικών σχέσεων, σε διάφορα επίπεδα, ως την ενδεδειγμένη μέθοδο για την βελτίωση των προβλημάτων. Αποσκοπούν δε είτε στην συμπτωματική ανακούφιση (π.χ. όπως στη γνωσιακή θεραπεία), είτε, ευρύτερα, στην ωρίμανση του εαυτού και των αναγκών της προσωπικότητας (όπως π.χ. στην ψυχαναλυτική θεραπεία). Η διάρκεια της θεραπείας ποικίλλει. Έτσι έχουμε μια γκάμα θεραπειών, από βραχείες εστιασμένες έως μακρόχρονες θεραπείες, που μπορεί να εφαρμόζονται σε ατομικό (συνήθως) αλλά και σε ομαδικό επίπεδο. Σ' αυτή την κατηγορία υπάγονται και οι θεραπείες που εφαρμόζονται σε άτομα με διαταραχή της προσωπικότητας, παρόλο που ο στόχος σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι τόσο πολύ η αυτογνωσία (ακριβέστερα, η «εναισθησία», όπως είναι ο τεχνικός όρος), όσο η μείωση της ψυχικής ευαλωτότητας των θεραπευομένων που απειλεί, και συχνά αποδιοργανώνει, τις σχέσεις τους με τους άλλους και την συγκεκριμένη αίσθηση που έχουν για το εαυτό τους.

1.2. Κοινά στοιχεία ανάμεσα στις ψυχοθεραπείες

Ασχέτως σχολής όλες οι ψυχοθεραπείες μοιράζονται ορισμένα κοινά στοιχεία. Ο Jerome Frank (ήδη από το 1972) τα περιέγραψε ως ακολούθως:

- *Μια συναισθηματικά φορτισμένη σχέση που βασίζεται στην εμπιστευτικότητα.*
- *Μια συλλογιστική που παρέχει εξηγήσεις για τα προβλήματα του ασθενούς και μεθόδους για να αντιμετωπισθούν.*
- *Την παροχή νέων πληροφοριών για το μέλλον, την πηγή του προβλήματος και πιθανές εναλλακτικές που εμπεριέχουν την ελπίδα της ανακούφισης*
- *Τη διευκόλυνση της συναισθηματικής φόρτισης και αποφόρτισης.*
- *Μη ειδικές μεθόδους τόνωσης της αυτο-εκτίμησης.*
- *Την μετάδοση ελπίδας.*
- *Παροχή εμπειριών επιτυχίας.*

1.3. Η έρευνα στην ψυχοθεραπεία

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει γίνει σημαντική έρευνα στον τομέα της ψυχοθεραπείας που εξετάζει όχι μόνο το καίριο ζήτημα της αποτελεσματικότητας αλλά και άλλα συναφή θέματα όπως είναι η σημασία της διάρκειας της ψυχοθεραπείας, η συγκριτική

αποτελεσματικότητα μεταξύ των διαφόρων ψυχοθεραπειών, οι θεραπευτικοί παράγοντες μέσα στη θεραπευτική διαδικασία, κλπ. Σ' αυτό το χρονικό διάστημα η διαδρομή που έχει γίνει προς την ερευνητική (ή 'εμπειρική' όπως συχνά λέγεται) κατοχύρωση είναι μεγάλη. Η ευρύτερη επιστημονική κοινότητα στη δεκαετία του 1950 θεωρούσε (χωρίς επαρκή στοιχεία, είναι η αλήθεια) την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας ισοδύναμη του placebo, ενώ οι περισσότεροι ψυχοθεραπευτές εφάρμοζαν ευλαβικά τον θεωρητικό τους προσανατολισμό σε οποιονδήποτε τους παρουσιαζόταν για θεραπεία, αδιακρίτως προβλήματος. Από τότε έχουν διαμορφωθεί θεωρητικές υποθέσεις και κατευθύνσεις και έχουν γίνει σημαντικές κλινικές μελέτες που προσδιορίζουν κριτήρια επιλογής για τις διάφορες ψυχοθεραπείες καθώς και παράγοντες, που αφορούν τον ασθενή αλλά και τον θεραπευτή, οι οποίοι συνδέονται με την μη αποτελεσματικότητα και τις υποτροπές. Έχουν γίνει αρκετές μετα-αναλύσεις αποτελεσματικότητας ορισμένων ψυχοθεραπειών που δείχνουν πως ωφελούν σημαντικά μια ποικιλία ασθενών, και ιδίως εκείνους με 'νευρωσικές' αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές, με διαταραχές προσαρμογής, μετατραυματικές διαταραχές καθώς επίσης και ασθενείς με ποικίλης βαρύτητας προβλήματα που συνδέονται με την προσωπικότητα τους. Οι ψυχοθεραπείες έχουν αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητα, ως αποκλειστική μέθοδος αντιμετώπισης, σε ασθενείς με μείζονες ψυχικές διαταραχές δηλαδή ασθενείς με σχιζοφρένεια, διπολική συναισθηματική διαταραχή, σοβαρή μονοπολική υποτροπιάζουσα κατάθλιψη και βαριές διαταραχές προσωπικότητας, αλλά και σ' αυτές τις περιπτώσεις, εφόσον συνδυασθούν με τις κατάλληλες βιολογικές θεραπείες, μπορούν να βοηθήσουν με ποικίλους τρόπους, για παράδειγμα με τη μορφή ψυχο-εκπαιδευτικών προγραμμάτων και οικογενειακών παρεμβάσεων.

Η έρευνα δείχνει πως οι ψυχοθεραπείες όλων των βασικών κατευθύνσεων έχουν σαφές αποτέλεσμα, αν και όχι πάντα καλό. Με κακούς χειρισμούς ή με ακατάλληλη ένδειξη μπορούν να προκαλέσουν επιδείνωση μέχρι και σε 10% των ασθενών, ποσοστό πάντως το οποίο αντιστοιχεί στα αρνητικά αποτελέσματα που ενδέχεται να εμφανίσουν και οι συνήθεις κλινικοί χειρισμοί με τις φαρμακευτικές θεραπείες. Σχετικά βραχείες ψυχοθεραπείες (δηλαδή, διάρκειας μερικών μηνών), σε κατάλληλα επιλεγμένους ασθενείς, μπορούν να φέρουν πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα, ειδικά σε ορισμένα είδη ψυχοθεραπειών (γνωσιακές, συμπεριφορικές, διαπροσωπικές, βραχείες ψυχαναλυτικές, θεραπείες ζεύγους, μερικές μορφές οικογενειακής θεραπείας). Αυτή η γνώση έχει επιτρέψει μια ορθολογικότερη χρήση των δυνατοτήτων για ψυχολογικές θεραπείες, αφήνοντας τις μακρότερες θεραπείες για εκείνους με βαρύτερη ψυχοπαθολογία όπως, π.χ., τους ασθενείς με μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Η ψυχοθεραπεία είναι πάντα ένα μίγμα επιστήμης και τέχνης, αλλά έχουν αρχίσει μέσα από συγκριτικές μελέτες να προσδιορίζονται όλο και περισσότερο εκείνα τα χαρακτηριστικά που βοηθούν και εκείνα που εμποδίζουν την αποτελεσματικότητά της. Αν

και η ψυχοθεραπεία βασίζεται σε μια διαδικασία στην οποία υπεισέρχονται πολύ περισσότεροι άδηλοι παράγοντες απ' ό τι στις συνήθεις φαρμακευτικές θεραπείες, η συνέχιση της προσπάθειας για προσδιορισμό αυτών των χαρακτηριστικών είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς έχει σημαντική επίπτωση στην καλή έκβαση της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών.

2. ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το απώτατο παρελθόν των ψυχοθεραπειών ανάγεται στους σαμάνους και τους μάγους των πρωτόγονων φυλών που ασκούσαν την πειθώ και την επιρροή τους με τελετουργίες για να επηρεάσουν την συμπεριφορά και τα συναισθήματα των ανθρώπων. Όμως η ψυχοθεραπεία και οι ψυχολογικές θεραπείες όπως τις ξέρουμε σήμερα, αποτελούν δημιούργημα του εικοστού αιώνα. Σχεδόν ως το τέλος του 19ου αιώνα οι σημαντικές διαπιστώσεις στην ψυχολογία δεν προέρχονταν τόσο από την ιατρική αλλά από τη φιλοσοφία και την λογοτεχνία. Τέτοιες διαπιστώσεις λίγο βοηθούσαν στην πρακτική κατανόηση και αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετώπιζαν οι άνθρωποι στην καθημερινή τους ζωή. Μια εξαίρεση αποτελεί το έργο του πραγματιστή φιλοσόφου Ουίλλιαμ Τζέιμς (αδελφού του λογοτέχνη Χένρι Τζέιμς) που έδωσε την πιο πλήρη ψυχολογική θεωρία της εποχής στο βιβλίο του Principles of Psychology (*Θεωρητικές Αρχές της Ψυχολογίας*), επεξεργαζόμενος κατά κύριο λόγο μια θεωρία της βούλησης. Αλλά, παρά τους περιορισμούς που είχαν οι θεωρίες και οι διαπιστώσεις σημαντικών διανοητών ως προς την κλινική τους εφαρμογή, κατάφεραν να δημιουργήσουν ένα διανοητικό κλίμα μέσα στο οποίο η σοβαρή ψυχολογική έρευνα μπόρεσε να θεμελιωθεί και να υλοποιηθεί.

