

ISSN 2241-2638 (print)

ISSN 2441-2778 (on-line)

ΣΕΙΡΑ ΚΕΙΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Εγκόπριση και περιπλεγμένο,
ανεπίλυτο πένθος: μια μελέτη
περίπτωσης οικογενειακής θεραπείας»

Βαρβάρα-Μαρία
Νικολοπούλου

Τεύχος 2017.4, Αθήνα

Ψοφισμής 

Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας στη Συστημική Ψυχοθεραπεία

ΤΙΤΛΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΕΙΡΑΣ: Σειρά Κειμένων Εργασίας του ‘Λόγω Ψυχής’

ΕΚΔΟΤΗΣ: Λόγω Ψυχής ΕΠΕ- Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας στη Συστημική Ψυχοθεραπεία

ΤΟΠΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: Αθήνα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: Ιούλιος 2011

TITLE OF SERIES: Working Paper Series of Logo Psychis

EDITOR: Logo Psychis LTD- Training and Research Institute for Systemic Psychotherapy

PLACE OF PUBLICATION: Athens

DATE OF FIRST PUBLICATION: July 2011

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Αθηνά Ανδρουτσοπούλου, PhD

Γιώργος Καλαρρύτης, MMedSci

Τσαμπίκα Μπαρίτη, MSc, PhD

EDITORIAL BOARD:

Athena Androutsopoulou, PhD

George Kalarritis, MMedSci

Tsabika Bafiti, MSc, PhD

Νικολοπούλου Βαρβάρα-Μαρία, Σύμβουλος, Εκπαιδευτικός Ειδικής Αγωγής και
Ειδικευόμενη Ψυχοθεραπεύτρια, Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας στη
Συστημική Ψυχοθεραπεία Λόγω Ψυχής | *logopsychis.gr*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	5
Πλαίσιο συνεργασίας και μέθοδος	6
Οι θεραπευόμενοι	7
Δεοντολογικά ζητήματα	8
Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών και κλινικής εμπειρίας	8
-Οικογένειες σε θεραπεία	8
-Παιδιά και οικογενειακή θεραπεία	8
-Τρίγωνα στην οικογένεια	9
-Θρήνος και περιπλεγμένο πένθος	9
Σύντομο ιστορικό-αξιολόγηση προβλημάτων, δυσκολιών. δυνατοτήτων	11
-Παρούσα κατάσταση	11
-Ιστορικό	12
-Δυσκολίες	13
-Δυνατότητες	13
Σκέψεις και σχεδιασμός	14
Πορεία της θεραπείας	15
-Εντοπισμός μη λειτουργικών μοτίβων	15
-Αναγνώριση ανεπίλυτου πένθους	16
-Δυσκολίες στην αλλαγή	18
Αξιολόγηση εποπτείας και προσωπικός αναστοχασμός	20
Αξιολόγηση πορείας και αποτελέσματος	21
Βιβλιογραφικές πηγές	23

“Give sorrow words; the grief that does not speak knits up the o-er wrought heart and bids it break.”

- William Shakespeare, Macbeth

Περίληψη

Η παρούσα εργασία αφορά τη θεραπευτική πορεία μιας τετραμελούς οικογένειας, η οποία προσήλθε για θεραπεία με αφορμή το σύμπτωμα της εγκόπρισης του ενός από τα δύο παιδιά της. Το θεωρητικό υπόβαθρο της θεραπευτικής δουλειάς ήταν το εμπλουτισμένο μοντέλο της συστημικής προσέγγισης SANE (System Attachment Narrative Encephalon). Σε αυτή τη μελέτη περίπτωσης αξιοποιήθηκε κυρίως ο συστημικός άξονας του μοντέλου. Η θεραπευτική διαδικασία επικεντρώθηκε στον εντοπισμό, την κατανόηση και την επεξεργασία μη λειτουργικών μοτίβων στο οικογενειακό σύστημα (π.χ. έλλειψη οριοθέτησης, τριγωνοποιήσεων και συγκεχυμένων ρόλων). Επίσης δόθηκε έμφαση στην έκφραση του ανεπίλυτου, περιπλεγμένου πένθους των μελών της οικογένειας για το θάνατο από ατύχημα του πρώτου παιδιού τους, πριν από τη γέννηση των επόμενων δύο. Τέλος έγινε αρκετή δουλειά πάνω στο κομμάτι της δυσκολίας της οικογένειας να συνταχθεί με τη θεραπευτική διαδικασία και να υποστηρίξει τις αλλαγές.