Μια πολύ σημαντική επίδραση στην ψυχολογία του τέλους του 19ου αιώνα προήλθε από τις φυσικές επιστήμες, που παρείχαν τις μεθόδους και την τεχνογνωσία για να μελετηθούν σε επίπεδο φυσιολογίας πολλές πλευρές της ψυχολογικής προσέγγισης. Ο Σετσένωφ και ο Παβλόφ ήταν δύο από τους επιφανείς Ρώσους φυσιολόγους της εποχής που έθεσαν τις βάσεις για τις θεωρίες της συμπεριφοράς που ακολούθησαν. Τέλος, νευρολόγοι, όπως ο Σαρκό, και παθολόγοι που ασχολήθηκαν με τις ψυχολογικές θεραπείες όπως ο Ζανέ και ο Μπρόιερ, ενδιαφέρθηκαν για την επίδραση μη συνειδητών σκέψεων στην συμπεριφορά και εισήγαγαν στην ψυχιατρική τη θεραπευτική χρήση τεχνικών όπως η ύπνωση, θέτοντας έτσι τις βάσεις για την ανάπτυξη της ψυχανάλυσης.

Οι εξελίξεις του τέλους του 19ου αιώνα έθεσαν τις βάσεις για το έργο του Ζίγκμουντ Φρόυντ (1856-1939), του οποίου η προσφορά στην κατανόηση της ανθρώπινης φύσης και η επίδρασή του στην πορεία του Δυτικού πολιτισμού μέσα στον 20ο αιώνα είναι τεράστιες. Η εποχή κατά την οποία ο Φρόυντ ξεκίνησε το έργο του ήταν μια εποχή που στο επιστημονικό πεδίο κυριαρχούσαν οι φυσικές επιστήμες. Εκείνη την περίοδο η ψυχολογία έκανε μεγάλες

προσπάθειες να διαχωρίσει τη θέση της από τη φιλοσοφία, που είχε αρχίσει να χάνει σημαντικά τη φήμη της. Οι ψυχολόγοι της εποχής, ακολουθώντας το παράδειγμα του Φέχνερ, έκαναν πειράματα που αφορούσαν επί μέρους φυσιολογικές λειτουργίες, όπως την αισθητηριακή αντίληψη (π.χ. την όραση, την ακοή, την αφή), τη μάθηση και τη μνήμη. Ο Φρόντ, παρότι ξεκίνησε ως νευρολόγος, με γερές βάσεις στις φυσικές επιστήμες, σύντομα εγκατέλειψε την αμιγώς νευροφυσιολογική προσέγγιση, προκειμένου να μελετήσει με καθαρά ψυχολογικές μεθόδους την ανθρώπινη συμπεριφορά. Το αίτημά του αυτό ουσιαστικά ακολουθούσε την παράδοση των ψυχιάτρων της Ρομαντικής περιόδου (αρχές 19ου αιώνα) για τη συνολική μελέτη του ανθρώπου κι όχι των επί μέρους λειτουργιών του. Σημαντικές έννοιες που χρησιμοποίησε ο Φρόντ όπως το *ασυνείδητο*, η *απόθεση*, και η *σημασία των ονείρων* είχαν ήδη τεθεί από εκείνους. Η επιτυχία του Φρόντ όμως βασίστηκε στο ότι επεξεργάστηκε την ψυχανάλυση μ' ένα συνολικό τρόπο, ως μια *θεωρία* που έδενε την ψυχολογία με την ψυχοπαθολογία, ως μια *ερευνητική μέθοδο* της εν τω βάθει ψυχολογίας του ατόμου και ως μια *θεραπευτική μέθοδο* με συγκεκριμένες τεχνικές, η οποία για περισσότερο από πενήντα χρόνια αποτέλεσε ουσιαστικά τη μόνη τάση στην ψυχιατρική ψυχοθεραπεία.

Η ψυχανάλυση συνέχισε να αναπτύσσεται και να εξελίσσεται μετά τον Φρόντ, ενσωματώνοντας τις σύγχρονες επεκτάσεις και αναθεωρήσεις της που αφορούν την ψυχολογία του Εγώ, τις αντικειμενοτρόπες σχέσεις και την ψυχολογία του εαυτού. Αυτές οι μετα φροϋδικές προσεγγίσεις επέτρεψαν την επέκταση των εφαρμογών της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας (που αρχικά προοριζόταν για τις νευρώσεις) σε βαρύτερες ψυχιατρικές παθήσεις, με τροποποιήσεις της τεχνικής της. Ο Καρλ Γιούγκ, ο Άλφρεντ Άντλερ, η Άννα Φρόντ, ο Ντόναλντ Ουίνικοτ, η Μάργκαρετ Μάλερ, η Μέλανι Κλάιν, ο Χάινζ Κόχουτ, ο Γουίνφρεντ Μπιόν, ο Ζακ Λακάν, ο Όττο Κέρνμπεργκ, είναι μερικές μόνο από τις πολλές σημαντικές μορφές στον ψυχαναλυτικό χώρο που επέφεραν μεγάλες καινοτομίες στη ψυχαναλυτική θεωρία και τεχνική. Κύριο χαρακτηριστικό όλων των ψυχαναλυτικών θεραπειών είναι η έμφασή τους σε φαινόμενα όπως το ασυνείδητο, η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση, η αντίσταση, οι μηχανισμοί άμυνας, οι ενδοψυχικές συγκρούσεις, ο ναρκισσισμός και οι εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις των σχέσεων.

3. ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1. Η ψυχαναλυτική προσέγγιση

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση στη θεραπεία στοχεύει στην επίτευξη μιας ωρίμασης στην προσωπικότητα και στη λειτουργικότητα του ατόμου. Η ανακούφιση των συμπτωμάτων έρχεται από την απόκτηση εναισθησίας εκ μέρους του ασθενούς ως προς τους ασυνείδητους παράγοντες που καθοδηγούν την συμπεριφορά του και ευθύνονται για τα προβλήματά του. Από την ψυχανάλυση και την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία έχουν προέλθει οι πιο ευρείας εφαρμογής ψυχοδυναμικές θεραπείες, ορισμένες από τις οποίες είναι βραχείες και εστιασμένες σε συγκεκριμένα προβλήματα. Ψυχοδυναμικές εννοούμε τις θεραπείες που βασίζονται στην υπόθεση ότι συγκρουόμενες δυνάμεις μέσα στον άνθρωπο ευθύνονται για τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές του και θεωρείται δεδομένο ότι ορισμένες από αυτές τις δυνάμεις βρίσκονται σε διάφορα επίπεδα συνειδητότητας, μερικές εντελώς ασυνείδητες

Η *παραδοσιακή ψυχανάλυση* ασκείται σε τέσσερις με πέντε συνεδρίες την εβδομάδα. Ο θεραπευόμενος είναι ξαπλωμένος και λαμβάνει την οδηγία να κάνει «ελεύθερο συνειρμό», δηλαδή να λέει ό,τι τον απασχολεί ή του έρχεται στο νού, ενώ ο ψυχαναλυτής, καθισμένος εκτός θέας του αναλυόμενου προσπαθεί να είναι όσο το δυνατόν πιο ουδέτερος, έτσι ώστε να επιτρέψει στο ασυνείδητο υλικό να αναδυθεί χωρίς παρεμβάσεις. Ο αναλυτής ανταποκρίνεται στα λεγόμενα του αναλυόμενου με τους εξής τρόπους:

- *«Ενσυναίσθηση»¹ (empathy)*. Ο αναλυτής δίνει λεκτική έκφραση στις σκέψεις και στα συναισθήματά του αναλυόμενου, «συναισθανόμενος» τον ασθενή του, καθώς ταυτίζεται με διάφορες πλευρές του αλλά χωρίς να εγκαταλείπει την θεραπευτική του αντικειμενικότητα. Η ενσυναίσθηση παρέχει στο θεραπευτή όχι μόνο ένα μέσο για να κατανοεί βαθύτερα τα άγχη του θεραπευόμενου αλλά και ένα τρόπο για να τα «περιέχει», δηλαδή να τα συγκρατεί και να τα επεξεργάζεται για λογαριασμό του ασθενούς .
- *Διευκρίνιση (Clarification)*. Με ερωτήσεις και σχόλια φωτίζει ένα θέμα της καθημερινότητας έτσι ώστε να φανεί η σχέση του με την ψυχική ζωή του αναλυόμενου.

¹ Επελέγη αυτός ο όρος ως ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος στην ψυχοθεραπευτική ορολογία. Παρόλα αυτά το empathy (αγγλική μετάφραση του φροϋδικού *einfuhlung*) έχει μεταφραστεί και ως «εμπαθητικότητα», «συνεναισθησία», «συνδιαίσθηση», και παλαιότερα «συναισθηματική κατανόηση», και «ελεγχόμενη συναισθηματική ταύτιση».

- *Ερμηνεία (Interpretation)*. Ο ψυχαναλυτής συνδέει σκέψεις και συναισθήματα του αναλυόμενου με ασυνείδητο ψυχικό υλικό το οποίο γίνεται φανερό μέσω της ερμηνείας, κάνοντας συνδέσεις ανάμεσα στα λεγόμενα του αναλυόμενου και στις σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του, τα συναισθήματά του προς τον θεραπευτή και τις απωθημένες ή ασυνείδητες επιθυμίες του. Μ' αυτό τον τρόπο βαθαίνει η κατανόηση του αναλυόμενου για τη φύση και τις αιτίες των προβλημάτων, των δυσλειτουργιών και των συμπτωμάτων του, και γίνεται προοδευτικά η «διεργασία» τους (working through) έτσι ώστε να μπορέσει να εγκαταλείψει τους δυσλειτουργικούς τρόπους συμπεριφοράς.
- *Αντιπαράθεση (Confrontation)*. Ο ψυχαναλυτής επιμένει ενάντια στην αντίσταση του ασθενούς να αντιμετωπίσει ένα συγκεκριμένο ζήτημα.