Λέξεις κλειδιά

Συστημικός άξονας SANE, μη λειτουργικά μοτίβα, περιπλεγμένο πένθος, εγκόπριση, υποστήριξη αλλαγών

Πλαίσιο συνεργασίας και μέθοδος

Η παρούσα εργασία αφορά τη συνεργασία μου με μια οικογένεια, με την οποία δουλεύω ψυχοθεραπευτικά εδώ και περίπου ενάμιση χρόνο στον φορέα Ψυχικής Υγείας όπου εργάζομαι. Πιο συγκεκριμένα, η συνεργασία συνίσταται σε οικογενειακές συνεδρίες που λαμβάνουν χώρα ανά δεκαπέντε μέρες και τις οποίες συντονίζω εγώ με μία ακόμα συνάδελφο εκπαιδευόμενη οικογενειακή θεραπεύτρια. Στη διαδικασία συμμετέχει επίσης αναστοχαστική ομάδα συναδέλφων που παρακολουθεί τις συνεδρίες πίσω από μονόδρομο καθρέφτη και προσφέρει την ανατροφοδότησή της. Οι συνεδρίες παρέχονται δωρεάν, λόγω του μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του φορέα.

Το θεωρητικό υπόβαθρο της παρέμβασης βασίστηκε στην εμπλουτισμένη συστημική προσέγγιση SANE (System Attachment Narrative Encephalon), στην οποία έχω εκπαιδευτεί στο Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας στη Συστημική Ψυχοθεραπεία «Λόγω Ψυχής». Πρόκειται για ένα συνθετικό μοντέλο που εμπλουτίζει την οπτική της συστημικής ψυχοθεραπείας με τρεις ακόμα οπτικές: τη θεωρία του συναισθηματικού δεσμού, τις βασικές παραδοχές της αφηγηματικής ψυχολογίας και τα συναφή ευρήματα από τον τομέα των νευροεπιστημών (Androutsopoulou, Bafiti, Kalarritis, 2014). Οι βασικές κατευθυντήριες του συγκεκριμένου μοντέλου περιλαμβάνουν στάδια και στόχους που διατυπώνονται παράλληλα από τις τέσσερις αυτές οπτικές, αλλά και ερωτήσεις αναφορικά με την κλινική πρακτική, οι οποίες βοηθούν το θεραπευτή να διαμορφώσει το πλάνο του (Androutsopoulou, Bafiti, Kalarritis, 2014). Έτσι, ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία, τις ανάγκες, τις δυνατότητες των θεραπευόμενων, αλλά και την προσωπικότητα και το στυλ του θεραπευτή, ακολουθείται μια παρέμβαση με έμφαση σε έναν ή περισσότερους από τους τέσσερις άξονες της προσέγγισης.

Η συνεργασία μου με τη συγκεκριμένη οικογένεια βασίστηκε κυρίως στον άξονα της συστημικής οπτικής (βλ. και Katakis, 1990). Το μοντέλο SANE προτείνει τέσσερα παράλληλα στάδια για κάθε άξονα. Στη συστημική οπτική τα στάδια αυτά είναι: (i) η «καταγραφή μιας μη-σχεσιακής οπτικής της ζωής», κατά το οποίο ο θεραπευτής «χαρτογραφεί» τις άκαμπτες γνωστικό-συναισθηματικές δομές που συνθέτουν τον τρόπο που οι θεραπευόμενοι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, (ii) η «αποδόμηση του ατομικού εαυτού», όπου ο θεραπευτής ενισχύει τους θεραπευόμενους στην προσπάθειά τους να προκαλέσουν τους άκαμπτους ρόλους ή σενάρια βάσει των οποίων έχουν μάθει να λειτουργούν, αλλά και να αντεπεξέλθουν στα αναπόφευκτα εσωτερικά κενά που δημιουργούνται λόγω αυτής της

ανακατασκευαστικής διαδικασίας, (ii) η «συν-κατασκευή ενός σχεσιακού εαυτού», κατά το οποίο ο θεραπευτής βοηθά τους θεραπευόμενους να έρθουν σε επαφή και να προκαλέσουν στοιχεία όπως οικογενειακούς μύθους και αξίες της «κυρίαρχης» κουλτούρας, παίρνοντας σταδιακά το δρόμο του διαχωρισμού και της αυτονομίας. Τέλος είναι το στάδιο της «απόκτησης μιας σχεσιακής οπτικής της ζωής», όπου οι θεραπευόμενοι, με τη βοήθεια του θεραπευτή, καλούνται να επενδύσουν ξανά στις έννοιες της ζωής, της οικογένειας και του εαυτού, με μια νέα όμως προοπτική βάσει της δουλειάς που έχουν κάνει πάνω στο «σχετίζεσθαι» με τον εαυτό και τους άλλους.

Φυσικά, όπως προαναφέρθηκε, δίνεται βαρύτητα στις ιδιαίτερες ανάγκες και δυνατότητες του κάθε θεραπευόμενου, επομένως υπάρχει μια ευελιξία στον χειρισμό, βάσει του σταδίου που βρίσκεται. Έτσι, στη δουλειά μου με τη συγκεκριμένη οικογένεια χρειάστηκε να προσέξω στοιχεία των μελών που μπορούν ανά φάσεις να δημιουργούν διαφορετικές «ταχύτητες» (για παράδειγμα ποικιλία στις ηλικίες, στις εμπειρίες, ακόμα και στα επίπεδα χρήσης της ελληνικής γλώσσας). Σε αυτό το κομμάτι με βοήθησαν αρκετά και οι κατευθυντήριες ερωτήσεις του μοντέλου αναφορικά με το συστημικό άξονα, τις οποίες έκανα νοερά τόσο για την οικογένεια ως σύνολο, όσο και για το κάθε μέλος χωριστά (πχ «μπορεί το κάθε μέλος να καταλάβει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, αλλά και να τα διαχωρίσει από αυτά της οικογένειάς του;», «μπορεί το κάθε μέλος να θέσει προστατευτικά όρια για το ίδιο και την οικογένειά του;»).

Οι θεραπευόμενοι

Πρόκειται για μια τετραμελή οικογένεια μεταναστών από χώρα της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, αποτελούμενη από τον πατέρα (ο οποίος στο εξής θα αναφέρεται Π.) 40 χρονών, τη μητέρα (Μ.) 33, ένα γιο (Γ.) 10 ετών και μια κόρη (Κ.) 8. Ο Ι.Ρ. είναι ο γιος της οικογένειας, για τις δυσκολίες του οποίου έγινε παραπομπή από Κοινωνική Υπηρεσία Δήμου στον φορέα Ψυχικής Υγείας όπου εργαζομαι. Το αρχικό αίτημα αφορούσε προβλήματα συμπεριφοράς του Γ., ο οποίος έδειχνε επιθετικός και ανυπάκουος, σε σημείο που προβλημάτιζε τους γονείς του. Παράλληλα, είχε γίνει αναφορά σε ένα χρόνιο πρόβλημα εγκόπρισης από υπερχειλίση, το οποίο μεγαλώνοντας είχε αρχίσει να επηρεάζει την καθημερινότητά του.

Λόγω της αναφερόμενης συμπτωματολογίας έγινε αξιολόγηση του παιδιού και της οικογένειας από παιδοψυχίατρο και ψυχολόγο του φορέα. Εκείνοι στην πορεία και μετά από συζήτηση στη Διεπιστημονική Ομάδα παρέπεμψαν όλη την οικογένεια σε θεραπεία, θεωρώντας ότι τα συμπτώματα του Ι.Ρ. επηρεάζονταν σε

μεγάλο βαθμό από τη γενικότερη αλληλεπίδραση και δυναμική μεταξύ των μελών. Πιο συγκεκριμένα έγινε λόγος για ύπαρξη ιδιαίτερα ελαστικών ορίων, τριγωνοποιήσεων, αλλά και ενός ιστορικού ανεπίλυτου πένθους που αφορούσε το θάνατο του πρώτου παιδιού της οικογένειας και φαινόταν να την επηρεάζει με έναν «υπόγειο» τρόπο.

Δεοντολογικά ζητήματα

Έχουν χρησιμοποιηθεί τα αρχικά Π., Μ., Γ. και Κ., προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία της αναφερόμενης οικογένειας. Επιπλέον και λόγω του ιδιαίτερου ιστορικού της, έχουν γίνει τροποποιήσεις σε δημογραφικά και λοιπά στοιχεία, ούτως ώστε να αποκλειστούν οι όποιες πιθανότητες αναγνώρισης της οικογένειας ή κάποιου από τα μέλη της, δίχως να επηρεάζεται η κατανόηση του περιστατικού και της θεραπευτικής του πορείας.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών και κλινικής εμπειρίας

Οικογένειες σε θεραπεία

Η αφετηρία της οικογενειακής θεραπείας ως καινοτόμο, αλληλεπιδραστικό μοντέλο θεραπευτικής διεργασίας, συναντάται στις αρχές της δεκαετίας του 1950 (Τσαμπαρλή, 2004; Schlippe & Schweitzer, 2006). Σύμφωνα με το Minuchin (1974) η οικογενειακή θεραπεία βασίζεται ως θεωρία στο γεγονός ότι ο άνθρωπος αποτελεί κοινωνικό ον που βιώνει την ύπαρξή του ως αλληλεπιδρούν μέλος ποικίλων κοινωνικών ομάδων-συστημάτων. Η πρωταρχική συνήθως ομάδα για το κάθε άτομο είναι αυτή της οικογένειάς του. Μέσω των οικογενειακών συνεδριών ο θεραπευτής δεν αντιμετωπίζει τον θεραπευόμενο ως φορέα κάποιου συμπτώματος ή παθολογίας, αλλά διερευνά τα δεδομένα σε συνάρτηση με τις αλληλεπιδράσεις του με τους σημαντικούς άλλους της ζωής του (Minuchin, 1974; Γιωτσίδη, 2013). Επιπλέον, αντλεί απευθείας πληροφορίες από τα διαφορετικά μέλη του οικογενειακού συστήματος. Τα παραπάνω δίνουν στο θεραπευτή τη δυνατότητα ευρύτερης εστίασης και μεγαλύτερης ευελιξίας, δρώντας ευεργετικά στην όλη παρέμβαση (Minuchin, 1974).