Η διαδικασία της κλασικής ανάλυσης διαρκεί χρόνια. Σ' αυτού του είδους τη θεραπεία υποβάλλεται μικρό ποσοστό ασθενών, αρκετοί από τους οποίους είναι οι ίδιοι ψυχοθεραπευτές που εκπαιδεύονται στην ψυχανάλυση κατά τη διάρκεια της «διδασκτικής» τους ανάλυσης.

Η *ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία*, από την άλλη μεριά, είναι ευρέως διαδεδομένη, και γίνεται μία με τρεις (συνήθως δύο) φορές την εβδομάδα. Ο θεραπευόμενος είναι καθισμένος απέναντι από τον θεραπευτή ο οποίος, παρότι διατηρεί την ουδετερότητα και το ψυχαναλυτικό πλαίσιο, είναι πιο ενεργητικός στην θεραπευτική διαδικασία και λιγότερο αδιαφανής. Αυτή η θεραπεία επιτρέπει την εφαρμογή της σε ασθενείς που εμφανίζουν ευρύτερο φάσμα ψυχοπαθολογίας από εκείνους για τους οποίους ενδείκνυται η κλασική ψυχανάλυση. Κι εδώ όμως η διάρκεια είναι μεγάλη και οι στόχοι φιλόδοξοι, προσδοκώντας όχι μόνο συμπτωματική ανακούφιση (π.χ. στο άγχος, την κατάθλιψη ή τα ψυχοσωματικά συμπτώματα) αλλά όσο το δυνατόν βαθύτερη και διαρκέστερη αλλαγή σε χαρακτηριστικό επίπεδο.

Στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, όπως και στην ψυχανάλυση, κεντρικής σημασίας είναι το φαινόμενο της «μεταβίβασης» (transference). Αυτό το φαινόμενο αφορά τον τρόπο που σχετίζεται ο θεραπευόμενος με τον θεραπευτή, και περιλαμβάνει ασυνείδητες φαντασίες, συναισθήματα και άγχη που σχετίζονται τόσο με το παρελθόν του θεραπευόμενου όσο και με το παρόν της τρέχουσας σχέσης του με τον θεραπευτή. Αυτά τα συναισθήματα και οι φαντασιώσεις επάγουν στον αναλυτή αντίστοιχα «αντιμεταβιβαστικά» συναισθήματα και φαντασιώσεις που καθοδηγούν την ανάλυση και τις ερμηνείες καθώς δίνουν νόημα στη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου, δείχνοντας τη σύνθεση παρελθόντος και παρόντος που κάνει ο θεραπευόμενος στο πρόσωπο του θεραπευτή.

Υπάρχει και μια ομάδα βραχειών εστιασμένων θεραπειών, ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης, που αναπτύχθηκαν για άτομα με περιχαρακωμένα ψυχολογικά προβλήματα. Από μερικούς ψυχαναλυτές όπως οι Π. Σιφναίος, Χ. Ντάβανλου και Ντ. Μάλαν, μεταξύ άλλων. Παρά τις διαφορές που έχουν μεταξύ τους αυτές οι θεραπείες μοιράζονται ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, όπως το ότι απευθύνονται σε άτομα με συναισθηματική αντοχή και καλά οργανωμένο εγώ, καθώς και απουσία μείζονος ψυχοπαθολογίας (έντονης κατάθλιψης, αποδιοργανωτικού άγχους ή ψυχωσικών στοιχείων). Οι υποψήφιοι θεραπευόμενοι πρέπει επίσης να διαθέτουν επαρκή ψυχολογική σκέψη, ώστε να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν και να ωφεληθούν από τον ορισμένο και περιορισμένο χρόνο της θεραπείας (10-40 συνεδρίες συνήθως) και τον συγκεκριμένο ενεργητικό εστιασμό τόσο στη θεματολογία της συζήτησης όσο και στην ερμηνεία της μεταβίβασης..

Παρόλο που στα παλαιότερα χρόνια πιστευόταν ότι η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία αφορά ασθενείς με νευρωτικά κυρίως προβλήματα, εξελίξεις στην ψυχαναλυτική τεχνική τις πρόσφατες δεκαετίες έχουν επιτύχει να κάνουν αυτήν τη θεραπεία προσιτή και αποτελεσματική σε ανθρώπους με βαρύτερη ψυχοπαθολογία, όπως ασθενείς με μεθοριακές και ναρκισσιστικές διαταραχές..

3.2. Η συμπεριφορική προσέγγιση

Παράλληλα με το ρεύμα της ψυχανάλυσης, και σε πολεμική μαζί του στα παλαιότερα χρόνια (κυρίως γύρω στις δεκαετίες '60-70), εμφανίστηκε το ρεύμα του συμπεριφορισμού, μια θεραπευτική σχολή που προερχόταν από την πειραματική ψυχολογία των αρχών του αιώνα και η οποία αναπτύχθηκε κυρίως από ψυχολόγους. Ο συμπεριφορισμός (behaviorism) θεωρούσε ως αντικείμενο της ψυχολογίας μόνο ό,τι ήταν μετρήσιμο στην ανθρώπινη συμπεριφορά και μπορούσε, άρα, να επαληθευτεί με επιστημονική ερευνητική μεθοδολογία. Στην παλαιότερη και αυστηρότερη μορφή του ο συμπεριφορισμός θεωρούσε ότι το περιεχόμενο του νου δεν είναι αντικειμενικά μετρήσιμο και κατά συνέπεια ο νους πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα «μαύρο κουτί» το οποίο δέχεται διάφορα περιβαλλοντικά ερεθίσματα στα οποία αντιδρά με τις αντίστοιχες συμπεριφορές. Τόσο τα ερεθίσματα όσο και οι συμπεριφορές που αυτά προκαλούσαν ήταν μετρήσιμα και οι συμπεριφοριστές πίστευαν πως μπορούσαν να τροποποιηθούν με βάση τεχνικές που στηρίζονταν στη θεωρία της μάθησης. Ο Ιβάν Παβλόφ που ανακάλυψε την *κλασική εξάρτηση* και ο Ρόμπερτ Σκίννερ που πειραματίστηκε με την *εγχειρηματική μάθηση*, είναι οι πρωτεργάτες του συμπεριφορισμού εργαζόμενοι κυρίως με πειραματόζωα. Ο Τζων Ουώτσον ήταν ο πρώτος που έδειξε την δυνατότητα πρόκλησης πειραματικής φοβίας σε ανθρώπους και μαζί με τον Χανς Άιζενκ εφάρμοσε τα συμπεράσματά των ερευνών του Παβλόφ στους ανθρώπους. Δύο ιδιαίτερα

σημαντικές μορφές στον χώρο των θεραπειών που βασίζονται στις θεωρίες της μάθησης υπήρξαν ο Αλμπερτ Μπαντούρα, που διεύρυνε σημαντικά το πεδίο αναγνωρίζοντας τη σημασία της κοινωνικής μάθησης για τους ανθρώπους (ότι οι άνθρωποι μαθαίνουν παρατηρώντας συμπεριφορές και τις υιοθετούν), και ο Μάρτιν Σέλιγκμαν που έδωσε τις πειραματικές βάσεις της κατάθλιψης (δείχνοντας ότι τα πειραματόζωα που δεν έχουν δυνατότητες αποφυγής ενός επώδυνου ερεθίσματος – είναι αβοήθητα μπροστά του – πέφτουν σε μια κατάσταση που μοιάζει με κατάθλιψη).

Η σημασία της σχολής του συμπεριφορισμού φάνηκε κυρίως στην παρουσίαση μιας αιτιοπαθογενετικής θεωρίας για την ανάπτυξη των φοβιών και την επεξεργασία μιας βραχείας, δομημένης και αποτελεσματικής θεραπείας για την αντιμετώπιση τους. Η *συστηματική απευαισθητοποίηση* (systematic desensitization), μια διαδικασία κατά την οποία προγραμματισμένα και οργανωμένα εκτίθεται ο φοβικός ασθενής στο φοβογόνο αντικείμενο καταφέροντας σιγά-σιγά να κυριαρχήσει το φόβο του και διακόπτοντας τις αποφυγές που συντηρούν την φοβία, είναι μια από τις πιο επιτυχημένες συμπεριφορικές τεχνικές που έχουν επιβιώσει στον χρόνο, όπως είναι και η *εμπόδιση απόκρισης* (response prevention) που χρησιμοποιείται με καλά αποτελέσματα στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή για τη μείωση των καταναγκασμών. Αρκετά επιτυχημένη είναι η συμπεριφορική θεραπεία για σεξουαλικά προβλήματα όπως η πρόωγη εκσπερμάτιση, οι ψυχογενείς διαταραχές στύσης, η δυσπαρέυνεια κλπ. Η 'εκμάθηση παρρησίας' (assertiveness training) είναι μια άλλη θεραπευτική τεχνική που στοχεύει στην εκπομπή συμπεριφοράς πιο διεκδικητικής για ανθρώπους με χαμηλή αυτοεκτίμηση που δυσκολεύονται να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους ή να εκφράσουν τη γνώμη τους. Τέλος συμπεριφορικές τεχνικές που διδάσκουν τακτικές επίλυσης προβλήματος έχουν αποδειχτεί χρήσιμες ακόμη και σε ψυχωσικούς, δυσλειτουργικούς ή νοσηλεύόμενους ασθενείς.