Παιδιά και οικογενειακή θεραπεία

Σύμφωνα με το Zilbach (1986), οι πρωτεργάτες της οικογενειακής θεραπείας, όπως ο Ackerman, η Satir, ο Minuchin, και ο Whitaker, ενθάρρυναν την εμπλοκή των παιδιών στις συνεδρίες. Άλλωστε, πολλές φορές η οικογενειακή θεραπεία ξεκινά με αφετηρία το πρόβλημα κάποιου ανηλίκου μέλους της οικογένειας (Cottrell &

Boston, 2002; Carr, 2009), ενώ έχει φανεί ότι πλήθος ψυχικών και συμπεριφορικών δυσκολιών παιδιών και έφηβων προέρχονται από δυσλειτουργίες στο οικογενειακό σύστημα και πως η επίλυσή τους χρειάζεται να έχει ως βάση την αλληλεπίδραση των μελών της οικογένειας και όχι μια μεμονωμένη προσέγγιση με το «προβληματικό» παιδί μέσω της «κλασικής» θεραπευτικής διαδικασίας (Robbins et al., 1998).

Σε πρακτικό επίπεδο φαίνεται πως η παρουσία παιδιών στη θεραπεία μπορεί να έχει αρκετές θετικές συνέπειες, όπως την ενίσχυση του συναισθηματικού κλίματος της οικογένειας (Andolfi, 1995) και την ανάδειξη στοιχείων διάσπασης που υπό άλλες συνθήκες ίσως και να μην έβγαιναν στην επιφάνεια (Miller & McLeod, 2001). Επίσης συχνά τα παιδιά δρουν αυθόρμητα και εκφράζουν την περιέργειά τους χωρίς να περιορίζονται από τις κοινωνικές νόρμες που ακολουθούν οι ενήλικες, κάτι που διευκολύνει το άνοιγμα των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διεργασία (Miller & McLeod, 2001), προσφέροντας παράλληλα συχνά σημαντικές πληροφορίες για τις δυναμικές της οικογένειας (Dumont, 2008).

Τρίγωνα στην οικογένεια

Όπως προαναφέρθηκε, η οικογένεια αποτελεί ένα βασικό σύστημα ατόμων, τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Στο σύστημα αυτό ενυπάρχουν και μικρότερα υποσυστήματα, όπως αυτό του ζευγαριού. Σύμφωνα με τον Bowen (1998), τα δυαδικά συστήματα είναι τα πιο ασταθή και συχνά όταν δημιουργείται κάποια στρεσογόνα, απορρυθμιστική ή απειλητική συνθήκη τα μέλη του τείνουν να σχηματίζουν ευρύτερα συστήματα αποτελούμενα από τρία άτομα ή αλλιώς «τρίγωνα». Ένα κλασικό σύστημα είναι εκείνο της «τριγωνοποίησης» μητέρας-πατέρα-παιδιού. Μολονότι τα τρίγωνα αυτά δρουν σε ένα πρώτο επίπεδο αγχολυτικά, συχνά μπορούν να γίνουν δυσλειτουργικά, καθρεφτίζοντας τη γενικότερη παθογένεια της οικογένειας. Για παράδειγμα, ορισμένες φορές ένα παιδί μπορεί να εμφανίσει ένα σωματικό ή ψυχολογικό σύμπτωμα, με στόχο τη ρύθμιση της συγκρουσιακής σχέσης των γονιών του. Επισύροντας την προσοχή τους στο δικό του πρόβλημα, το παιδί αποσπά τους γονείς του από τα προβλήματά που έχουν στη σχέση τους. Με τον τρόπο αυτό το παιδί τριγωνοποιείται με τους γονείς, υπεισέρχεται δηλαδή στη σχέση τους για να τους προστατεύσει (Burham, 1986).

Θρήνος και περιπλεγμένο πένθος

Η λέξη πένθος προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «πάσχω». Ως πένθος (bereavement) ορίζουμε την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο που έχει

υποστεί την απώλεια. Η λέξη bereavement στην ουσία δηλώνει την κατάσταση της αποστέρησης, καθώς το πένθος μας αποστερεί από τη ζωντανή παρουσία του ανθρώπου που αγαπήσαμε. Ο θρήνος (grief) είναι το σύνολο των συναισθηματικών αντιδράσεων και εκδηλώσεων που εμφανίζονται μετά την απώλεια του προσώπου με το οποίο διατηρούσαμε συναισθηματικό δεσμό και μπορεί να υποκινεί παράλληλα ποικίλες κοινωνικές, συμπεριφορικές, σωματικές και γνωστικές διεργασίες. (Θανοπούλου, 2014a).

Ο θρήνος αποτελεί μια μακρόχρονη διαδικασία που περνά από ποικίλα στάδια και φάσεις, μέχρι το σημείο που το άτομο, αλλά και η οικογένεια συνολικά, θα μπορέσει να συμφιλιωθεί με την απώλεια και να προχωρήσει. Σύμφωνα με τη Kübler-Ross (1969) το πένθος εκτείνεται σε πέντε στάδια: την άρνηση, το θυμό, τη διαπραγματεύση, την κατάθλιψη και την αποδοχή. Ένας άνθρωπος ή μια οικογένεια που θρηνεί δεν είναι απαραίτητο να βιώσει όλα τα στάδια, ούτε να τα βιώσει με τη συγκεκριμένη σειρά, καθώς το μοντέλο βοηθά, χωρίς να περιορίζει, την κατανόηση της διαδικασίας. Μάλιστα, ανασκόπηση μεγάλου αριθμού ερευνών για τον τρόπο που η οικογένεια διαχειρίζεται την απώλεια και το πένθος, δείχνουν πως υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον τρόπο που τα μέλη της οικογένειας ή/και το ζευγάρι διαχειρίζονται τα ζητήματα αυτά και στην ανάγκη που έχει ο καθένας να μιλά ανοιχτά για τα συναισθήματά του (βλ. Stroebe, 2010).