Η συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στην εκπόνηση μια *συμπεριφορικής ανάλυσης* (μιας προσεκτικής καταγραφής της συμπεριφοράς από θεραπευτές έμπειρους στο να «μεταφράζουν» τις δυσκολίες του θεραπευόμενου σε συμπεριφορικούς όρους, κατατεμνόμενες έτσι που να γίνονται αντιμετωπίσιμες) και την *κατάρτιση ενός εξατομικευμένου σχεδίου* σταδιακής προσέγγισης των δυσκολιών του. Ο θεραπευτής είναι δραστήριος, φιλικός, διαφανής, με ρόλο που θυμίζει συχνά πιο πολύ προπονητή ή εκπαιδευτή και που μπορεί να συναντιέται και εκτός γραφείου, για συγκεκριμένες θεραπευτικές ασκήσεις, με τον θεραπευόμενο. Το πρόγραμμα θεραπείας είναι περιορισμένου χρόνου (μερικές εβδομάδες ή μερικούς μήνες) και γίνεται σε επιλεγμένους ασθενείς με υψηλό βαθμό συνεργασιμότητας. Συμπεριφορικές οδηγίες και κατευθύνσεις *προγραμματισμού δραστηριοτήτων* μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ενδονοσοκομειακά με χαμηλής λειτουργικότητας ασθενείς συμπληρωματικά προς τη συνολική ψυχιατρική αντιμετώπιση αλλά και σε άτομα με ανεξέλεγκτη παρορμητικότητα, παραπρωματικότητα κλπ.. Αντίθετα με

την ψυχανάλυση, η συμπεριφορική προσέγγιση δεν ενδιαφέρεται για μια συνολική αλλαγή του ατόμου σε χαρακτηρισιολογικό ή εναισθητικό επίπεδο αλλά μάλλον «χειρίζεται» τις χαρακτηρισιολογικές ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς με τρόπο τέτοιο που να διευκολύνεται η ολοκλήρωση του προγράμματος και η αντιμετώπιση των προβληματικών συμπεριφορών.

3.3. Η γνωσιακή προσέγγιση

Γύρω στα μέσα της δεκαετίας του '60 άρχισε να αναπτύσσεται στην ψυχοθεραπευτική σκέψη μια άλλη τάση, η γνωσιακή (cognitive) σχολή. Δύο ρεύματα συνενώθηκαν σ' αυτήν: από τη μια ψυχολόγοι που μελετούσαν τους μηχανισμούς της αντίληψης και από την άλλη ψυχίατροι που έψαχναν να βρουν ένα τρόπο να γίνουν βραχύτερες και αποτελεσματικές οι ψυχολογικές παρεμβάσεις για την κατάθλιψη. Έννοιες και τεχνικές τόσο από την ψυχανάλυση όσο και από τον συμπεριφορισμό χρησιμοποιήθηκαν μαζί με θεωρίες και ευρήματα στρουκτουραλιστών ψυχολόγων όπως ο Τζωρτζ Κέλλυ. Επίσης, διατηρήθηκε η επιμονή στην κλασική πειραματική και ερευνητική μεθοδολογία προκειμένου να είναι κατοχυρωμένα τα θεραπευτικά αποτελέσματα ως προς την τεκμηρίωσή τους. Όπως και με τις άλλες σχολές, έτσι και με την γνωσιακή, ποικίλες τάσεις αναπτύχθηκαν τα τελευταία 30 χρόνια με πιο σημαντικούς θεωρητικούς τους Ααρν Μπεκ, Μάικλ Μαχόνου και Τζεφρι Γιάγκ από την Αμερική και τους Βιτόριο Γκουιντάνο και Τζιοβάνι Λιόττι από την Ιταλία.

Δεδομένου ότι η γνωσιακή σχολή απορρόφησε και χρησιμοποιεί το μεγαλύτερο μέρος των συμπεριφορικών τεχνικών (και σπανίως πλέον γίνεται συμπεριφορική θεραπεία χωρίς γνωσιακά στοιχεία, δηλαδή χωρίς μια επεξεργασία του τρόπου που η σκέψη και η αντίληψη κατευθύνουν τη συμπεριφορά), σήμερα γενικά αναφερόμαστε στις δύο σχολές – παρά τις διαφορές τους- ως μια ενιαία κατεύθυνση, τη «γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία». Αυτή αποτελεί τον αντίποδα της άλλης μεγάλης κατεύθυνσης, της ψυχαναλυτικής, που κι εκείνη περιλαμβάνει στους κόλπους της μια ποικιλία από κατευθύνσεις και τάσεις.

Αυτό που ξεχωρίζει τη γνωσιακή προσέγγιση είναι η έμφαση στις διαδικασίες που ακολουθεί η σκέψη και στους συστηματικούς τρόπους με τους οποίους ορισμένες ψυχοπαθολογικές οντότητες (όπως η κατάθλιψη ή οι αγχώδεις διαταραχές) διαστρεβλώνουν την επεξεργασία των πληροφοριών και οδηγούν σε φαύλους κύκλους σκέψης, συναισθημάτων και συμπεριφορών που συντηρούν την συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία.

Η θεραπευτική παρέμβαση στηρίζεται σε μια περιορισμένης διάρκειας (συνήθως μερικών μηνών) ψυχοθεραπεία κατά την οποία θεραπευτής και θεραπευόμενος, συνεργατικά, προσπαθούν να αντιληφθούν τον τρόπο που *προδιαθεσικοί παράγοντες* στις εμπειρίες του

θεραπευόμενου, *εκλυτικά συμβάντα* στην παρούσα φάση της ζωής του και *συμπεριφορές που οδηγούν σε φαύλους κύκλους* (στην προσπάθεια του ατόμου να ξεφύγει από τα επώδυνα συναισθήματα ή τις ενοχλητικές σκέψεις) , επιδρούν στην έναρξη και στη συντήρηση της διαταραχής. Θεραπευτής και θεραπευόμενος συνεργάζονται ώστε να οργανώσουν ένα σκεπτικό και μια σειρά από δοκιμές προκειμένου να βρεθούν εναλλακτικοί τρόποι για να αναλύει ο θεραπευόμενος τα δεδομένα της ζωής του και να αντιδρά με μεγαλύτερη ευελιξία σ' αυτά. Η θεραπεία περιλαμβάνει:

- Την ενημέρωση του θεραπευόμενου για την φύση των συμπτωμάτων (π.χ. την φυσιολογική βάση του άγχους και πώς αυτό διαφέρει από ένα καρδιακό επεισόδιο) και ότι η παρερμηνεία των συμπτωμάτων μπορεί να αυξήσει το άγχος.
- Την αναγνώριση των προτύπων της εσφαλμένης σκέψης και την προέλευσή τους
- Την έκφραση αυτού του τρόπου σκέψης όχι ως βεβαιότητα αλλά ως μια υπόθεση την αξιοπιστία της οποίας ο θεραπευόμενος μπορεί να την επιβεβαιώσει στην καθημερινή ζωή
- Την τήρηση ενός ημερολογίου αρνητικών σκέψεων και των καταστάσεων στις οποίες εμφανίζονται αυτές, καθώς και την βαθμολόγηση της έντασής τους και του βαθμού πίστης σε αυτές.
- Την εκμάθηση του τρόπου αναγνώρισης των αυτομάτων σκέψεων
- Την εκμάθηση εναλλακτικών τρόπων σκέψης και τον πειραματισμό με αυτούς τους τρόπους καθώς και την καταγραφή των προσπαθειών αυτών
- Την ενσωμάτωση αυτών των δραστηριοτήτων στην καθημερινή ζωή.

Ο θεραπευτής έχει μια στάση διερευνητική αλλά όχι απόμακρη, είναι εκπαιδευτικός και διδακτικός ως προς τις διαδικασίες της θεραπείας αλλά αποφεύγει να δώσει λύσεις. Αντίθετα, εστιάζεται στο να δείξει στον θεραπευόμενο πώς να αντιλαμβάνεται την επίδραση που ο τρόπος σκέψης του ασκεί στα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του και να τον βοηθήσει να ασκηθεί σε συγκεκριμένους τρόπους ώστε να τα τροποποιεί. Θεραπευτής και θεραπευόμενος συνεργάζονται για να ορίσουν καθαρά τα προβλήματα, να επιλέξουν τους στόχους, και να «συσκεφθούν» για να βρουν εναλλακτικές λύσεις, καθώς και να προσδιορίσουν τα οφέλη και τους κινδύνους της κάθε μιας. Ο θεραπευτής λειτουργεί ως *συνεργάτης* και *συν-ερευνητής* στην εξέταση των υποθέσεων που αποτελούν την βάση της εσφαλμένης σκέψης και ο εστιασμός (εκτός από τις περιπτώσεις όπου γίνεται θεραπεία ασθενών με προβλήματα προσωπικότητας) δεν είναι στην θεραπευτική σχέση, όπως στις ψυχαναλυτικές θεραπείες, αλλά στην επίλυση των προβλημάτων και στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του ασθενούς και των δυσκολιών του στην καθημερινή του ζωή.