Παρότι το πένθος αποτελεί μία φυσιολογική πορεία αντίληψης, επεξεργασίας και αποδοχής του γεγονότος, ορισμένες φορές η όλη διεργασία με κάποιο τρόπο παρεμποδίζεται, με αποτέλεσμα το άτομο να συνεχίζει να μεταφέρει την απώλεια, χωρίς να μπορεί να τη διαχειριστεί (Worden, 2009). Σε εκείνες τις περιπτώσεις γίνεται λόγος για περιπλεγμένο πένθος, το οποίο επηρεάζει αρνητικά τη ζωή του ατόμου σε διάφορες εκφάνσεις της, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών συμπτωμάτων (Stroebe, 2010).

Οι περιπτώσεις που η απώλεια σχετίζεται με τραυματικά γεγονότα είναι πολύ δύσκολες στη διαχείριση και συνήθως δημιουργούν συνθήκες ανεπίλυτου και ανεπεξέργαστου πένθους, κατά το οποίο το άτομο δυσκολεύεται να επεξεργαστεί και να ενσωματώσει το τραύμα ούτως ώστε να μπορέσει να συμφιλιωθεί με την απώλειά του, ενώ συχνά μεταφέρονται από γενιά σε γενιά (Θανοπούλου, 2012).

Ένας επίσης παράγοντας που συντελεί στη δημιουργία περιπλεγμένου πένθους σχετίζεται με το αν οι συνθήκες της απώλειας την καθιστούν κοινωνικά ακατάλληλη να ειπωθεί (Worden, 2009). Ενδεικτικά τέτοια παραδείγματα μπορούν

να αφορούν θάνατο από δολοφονία ή αυτοκτονία, ή την ενοχή του γονιού όταν ο θάνατος του παιδιού του οφείλεται σε δική του αμέλεια.

Σύντομο ιστορικό και αξιολόγηση των προβλημάτων, δυσκολιών και δυνατοτήτων

Παρούσα κατάσταση

Πρόκειται για μια τετραμελή οικογένεια με καταγωγή από χώρα της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς γεννήθηκαν και μεγάλωσαν εκεί, παντρεύτηκαν σε πολύ μικρή ηλικία και κατόπιν μετοίκησαν στην Ελλάδα. Τα παιδιά έχουν γεννηθεί και μεγαλώσει στην Αθήνα, κάνοντας μόνο σποραδικές επισκέψεις στη χώρα καταγωγής για διακοπές. Ο πατέρας ασχολείται με οικοδομικές εργασίες, αλλά στην παρούσα φάση και λόγω της δύσκολης οικονομικής κατάστασης που επικρατεί στη χώρα εργάζεται μόνο σποραδικά. Έχει αρκετό ελεύθερο χρόνο, μεγάλο μέρος του οποίου περνάει με παρέες ομοεθνών του, κάτι που φαίνεται να του προσφέρει ευχαρίστηση. Στις συνεδρίες δείχνει συχνά προβληματισμένος και σκεπτικός. Η μητέρα δουλεύει αρκετές ώρες καθημερινά στον τομέα της καθαριότητας. Λόγω του ότι ο σύζυγός της δεν μπορεί πλέον να συνεισφέρει οικονομικά όσο παλιά, εργάζεται όλο και περισσότερο, κάτι που αναφέρει συχνά στη θεραπεία.

Ο Γ. (I.P.) είναι ένα συμπαθητικό και φιλικό παιδί, με αρκετές παρέες. Είναι μέτριος μαθητής, αλλά έχει καλές αθλητικές επιδόσεις, στοιχείο στο οποίο οι γονείς και ιδίως ο πατέρας έχουν επενδύσει πολύ. Παρ' όλα αυτά, η χρόνια εγκόπριση από υπερχείλιση του δημιουργεί πρακτικά προβλήματα στην καθημερινότητά του, ενώ μεγαλώνοντας έχει αρχίσει να αποτελεί πηγή πειραγμάτων από τους συνομηλικούς του, αλλά και αιτία προστριβών με τους γονείς του. Γενικά ο Γ. φαίνεται να μην ακολουθεί τα όρια και τους κανόνες των δικών του, συμπεριφορά που συμεριζεται και η μικρότερη αδερφή του Κ. Και τα δύο παιδιά κάνουν σε μεγάλο βαθμό αυτά που επιθυμούν χωρίς να υπολογίζουν τις όποιες συνέπειες, κάτι που ενισχύεται από το γεγονός πως οι γονείς τους απουσιάζουν αρκετές ώρες την ημέρα, αλλά και το ότι θέτουν πολύ ελαστικά όρια. Η Κ. είναι ένα συμπαθές, χαριτωμένο και έξυπνο κορίτσι, το οποίο όμως πάντα φαίνεται να βρίσκεται στη συνείδηση των γονιών της υπό τη σκιά του αδερφού της.