3.4. Η διαπροσωπική προσέγγιση

Η διαπροσωπική θεωρία χρονολογείται από την περίοδο μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν εμφανίστηκε στην Αμερική ως μια εναλλακτική απάντηση στην έμφαση της ψυχανάλυσης στα ενδοψυχικά φαινόμενα. Επιπλέον, ενώ η ψυχαναλυτική θεωρία εστίαζε στην σημασία των πρώιμων εμπειριών της βρεφικής και παιδικής ηλικίας στη διαμόρφωση του ψυχισμού, πολλοί θεραπευτές της εποχής εκείνης πίστευαν πως η ψυχική δομή του ασθενούς δεν καταλήγει να διαμορφωθεί οριστικά πριν το τέλος της εφηβείας. Ψυχίατροι όπως ο Άντολφ Μέγιερ, ο Χάρυ Στακ Σάλλιβαν, ο Έριχ Φρομ και η Φρίντα Φρομ Ράιχμαν και αργότερα ο Τζόν Μπάουλμπυ, έδωσαν έμφαση στην σημασία των συναισθηματικών δεσμών και την επίδραση των τρεχουσών εμπειριών και των προσφάτων γεγονότων της ζωής στην ψυχοπαθολογία των ασθενών τους, εστιάζοντας κυρίως σε περιβαλλοντικές και διαπροσωπικές συνιστώσες και όχι τόσο σε ενδοψυχικές δομές και ενορμήσεις. Ο Σάλλιβαν, ένας ψυχαναλυτής που θεωρείται και πνευματικός πατέρας αυτής της προσέγγισης, εισήγαγε τον όρο «διαπροσωπικό» (interpersonal) για να δώσει έμφαση στη σημασία της σχέσης και της επικοινωνίας με το κοινωνικό περιβάλλον στο πλαίσιο της τρέχουσας ζωής. Αυτό διευκόλυνε την ψυχοθεραπευτική προσπάθεια για την αντιμετώπιση ψυχωσικών ασθενών σε μια εποχή πριν την εισαγωγή των ψυχοφαρμάκων στην ψυχιατρική. Παρόλο που στην εποχή του Σάλλιβαν αυτή η προσέγγιση αποτέλεσε αιτία ρήξης με την παραδοσιακή ψυχανάλυση, με αποτέλεσμα η διαπροσωπική σχολή να αναπτυχθεί ανεξάρτητα και με διαφορετική ορολογία, με τα χρόνια και την ενσωμάτωση πολλών από τις έννοιές της στην τρέχουσα κλινική πράξη, οι διαφορές αμβλύθηκαν σημαντικά, έτσι ώστε εκείνη η μορφή της διαπροσωπικής προσέγγισης να συμπεριλαμβάνεται σήμερα στα εγχειρίδια ως μια από τις ψυχοδυναμικές σχολές. Πέρα όμως από την ψυχοδυναμική διαπροσωπική προσέγγιση (με σημαντικό σύγχρονο εκπρόσωπό της τον Λέστον Χέιβενς), οι αρχές της διαπροσωπικής προσέγγισης έχουν χρησιμοποιηθεί και από άλλες σχολές έτσι ώστε να υπάρχει σήμερα διαπροσωπική γνωσιακή προσέγγιση (με εκπροσώπους τους Καναδούς Τζέρεμι Σάφραν και Ζίντελ Σήγκαλ), διαπροσωπική υπαρξιακή θεραπεία (με πιο γνωστό εκπρόσωπο τον Ίρβιν Γιάλομ) κλπ. Οι αρχές της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας, περιληπτικά, είναι οι εξής:

1. *Τα προβλήματα είναι διαπροσωπικά από τη φύση τους.* Συχνά οδηγείται κανείς στη θεραπεία επειδή ξεκινά ή τελειώνει ή συναντά προβλήματα σε μια σχέση και η ψυχοπαθολογία συνδέεται στενά με προβλήματα στις σχέσεις, που είτε εκλύουν την ψυχοπαθολογία είτε προκαλούνται απ' αυτήν.

2. *Τα προβλήματα είναι οικογενειακά στην πηγή τους.* Με βάση τις αρχές της συναισθηματικής μάθησης στην οικογένεια και της κοινωνικής μάθησης, τείνουμε να επαναλαμβάνουμε στη ζωή τα πρότυπα αλληλεπίδρασης που βιώνονται στην αρχική οικογένεια, καθώς μέσα από αυτά αποκτάται η αίσθηση του εαυτού.
3. *Τα προβλήματα λύνονται μέσα από τη σχέση.* Στη θεραπευτική σχέση επαναλαμβάνονται τα διαπροσωπικά προβλήματα του θεραπευόμενου και η ίδια η θεραπευτική σχέση, μέσα από διαδικασίες επανα-μάθησης, αποτελεί (λειτουργώντας μέσα από την θεραπευτική εμπειρία και όχι μέσα από την θεραπευτική ερμηνεία) τον κύριο θεραπευτικό παράγοντα.

Στη δεκαετία του 1970 οι Τζ. Κλέρμαν και Μ. Ουάισμαν διαμόρφωσαν, μέσα από κοινοτικές έρευνες για την θεραπεία της κατάθλιψης, μια εφαρμοσμένη, βραχεία μορφή ψυχοθεραπείας, εστιασμένη ειδικά στη θεραπεία της κατάθλιψης, που την ονόμασαν διαπροσωπική θεραπεία (Inter-Personal Therapy, ή IPT). Η θεραπευτική μέθοδος αυτή, που έχει φανεί σε σχετικές έρευνες ιδιαίτερα αποτελεσματική για μέτριας βαρύτητας καταθλίψεις, εφαρμόζεται με ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο που βασίζεται περισσότερο σε μια πραγματιστική παρά σε μια θεωρητική βάση, (έτσι ώστε θυμίζει περισσότερο τις μεθόδους της γνωσιακής παρά της ψυχοδυναμικής θεραπείας). Εστιάζεται στην αποκάλυψη των συνδέσεων ανάμεσα στην καταθλιπτική διάθεση και σε ζητήματα που αφορούν τέσσερις διαπροσωπικές περιοχές της ζωής, ασχέτως εάν η κατάθλιψη δημιουργεί προβλήματα σ' αυτές τις περιοχές ή αν οι δυσκολίες σε κάποια από αυτές πυροδοτούν την καταθλιπτική διάθεση και μετά, μέσω φαύλων κύκλων, την συντηρούν. Αυτές οι τέσσερις περιοχές σχετίζονται με τις εξής γενικές κατηγορίες: (α) *θάνατο* κοντινού προσώπου (όταν ξεπερνά το πλαίσιο του φυσιολογικού πένθους), (β) *σύγκρουση* με σημαντικό πρόσωπο (π.χ. οικογένεια, σύζυγο, παιδιά, εργοδότη, κλπ), (γ) *μετάβαση* ρόλου στη ζωή (π.χ. λοχεία, εμμηνόπαυση, συνταξιοδότηση, προαγωγή, κλπ), και (δ) *έλλειψη διαπροσωπικών δεξιοτήτων*. Ένας απ' αυτούς τους διαπροσωπικούς στόχους ορίζεται ως κύριος και γίνεται συνεργατική προσπάθεια με τον ασθενή να διευθετηθεί μέσα σε προκαθορισμένο χρονικό διάστημα (συνήθως 16 συνεδρίες). Η διευθέτηση του διαπροσωπικού στόχου βελτιώνει την κατάθλιψη και προάγει τις διαπροσωπικές δεξιότητες έτσι ώστε ενδεχομένως να δρά προστατευτικά στις μελλοντικές υποτροπές. Τυπικές διαπροσωπικές δεξιότητες που ενισχύονται είναι της παρρησίας (assertiveness), της αντιπαράθεσης, της αποτελεσματικής συναισθηματικής έκφρασης, της αντιμετώπισης κοινωνικών καταστάσεων, κλπ. Η διαπροσωπική θεραπεία μπορεί να γίνει και σε ομαδική μορφή.

4. ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ, ΖΕΥΓΟΥΣ ΚΑΙ ΟΜΑΔΑΣ

Όλες οι ψυχοθεραπείες που αναφέραμε ως τώρα εφαρμόζονται κυρίως σε ατομική βάση, δηλαδή με τακτικές συναντήσεις ενός θεραπευτή με έναν θεραπευόμενο. Μπορούν όμως να γίνουν και με συναντήσεις ενός ή δύο θεραπευτών με περισσότερους του ενός θεραπευόμενους. Αν οι θεραπευόμενοι είναι ένα ζευγάρι που αντιμετωπίζει προβλήματα με τη σχέση του, τότε πρόκειται για θεραπεία ζεύγους. Αν οι θεραπευόμενοι συνδέονται μεταξύ τους με οικογενειακούς δεσμούς και τους απασχολεί η συμπεριφορά ενός μέλους τους (π.χ. έχουν ένα παιδί ψυχωσικό) τότε πρόκειται για θεραπεία οικογένειας. Αν οι θεραπευόμενοι δεν συνδέονται μεταξύ τους με συγγενικούς ή συντροφικούς δεσμούς, προσέρχονται για ποικίλα προβλήματα και είναι περισσότεροι των 3-4 ατόμων, πρόκειται για θεραπεία ομάδας. Η καθεμιά από τις προσεγγίσεις που αναφέραμε ως τώρα (ψυχαναλυτική, συμπεριφορική, γνωσιακή και διαπροσωπική) συνήθως αντιμετωπίζει και άτομα σε οικογενειακό ή ομαδικό επίπεδο. Όμως η μόνη προσέγγιση που εξ ορισμού ασχολείται με το άτομο μόνο μέσα σε οικογενειακό ή ομαδικό πλαίσιο είναι η «συστημική». Γι' αυτό στην παρούσα ενότητα προτάσσονται οι βασικές αρχές της συστημικής προσέγγισης.

4.1. Η συστημική προσέγγιση

Η συστημική προσέγγιση αποτελεί μία από τις τρεις επικρατέστερες θεωρητικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις στις μέρες μας, μαζί με την ψυχαναλυτική και την γνωσιακή-συμπεριφορική. Η μελέτη της λειτουργίας των συστημάτων αφορά πολλούς τομείς και όχι μόνο την ψυχιατρική. Κάθε σύστημα (π.χ. βιολογικό, οικογενειακό, κοινωνικό, κλπ) αποτελεί μια δομή που λειτουργεί ως κάτι περισσότερο από το απλό άθροισμα των μερών της επειδή τα μέρη αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι η συνήθης γραμμική αιτιότητα (το Α προκαλεί το Β) αντικαθίσταται από την κυκλική αιτιότητα με την έννοια της αμοιβαίας αλληλεπίδρασης (το Α προκαλεί το Β που προκαλεί το Α που προκαλεί το Β, κλπ). Αυτή η ανατροφοδότηση (feed-back), που παρατηρήθηκε πρώτη φορά ως μηχανισμός ισορροπίας των φυσιολογικών συστημάτων του οργανισμού (π.χ. το ενδοκρινικό) εν όψει μεταβολών που προέρχονται από το εσωτερικό ή από το εξωτερικό περιβάλλον. Οι πηγές της συστημικής σκέψης στην ψυχοθεραπεία προέρχονται από την γενική θεωρία συστημάτων, την κυβερνητική, και τη θεωρία της επικοινωνίας όπως τη διατύπωσε ο Τζ. Μπέητσον (σχολή του Πάλο Άλτο).

Μέσα στο δυναμικό σύστημα της οικογένειας οι συμπεριφορές των μελών της έχουν επικοινωνιακό χαρακτήρα έτσι ώστε και το σύμπτωμα μπορεί να θεωρηθεί ως μήνυμα, συχνά

συμβολικό, που αποκτά νόημα στο πλαίσιο του συστήματος μέσα στο οποίο εμφανίζεται. Στη συστημική προοπτική, ασχέτως της αρχικής αιτίας, το είδος των συμπεριφορών μιας οικογένειας συντηρείται από τις αντιδράσεις των μελών της προς αυτές τις συμπεριφορές. Μπορούν άρα, μέσω της ψυχοθεραπείας να βοηθηθούν να μεταβάλλουν αυτές τις αντιδράσεις, αλλάζοντας έτσι και τις συμπεριφορές του μέλους οι οποίες τις προκάλεσαν. Αυτή άλλωστε η τακτική είναι κάτι που χρησιμοποιεί συχνά η στρατηγική σχολή που εκπροσωπείται αφενός από τον Π. Βατζλάβικ και αφετέρου από τον Τζ Χέηλυ και την Κ. Μαντάνες.

Γενικά, η εφαρμογή των ψυχολογικών αρχών στην αντιμετώπιση οικογενειών τοποθετείται κι αυτή στην δεκαετία του 1950 όταν ένας Αμερικανός ψυχαναλυτής, ο Νέθαν Άκερμαν, εισήγαγε τον όρο οικογενειακή θεραπεία και έγραψε για τις δυνατότητές της. Επιπλέον την δεκαετία του 1960, στο πλαίσιο του ρεύματος της κοινωνική ψυχιατρικής, άρχισε να γίνεται λόγος για ασθενείς που ενώ είχαν βελτιωθεί με τη νοσηλεία υποτροπιάζαν μόλις επέστρεφαν στο οικογενειακό περιβάλλον. Ο Σαλβαντόρ Μινούτσιν, ένα παιδοψυχίατρος στη Νέα Υόρκη που εργαζόταν με παραπρωματικά παιδιά των γκέτο, που δεν ανταποκρίνονταν ούτε σε συνήθεις ψυχοθεραπευτικές τεχνικές ούτε σε απειλές δικαστικών ποινών, παρατήρησε αλλαγή όταν έφερε στη θεραπεία γονείς που είτε υπολειτουρούσαν είτε ήταν απόντες και τους ενθάρρυνε να ανταποκριθούν σε ανάγκες των παιδιών για συνεπή γονεϊκή παρουσία που τα παιδιά δεν εξέφραζαν καν. Αργότερα ο Μινούτσιν εργάστηκε με φαινομενικά ισορροπημένες παραδοσιακές μεσοαστικές οικογένειες που είχαν παιδιά, συχνά εφήβους, που έπασχαν από ψυχογενή ανορεξία ή ασταθή σακχαρώδη διαβήτη. Στις περιπτώσεις αυτές παρατήρησε ότι, ενώ η ευκολία της οικογένειας με τις λέξεις συγκάλυπτε τις εντάσεις και εμπόδιζε την αλλαγή, η παθολογία των παιδιών εξέφραζε τις συγκρούσεις της οικογένειας και τις αγωνίες της σε σχέση με την αλλαγή με ένα σωματικό τρόπο. Ο Μινούτσιν είναι εκπρόσωπος της «δομικής θεραπείας οικογένειας» που εστιάζει στην εγγύτητα και την απόσταση μεταξύ των μελών της οικογένειας (που μπορεί να ποικίλουν από την παγιδευτική εμπλοκή ως την ολοκληρωτική απεμπλοκή), στα όρια μεταξύ των μελών και των υποσυστημάτων της οικογένειας, η ιεραρχία μεταξύ τους, και στους κανόνες που διέπουν τη λειτουργία του συστήματος. Σημαντικές έννοιες όπως η *τριγωνοποίηση* όπου ένας τρίτος (π.χ. το παιδί) εξισορροπεί μια αρρυθμιστη δυαδική σχέση, οι *συμμαχίες*, η *γονεοποίηση* (όπου ένα παιδί αναλαμβάνει γονεϊκό ρόλο απέναντι στα αδέρφια του ή και σε ένα γονιό), και η *αποδιοπομπαίωση* (ένα μέλος της οικογένειας παίρνει ρόλο «αποδιοπομπαίου τράγου» εκφράζοντας τα προβλήματα της οικογένειας) προέρχονται από τη δομική σχολή.

Στη δεκαετία του '70 μια ομάδα ψυχαναλυτών από το Μιλάνο (Μ. Σελβίνι Παλατσόλι, Λ. Μπόσκολο κ.α.) επεξεργάστηκε το θέμα της επικοινωνίας στα οικογενειακά

συστήματα. Η Σχολή του Μιλάνου, όπως έγινε γνωστή, αποτελεί την κατ' εξοχήν συστημική σχολή. Η ενδεδειγμένη διερεύνηση των γεγονότων και των σχέσεων κατά την περίοδο εκδήλωσης του συμπτώματος, η διασφάλιση της ουδετερότητας του θεραπευτή και η διατύπωση συστημικών υποθέσεων, η χρήση της «κυκλικής συνέντευξης» και των «παράδοξων τεχνικών» αποτελούν χαρακτηριστικές συνεισφορές αυτής της σχολής.

Η συστημική σκέψη έχει προσδιορίσει δύο είδη επικοινωνίας που ορίζουν τις σχέσεις ως προς το σύστημα της οικογένειας:

A. *Συμμετρική*. Η συμπεριφορά του ενός ανθρώπου οδηγεί τον άλλο άνθρωπο να κάνει περισσότερο από το ίδιο. Φερ' ειπείν σε μια οικογένεια η διαπάλη ως προς την συμμόρφωση του ασθενούς (ή καλύτερα εκείνου που έχει οριστεί ως ασθενής στο σύστημα της συγκεκριμένης οικογένειας) με την φαρμακευτική αγωγή τον οδηγεί, ως αντίδραση σ' αυτή την σύγκρουση να εκλύσει ένα ψυχωσικό επεισόδιο.

B. *Συμπληρωματική*. Δύο άνθρωποι σχετίζονται με άνισο τρόπο και η συμπεριφορά του ενός εκλύει μια αντίθετη ανταπόκριση – για παράδειγμα ο ένας επιβάλλεται κι άλλος υποτάσσεται.. Ένα πρότυπο άκαμπτης συμπληρωματικότητας χαρακτηρίζει τους γάμους πολλών ασθενών που εμφανίζουν χρόνια κατάθλιψη, αγοραφοβία και χρόνια άγχος.

4.2. Θεραπεία οικογένειας

Παρόλο που γενικά η ιατρική συνήθως εστιάζει στο άτομο, ο ρόλος της οικογένειας και άλλων κοινωνικών παραγόντων δεν ήταν αμελητέος καθώς με διάφορους τρόπους μπορούσε να επηρεάζει την έναρξη, την πορεία και την έκβαση της νόσου. Έτσι, η οικογένεια μπορεί α) να συνδεόταν με την πιθανή αιτία της νόσου (ψυχολογικά ή γενετικά), β) να αποτελούσε σημαντική πηγή πληροφοριών για τον ασθενή, γ) να παρείχε σημαντική υποστήριξη (υλική και συναισθηματική) στον ασθενή, και δ) να λειτουργούσε ως σύμμαχος στον έλεγχο της συνεργασίας του ασθενούς ως προς τη θεραπεία και στην πρόιμη ανίχνευση των υποτροπών.