Οι γονείς θυμώνουν συχνά με τα παιδιά και οι καυγάδες είναι αναπόσπαστο στοιχείο της καθημερινότητάς τους. Το ζευγάρι έχει επίσης προστριβές, στις οποίες ενίοτε συμμετέχουν και τα παιδιά εκφράζοντας τις απόψεις τους. Σε γενικές γραμμές

δε γίνεται διαχωρισμός στο τι θα συζητηθεί και από ποιόν, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν πολλά όρια στους ρόλους των μελών της οικογένειας. Παρ' όλα αυτά από την αρχή φάνηκε μια άρση αυτής της συνθήκης αναφορικά με ένα συγκεκριμένο γεγονός, το θάνατο του πρώτου παιδιού της οικογένειας. Μολονότι τα παιδιά έχουν γνώση του γεγονότος, είχαν «διδασχτεί» να μην το ανοίγουν.

Παρότι αυτό που τους οδήγησε στο φορέα ήταν η συμπτωματολογία του Γ., από την αρχή φάνηκε ότι όλα ανεξαιρέτως τα μέλη αντιλαμβάνονταν να υπάρχει ένα γενικότερο πρόβλημα επικοινωνίας και συνεννόησης μεταξύ τους. Το πρώτο πράγμα που ειπώθηκε από τους γονείς στην πρώτη ακόμα συνεδρία ήταν πως «ήρθαμε να μας κάνετε οικογένεια».

Ιστορικό

Οι γονείς παντρεύτηκαν στη χώρα καταγωγής τους, όντας πολύ νέοι. Η Μ. ειδικά ήταν ακόμα μαθήτρια στο σχολείο, το οποίο δεν τελείωσε ποτέ. Ο γάμος έγινε μετά από γνωριμία που οργάνωσαν οι οικογένειές τους, οι οποίες διατηρούσαν φιλικές σχέσεις. Σε γενικές γραμμές ο Π. ήταν ουδέτερος ως προς αυτό, ενώ η Μ. ήταν πιο ενθουσιασμένη με την προοπτική, καθώς έβλεπε το γάμο σαν μια διέξοδο διαφυγής από τη δύσκολη καθημερινότητα του τόπου της. Το μοτίβο αυτό συνεχίζεται ακόμα και τώρα στη σχέση τους. Ο Π. φαίνεται πιο αποστασιοποιημένος συναισθηματικά, σε αντίθεση με τη Μ. που εκφράζεται περισσότερο και δρα πιο εκρηκτικά.

Λίγο μετά το γάμο και αφού μετανάστευσαν στην Ελλάδα γεννήθηκε το πρώτο τους παιδί, μια κόρη. Λόγω των εργασιακών τους υποχρεώσεων και της προσπάθειάς τους να στήσουν τη ζωή τους σε μια νέα χώρα η επόμενη εγκυμοσύνη ήρθε μετά από πέντε χρόνια. Την περίοδο που η Μ. ήταν έγκυος στον Γ., συνέβη ένα τραγικό γεγονός, κατά το οποίο η κόρη της οικογένειας ενώ ήταν έξω με τον Π. διέφυγε της προσοχής του καθώς έπαιζε και είχε ένα σοβαρό ατύχημα. Μετά από ολιγοήμερη νοσηλεία πέθανε. Το συγκεκριμένο γεγονός άλλαξε άρδην τη ζωή, αλλά και τη γενικότερη δυναμική του ζευγαριού. Ο Π. κλείστηκε πολύ στον εαυτό του και απομακρύνθηκε συναισθηματικά από τη σύζυγό του, προσπαθώντας να διαχειριστεί τις ενοχές του, οι οποίες ακόμα τον επηρεάζουν με έναν «αθόρυβο» τρόπο. Η Μ. με τη σειρά της πέρασε μοναχικά το υπόλοιπο της εγκυμοσύνης της, γεγονός που φαίνεται να της προκαλεί ακόμα και σήμερα πόνο και θυμό. Το αγόρι που γεννήθηκε, ο Γ., πήρε το όνομα της αδερφής του. Δύο χρόνια μετά ήρθε στον κόσμο και η Κ.