Η οικογενειακή θεραπεία αντλεί διαπιστώσεις και τεχνικές από τη γνωσιακή, την συμπεριφορική και την ψυχαναλυτική σχολή αλλά ενσωματώνει και πολλές έννοιες και στρατηγικές που έχουν επινοήσει οι ίδιοι οι οικογενειακοί θεραπευτές. Φερ' ειπείν οι οικογενειακοί θεραπευτές πολλές φορές μπορεί να εργάζονται ως ομάδα όπου, καθώς ο ένας είναι με την οικογένεια, οι υπόλοιποι θεραπευτές παρακολουθούν πίσω από ένα μονόδρομο καθρέφτη και τον βοηθούν με τις παρατηρήσεις τους να ξεδιαλύνει τη διαδικασία και να σχεδιάζει παρεμβάσεις. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο, για παράδειγμα, όταν ο θεραπευτής εργάζεται με πολύπλοκες οικογένειες ή εμπλέκεται στις οικογενειακές συγκρούσεις.

Οι γενικές ενδείξεις της οικογενειακής θεραπείας είναι οι ακόλουθες:

- Το οικογενειακό πρόβλημα εκφράζεται καθαρά και ο θεραπευτής διαγιγνώσκει οικογενειακή δυσλειτουργία. Για παράδειγμα, σαφής ένταση στη συζυγική σχέση που έχει αντίκτυπο σ' όλη την οικογένεια ή σύγκρουση ανάμεσα στους γονείς και το έφηβο παιδί τους που αναστατώνει όλη την οικογένεια
- Η οικογένεια έχει βιώσει ένα αρνητικό γεγονός ζωής (π.χ. ένα αιφνίδιο θάνατο, μια αυτοκτονία, την αποχώρηση ενός μέλους, μια οικονομική καταστροφή, κλπ) που έχει οδηγήσει, ή μοιάζει να οδηγεί) όλη την οικογένεια σε δυσλειτουργία.
- Η συμπτωματολογία ενός μέλους αναπτύσσεται στο πλαίσιο μιας δυσλειτουργικής οικογένειας. Για παράδειγμα η κατάθλιψη μιας μητέρας ή η διαταραχή διατροφής της κόρης γίνεται κατανοητή στο πλαίσιο της (δυσ)λειτουργίας της οικογένειας.
- Μια ψυχιατρική νόσος προκαλεί έντονες δυσκολίες στη ζωή της οικογένειας, όταν π.χ. η συμπεριφορά ενός γιού με σχιζοφρένεια ξεπερνά την ικανότητα των γονιών του να την αντέξουν ή μια αγοραφοβική μητέρα βασίζεται αποκλειστικά στην μοναχοκόρη της για να την συντρέξει.
- Συνεχείς εξωτερικές απαιτήσεις από την οικογένεια είναι έντονες και χρόνιες και αποστραγγίζουν τα αποθέματα της οικογένειας ενώ δεν υπάρχει σημαντική υποστήριξη (π.χ. όπως συμβαίνει όταν αντιμετωπίζεται μια χρόνια σοβαρή σωματική ασθένεια, ή μια υποτροπιάζουσα ψυχιατρική νόσος)
- Μια αποδιοργανωμένη οικογένεια με ποικίλα προβλήματα χρειάζεται βοήθεια, π.χ. όταν ένα μέλος κάνει κατάχρηση ουσιών, ένα άλλο έχει προβλήματα με το νόμο, ένα τρίτο χωρίζει κλπ.

Σ' όλες αυτές τις περιπτώσεις η οικογενειακή θεραπεία δεν είναι απαραίτητο να γίνει μόνη της αλλά συχνά συνδυάζεται και με άλλες θεραπείες,, π.χ. φαρμακευτική θεραπεία ή ατομική ψυχοθεραπεία για το νοσούν μέλος της, συμβουλευτική για τους γονείς του ως προς τη σχέση τους, κλπ.

4.3. Θεραπεία ζεύγους

Η συμβουλευτική για ζευγάρια, αναπτύχθηκε μετά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο σε καιρούς μεγάλων κοινωνικών ανακατατάξεων και οικονομικής δυσπραγίας αλλά και ενός αυξανόμενου επιστημονικού ενδιαφέροντος για τη μελέτη της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Ο αρχικός σκοπός του «συμβούλου γάμου», όπως λεγόταν τότε, ήταν η ενημέρωση σε θέματα γάμου, επιλογής συντρόφου και σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Αργότερα η *ψυχαναλυτική προσέγγιση* υποστήριξε πως τα προβλήματα που εμφανίζονται στον γάμο σε σχέση με την λήψη αποφάσεων, την εγγύτητα, την επικοινωνία, την σεξουαλικότητα, κλπ, αντανακλούσαν άλυτα αναπτυξιακά προβλήματα των συζύγων στη σχέση τους με τους γονείς τους και τα αδέρφια τους. Η θεραπεία λοιπόν ασχολείται με την αποκάλυψη αυτών των πρώιμων συγκρούσεων και την κατάδειξη της νεότερης εκδοχής τους στο πλαίσιο του γάμου.

Μια *συμπεριφορική προσέγγιση*, αντιθέτως, εστιάζει το ενδιαφέρον της στη μάθηση και στην ενίσχυση της συμπεριφοράς. Μοτίβα που μαθαίνονται στην οικογένεια προέλευσης του κάθε συζύγου μπορεί να επαναλαμβάνονται στο γάμο και μετά κάθε σύζυγος διαμορφώνει τη συμπεριφορά του άλλου μέσα από θετικές και αρνητικές ενισχύσεις των επιθυμητών και ανεπιθύμητων συμπεριφορών. Επειδή όμως αυτό δεν γίνεται με κάποια εμφανή σκοπιμότητα, μπορεί ένας σύζυγος με τον τρόπο που αντιδρά να καταλήγει να ενισχύει ανεπιθύμητες συμπεριφορές του άλλου και να χρονίζει η δυσαρέσκεια. Η θεραπεία χαρτογραφεί εκτενώς τις περιοχές διαφωνίας και χρησιμοποιεί την εξάσκηση σε νέους τρόπους ανταπόκρισης του ενός προς τον άλλο ώστε να επιλυθούν αυτές οι διαφωνίες. Στις μεθόδους συμπεριλαμβάνεται διαπραγμάτευση ευθυνών και καθηκόντων σε επίπεδο κοινής λογικής καθώς και εκπαίδευση σε πιο αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας.

Η *γνωσιακή προσέγγιση* αποκαλύπτει τις αρνητικές αυτόματες σκέψεις και αντιλήψεις που έχουν οι σύζυγοι για τον εαυτό τους και για τον άλλον, εξετάζει πώς αυτές βρίσκουν εφαρμογή στη σχέση και μετά συνεργάζεται με τους συζύγους ώστε να εκπαιδευτούν στην αλλαγή τους.

Η *συστημική προσέγγιση*, παρόμοια με τις μεθόδους της οικογενειακής θεραπείας, ασχολείται με το πώς προκύπτουν τα προβλήματα περισσότερο μέσα από ένα κυκλικό τρόπο επικοινωνίας παρά μέσα από τις πράξεις του ενός ή του άλλου συζύγου και ο θεραπευτής βοηθά να γίνει κατανοητή αυτή η αλληλεπίδραση. Έτσι αντί να κατηγορούν ο ένας τον άλλον, με την πρόοδο της θεραπείας παίρνουν από κοινού την ευθύνη να αντικαταστήσουν τους προβληματικούς τρόπους επικοινωνίας με πιο εποικοδομητικούς.

Η θεραπεία ζεύγους μπορεί να συνθέτει ψυχαναλυτικές, συμπεριφορικές, γνωσιακές και συστημικές διαστάσεις, έτσι που μερικές να αφορούν τις συγκεκριμένες αιτίες και άλλες τους τρόπους επικοινωνίας των συντρόφων συντηρώντας έτσι τα συγκρουσιακά μοτίβα. Ανάλογα με το ζευγάρι και ανάλογα και με τον θεραπευτή βαρύτητα μπορεί να δοθεί στη μια ή την άλλη διάσταση.

4.3. Ομαδική ψυχοθεραπεία

Στην τυπική ομαδική ψυχοθεραπεία μια ομάδα ανθρώπων (συνήθως 7-8), που δεν τους συνδέει φιλική ή συγγενική σχέση, συναντώνται σε τακτική βάση, για μεγάλα χρονικά διαστήματα, δίνοντας έμφαση στις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους (μέσα στη θεραπεία και όχι σε κοινωνική βάση). Οι ομαδικές θεραπείες έχουν τις ρίζες τους στις ανάγκες αντιμετώπισης μεγάλου αριθμού ασθενών από λίγους ψυχιάτρους που εμφανίστηκαν σε επιτακτική μορφή στο Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, παρόλο που πρόδρομες μορφές της ομαδικής θεραπείας αναφέρονται από οπαδούς της σχολής του νεο-Φροϋδιστή Άλφρεντ Άντλερ ήδη από το 1920.

Ο θεραπευτής που συντονίζει την ομάδα («συντονιστής») υιοθετεί ένα μη κατευθυντικό ρόλο, συνήθως, αλλά αποτρέπει τους ασθενείς από το να αποφεύγουν την ‘ψυχολογική εργασία’ (π.χ. να κάθονται σιωπηλοί ή να μιλούν για άσχετα ζητήματα). Οι ομαδικές θεραπείες γίνονται συνήθως σε εξωτερική βάση για μακρά χρονικά διαστήματα, 1-2 χρόνια ή περισσότερο με ανανέωση των μελών που τελειώνουν ή εγκαταλείπουν. Οι συναντήσεις γίνονται σε τακτική βάση, συνήθως μια φορά την εβδομάδα για μιάμιση ώρα (είναι όμως γνωστοί και «μαραθώνιοι» ομαδικής θεραπείας που μπορεί να γίνονται με πολύ μεγάλες ομάδες εντατικά για μια μόνο φορά για 2-3 μέρες συνεχώς). Απευθύνονται σε ανθρώπους με μια ποικιλία προβλημάτων όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το άγχος διαφόρων διαβαθμίσεων, δυσκολίες αντιμετώπισης του στρες, αδυναμία στην έκφραση συναισθημάτων, δυσλειτουργικές διαπροσωπικές σχέσεις. Ενίοτε η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να αφορά προβλήματα, ή και διαταραχές, προσωπικότητας. Όποια όμως και να είναι η διάγνωση, οι θεραπευόμενοι πρέπει να έχουν την ικανότητα να σκέφτονται ψυχολογικά και να παρατηρούν τον εαυτό τους, να έχουν κίνητρο για αλλαγή και την ικανότητα να μπορούν να διαμορφώσουν κάποια σχέση με τα άλλα μέλη της ομάδας.