Σημαντικό ρόλο στη ζωή της οικογένειας κατά τα τελευταία χρόνια παίζει το πρόβλημα εγκόπρισης που έχει ο Γ. Ενώ απέκτησε έλεγχο σφιγκτήρων στα

φυσιολογικά αναπτυξιακά πλαίσια, ελάχιστα χρόνια μετά άρχισε να παρουσιάζει συμπτώματα εγκόπρισης από υπερχειλίση. Σύμφωνα με τα λεγόμενα των γονιών τα συμπτώματα ήταν αρχικά σποραδικά, ενώ έγιναν οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις και ακολούθησαν τις συμβουλές των γιατρών σχετικά με τη διαχείρισή τους. Παρ' όλα αυτά με το πέρασμα των χρόνων η κατάσταση επιδεινώθηκε, γεγονός που επηρεάζει την καθημερινότητα του παιδιού όλο και περισσότερο. Ο ίδιος ο Γ. δεν θέλει να το συζητάει πολύ, ενώ φαίνεται πως το όλο γεγονός του προκαλεί ανάμεικτα συναισθήματα θυμού και ντροπής.

Δυσκολίες

Παρότι όπως προαναφέρθηκε όλα τα μέλη της οικογένειας δείχνουν να αντιλαμβάνονται τα προβλήματα που υπάρχουν στην επικοινωνία τους και γενικότερα στις δυναμικές τους, φαίνονται ταυτόχρονα απρόθυμα να δουλέψουν σε βάθος αυτά τα ζητήματα. Αντίθετα μοιάζουν να ψάχνουν «παντοδύναμους» θεραπευτές που θα τους προσφέρουν έτοιμες λύσεις.

Βασική επίσης δυσκολία αποτελεί το γεγονός ότι οι γονείς έχουν μεγαλώσει και γαλουχηθεί σε ένα διαφορετικό, πατριαρχικό και πολύ παραδοσιακό περιβάλλον. Η ψυχοθεραπεία είναι για αυτούς κάτι ξένο και ίσως λιγότερο πρακτικό από τις αρχικές τους προσδοκίες. Αυτό φυσικά επηρεάζει και τη θεραπευτική σχέση, καθώς οι θεραπεύτριες είναι γυναίκες σε κοντινές με τους γονείς ηλικίες και γαλουχημένες σε ένα πολύ διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο. Έτσι, για παράδειγμα συχνά η μητέρα μας αποκαλεί «κοπέλες» ή «κορίτσια». Από την άλλη για τον πατέρα όλη αυτή η «αμφισβήτηση» της πατριαρχίας είναι ίσως κάτι γενικότερο στη ζωή του αυτή την περίοδο που τον δυσκολεύει αρκετά, δεδομένου ότι από εργασιακής άποψης έχουν αντιστραφεί οι παραδοσιακοί ρόλοι με τη γυναίκα του, κάτι που δεν μπορεί να αποδεχτεί.

Τέλος γρήγορα διαφάνηκε μια δυσκολία προς την αλλαγή, για την οποία θα γίνει αναλυτικότερη αναφορά στη συνέχεια. Τα μέλη δείχνουν να έχουν συνηθίσει τις τριγωνοποιήσεις και γενικότερα τους δυσλειτουργικούς τρόπους αλληλεπίδρασης μεταξύ τους και δυσκολεύονται να μετακινηθούν από αυτούς.

Δυνατότητες

Παρά το γεγονός ότι η ψυχοθεραπευτική διαδικασία είναι κάτι που ενίοτε τους δυσκολεύει, όλα τα μέλη της οικογένειας έδειξαν από την αρχή διάθεση

δέσμευσης στη θεραπεία. Όσο και να περνάνε ανά φάσεις περιόδους αντιστάσεων, ο πυρήνας της στάσης τους χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη και σεβασμό στο πλαίσιο.

Σκέψεις και σχεδιασμός

Μία από τις βασικές σκέψεις που καθόρισαν τον αρχικό σχεδιασμό της θεραπείας αφορούσε τους μη λειτουργικούς τρόπους επικοινωνίας και σύνδεσης μεταξύ των μελών της οικογένειας, δίνοντας βάση στις τριγωνοποιήσεις, αλλά και στους ασαφείς ρόλους τους. Για παράδειγμα, συχνά η Μ. προσπαθούσε να «συμμαχήσει» με τα παιδιά της εναντίον του Π., αμφισβητώντας την επάρκειά του ως σύζυγο και πατέρα. Σε αντίστοιχο τόνο, τα παιδιά συχνά ασκούσαν έντονη κριτική στους γονείς, ενίοτε «νουθετώντας» τους και αναλαμβάνοντας έναν «γονεοποιημένο» ρόλο. Ένας από τους πρώτους στόχους της θεραπείας ήταν το να έρθουν τα μέλη της οικογένειας σε επαφή με αυτά τα μη λειτουργικά κομμάτια, να τα αναγνωρίσουν και να τα κατανοήσουν. Για να μπορέσουμε να θέσουμε κάποια όρια στους ρόλους μεταξύ των μελών, αλλά και για να εκμαιεύσουμε περαιτέρω πληροφορίες από το ζευγάρι για τη μεταξύ τους σχέση, ορίσαμε κάποιες συνεδρίες μόνο για αυτό σε αραιά διαστήματα.