Η ομαδική θεραπεία συμπεριλαμβάνει τον μεγαλύτερο αριθμό θεωρητικών προσεγγίσεων από οποιαδήποτε άλλη μορφή ψυχοθεραπείας, αν και η πιο δημοφιλής προσέγγιση προέρχεται από την «διαπροσωπική» σχολή της ψυχιατρικής που διερευνά τους τρόπους που οι άνθρωποι σχετίζονται μεταξύ τους, κάνει εμφανείς τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές μεταξύ των μελών που οδηγούν σε προβλήματα στις σχέσεις τους και στοχεύει στην αλλαγή των δυσλειτουργικών διαπροσωπικών τακτικών αρχικά μέσα στην ομάδα και κατόπιν στο κοινωνικό πεδίο.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας περιλαμβάνουν την δυνατότητα δημιουργίας μιας συνεκτικής ομάδας με αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας ανάμεσα στα μέλη της, την αποδοχή των μελών μεταξύ τους χωρίς επικριτική διάθεση, την ειλικρινή έκφραση συναισθημάτων και αποκάλυψη προσωπικών πληροφοριών, την ευαισθησία στα προβλήματα των άλλων μελών της ομάδας καθώς πασχίζουν με τα προβλήματά τους, την μάθηση μέσω της παρατήρησης

των άλλων και μέσω ταυτοποίησης με τις δικές τους εμπειρίες, το αίσθημα ότι υπάρχει κοινή βάση με τα άλλα μέλη, την ενσατάλλαξη ελπίδας και την προσδοκία ωφέλειας από την συμμετοχή.

Σε «κοινότητες» νοσηλευομένων ασθενών χρησιμοποιείται συχνά η θεραπεία περιβάλλοντος, στην οποία όλοι, νοσηλευόμενοι και προσωπικό, συμμετέχουν στην παροχή υποστήριξης και κατεύθυνσης προς μεμονωμένους ασθενείς, παροτρύνοντάς τους (και ενίοτε πιέζοντάς τους μαζικά) προς πιο προσαρμοστικές συμπεριφορές. Σε τέτοιου είδους θεραπείες εντάσσονται συχνά θεραπευτικά προγράμματα με ζωγραφική, χειροτεχνία, απασχόληση κλπ. Τέτοιου είδους προγράμματα βασίζονται λιγότερο σε «διαπροσωπική» μάθηση λόγω της βαρύτητας των περιστατικών και της βραχείας διάρκειας της νοσηλείας και περισσότερο σε ψυχοεκπαίδευση και συμμόρφωση με την θεραπεία καθώς και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και έκφραση των αναγκών των ασθενών.

Στις ομαδικές θεραπείες εντάσσονται θεωρητικά και ειδικές θεραπείες όπως η θεραπεία ζεύγους (όταν πρόκειται φερ' ειπείν για προβλήματα γάμου ή σεξουαλικών σχέσεων) και η θεραπεία οικογένειας (όταν θεωρείται ότι το πρόβλημα αφορά όλη την οικογένεια ή αντιμετωπίζεται καλύτερα αν εμπλακούν περισσότερα μέλη μιας οικογένειας). Σ' αυτές τις θεραπείες κυρίαρχη θεωρητική τάση δεν είναι συνήθως η ψυχανάλυση ή η γνωσιακή-συμπεριφορική σχολή σκέψης αλλά η συστημική προσέγγιση που αντιμετωπίζει την οικογένεια (η το ζευγάρι) ως ένα σύστημα όπου η συμπεριφορά του κάθε μέλους επηρεάζει τη συμπεριφορά των άλλων μελών.

5. Η ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ένα είδος θεραπείας το οποίο πρέπει να αναφερθεί πριν τελειώσει το κεφάλαιο αυτό, είναι μια ψυχοθεραπεία που, παρότι θεωρείται μη ειδικής κατεύθυνσης, χρησιμοποιείται ιδιαίτερα συχνά (πολύ συχνότερα απ' όλες τις παραπάνω) σε συνδυασμό με πολλές άλλες ψυχιατρικές θεραπείες, ιδίως τις φαρμακευτικές, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σε ενδονοσοκομειακό όσο και εξωνοσοκομειακό περιβάλλον. Πρόκειται για την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Παρόλο που όλες οι ψυχοθεραπείες υποστηρίζουν τον ασθενή, εδώ η υποστήριξη είναι ο πρωταρχικός σκοπός. Αφορά συνήθως αρρώστους με σημαντική δυσλειτουργία, τέτοια που να χρειάζονται ψυχολογική καθοδήγηση προκειμένου να τα βγάλουν πέρα στη ζωή τους. Εναλλακτικά, τέτοια θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ανθρώπους που αντιμετωπίζουν μια μεγάλη κρίση και χρειάζονται στήριξη για να την διεξέλθουν. Οι βασικοί στόχοι του θεραπευτή είναι:

- Να προάγει την ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα αποκαθιστώντας ή ενισχύοντας τις δυνατότητες του ασθενούς να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις της ζωής

- Να ενισχύσει την αυτο-εκτίμηση
- Να αυξήσει την αίσθηση της πραγματικότητας στον ασθενή, ως προς τις δυνάμεις και τα τρωτά του σημεία και για τις δυνατότητες της θεραπείας
- Να παρακολουθήσει την κλινική κατάσταση για να αποτραπεί υποτροπή
- Να προσφέρει ένα επίπεδο υποστήριξης που θα βοηθήσει την προσαρμογή του ασθενούς, αλλά όχι τέτοιο που θα οδηγήσει σε υπερβολική εξάρτηση από τον θεραπευτή.
- Να διευκολύνει κινητοποίηση άλλων πηγών υποστήριξης, όπως οικογένεια και φίλους

Η θεραπεία συνήθως ξεκινά με μια γενική εκτίμηση της κατάστασης της ζωής του ασθενούς, του δίνει τη δυνατότητα να μιλήσει ελεύθερα για τον εαυτό του, τα συμπτώματα και τα προβλήματά του. Στα πλαίσια αυτής της θεραπείας ο θεραπευτής μπορεί να δώσει *εξηγήσεις, κατεύθυνση, συμβουλές, ενθάρρυνση και συναισθηματική υποστήριξη* και βοηθά τον ασθενή να υλοποιήσει τις αλλαγές που θα τον κάνουν πιο λειτουργικό. Έτσι ο θεραπευτής τον παροτρύνει να *διευθετήσει τις δυσκολίες του σε ρεαλιστικό επίπεδο, να κινητοποιηθεί και να χρησιμοποιήσει τις διαθέσιμες δυνάμεις και άμυνές του* για να αντιμετωπίσει τη νόσο του και τις κοινωνικές αντιξοότητες με πρακτικούς και ώριμους τρόπους χωρίς να τον αφήνει να παλινδρομήσει σε πιο «παιδικές» συμπεριφορές. Τον βοηθά να *εκτονώσει τα συναισθήματά του, να τα κατανοήσει και να τα δεχτεί, συζητά μαζί του εναλλακτικούς τρόπους δράσης* και του παρέχει ενημέρωση για τα ζητήματα που απαιτείται. Επίσης μπορεί να προσπαθήσει να *επηρεάσει το περιβάλλον* του ασθενούς.

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία δεν στοχεύει σε αλλαγή της προσωπικότητας ή σε βαθειά γνώση των ασυνείδητων μηχανισμών, αντίθετα χρησιμοποιεί την ψυχοθεραπευτική γνώση με ένα εφαρμοσμένο τρόπο, ώστε να κατευθύνει σωστά τον ασθενή να ενισχύσει τους ψυχικούς του αντιρροπιστικούς μηχανισμούς για να ανακουφίσει τα συμπτώματά του το συντομότερο δυνατόν ή να τον βοηθήσει να τα αποδεχτεί και να συμμορφωθεί με τη θεραπεία του.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

1. F. G. Alexander, S.T. Selesnick. A History of Psychiatry. Harper and Row, NY, 1966
2. Ι. Παπακώστας. Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία: Θεωρία και πράξη. Αθήνα 1994
3. S. Bloch, E. Harari. The psychotherapies. Στο: S Bloch , BS Singh: The Foundations of Clinical Psychiatry. Melbourne University press, Australia, 2001.pp 544-573
4. Β. Τομαράς. Ψυχοθεραπεία οικογένειας. Στο: Χριστοδούλου και συν. (επιμ.): Ψυχιατρική. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2002
5. Χ. Ζερβής (επιμ.): Πέντε ψυχαναλυτές μιλούν για τη σχέση ψυχανάλυσης και ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2003
6. Ι. Yalom, Μ. Leszcz. Θεωρία και Πρακτική της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας.5^η Έκδοση. Εκδόσεις Άγρα, Αθήνα, 2006