Παράλληλα, δόθηκε έμφαση στο ανεπίλυτο πένθος των γονέων, το οποίο μεταφέρθηκε διαγενεακά στα παιδιά και φάνηκε να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις δυναμικές όλης της οικογένειας. Ένας βασικός στόχος ήταν ως πρώτο βήμα να σταματήσει να αιωρείται στον αέρα σαν φάντασμα, αλλά να γίνει αντικείμενο επικοινωνίας, να «μιληθεί» με κάποιο τρόπο και έτσι να νοηματοδοτηθεί.

Αν και στη σύγχρονη βιβλιογραφία της αφηγηματικής οικογενειακής θεραπείας, το σύμπτωμα της εγκόπρισης τίθεται στο επίκεντρο των παρεμβάσεων, και παρουσιάζεται ως συχνό παράδειγμα «εξωτερίκευσης του προβλήματος» (βλ. Freeman, Epston, Lobovits (1997), εμείς αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε το σωματικό σύμπτωμα του I.P. και τους χειρισμούς της οικογένειας σαν εφελτήριο διερεύνησης μιας ευρύτερης ποικιλίας ζητημάτων που αφορούν το σύστημα της οικογένειας, χωρίς να επικεντρωθούμε σε αυτό. Το σύμπτωμα νοηματοδοτήθηκε σε σχέση με το αμίλητο ή ανείπωτο πένθος και συνδέθηκε με τον τρόπο που και άλλα μέλη της οικογένειας (π.χ. πατέρας) το αντιμετώπιζαν. Θα δούμε πως σε κατοπινά στάδια της θεραπείας, χρειάστηκε να επικεντρωθούμε περισσότερο στην αντιμετώπιση του συμπτώματος προκειμένου να διατηρήσουμε το ενδιαφέρον της οικογένειας για τη συνέχιση των συστημικών αλλαγών.

Πορεία της Θεραπείας

Εντοπισμός μη λειτουργικών μοτίβων

Από την αρχή της συνεργασίας μας με τη συγκεκριμένη οικογένεια τα μέλη της φάνηκαν να αντιλαμβάνονται την ύπαρξη ενός «μπλοκαρίσματος» στη λειτουργία της, χωρίς να μπορούν να το συγκεκριμενοποιήσουν ή να το λεκτικοποιήσουν. Μέσα από κυκλικές ερωτήσεις προς όλους αναφορικά με την καθημερινότητά τους, τις δυσκολίες της και εστίαση σε συγκεκριμένα παραδείγματα, άρχισαν σιγά σιγά να αντιλαμβάνονται πιο σφαιρικά αρκετά μη λειτουργικά στοιχεία στην επικοινωνία τους, με έμφαση στους ρόλους και τα όρια.

Παράδειγμα κυκλικής ερώτησης

Θ. [προς τον Π.]: Και τι γίνεται λοιπόν όταν τα παιδιά γυρνάνε αργά σπίτι; Τους θυμίζετε πως δεν θα τους επιτρέψετε να δουν Survivor όπως είχατε συμφωνήσει επειδή άργησαν;

Π.: Καμιά φορά ναι, άλλες όχι. Ανάλογα. Συχνά είμαι κουρασμένος και δεν αντέχω τις διαμαρτυρίες τους.

Θ. [προς τη Μ.]: Εσείς πώς το χειρίζεστε;

Μ.: Αν δεν κάνει ο άντρας μου φασαρία το αφήνω κι εγώ. Όταν είμαι όλη μέρα στη δουλειά και μετά έχω να μαγειρέψω και να κάνω ένα σωρό πράγματα δεν μπορώ να τα βγάλω πέρα και με αυτό.

Θ.: Εσείς παιδιά τι λέτε; Τι γίνεται;

Κ.: Μας αφήνουν και βλέπουμε παρόλο που αργήσαμε. Μπορεί να γκρινιάζουν λίγο που αργήσαμε αλλά στο τέλος μας κάνουν το χατήρι.

Γ.: Ναι, στο τέλος μας αφήνουν. Και σε αυτούς αρέσει να βλέπουμε όλοι μαζί Survivor.

Μ.: Είναι ωραίο πρόγραμμα, μας αρέσει. Και μετά μιλάμε για αυτό, κάνουμε πλάκα. Είναι το μόνο πράγμα που κάνουμε όλοι μαζί σαν οικογένεια.

Θ.: Καταλαβαίνουμε.. Κάπου μεπερδεύεται η ανάγκη για οριοθέτηση των παιδιών με την ανάγκη σας να περνάτε ευχάριστες στιγμές μαζί ως οικογένεια. [προς τα παιδιά]: Τι θα είχατε να προτείνετε εσείς παιδιά ώστε και τα όρια να τηρούνται και να περνάτε στιγμές μαζί με την οικογένειά σας;

Η όλη διαδικασία είχε εμμέσως και μια «διδασκτική» προοπτική. Προσπαθήσαμε παράλληλα να φέρουμε την οικογένεια σε επαφή με τον συστημικό τρόπο σκέψης και τις ποικίλες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της. Έγιναν συζητήσεις για το ρόλο που τα παιδιά είχαν στις διενέξεις και τις διαφωνίες των γονιών τους ως ζευγάρι, συχνά παίρνοντας θέση και εκφράζοντας άποψη. Έγινε

λόγος για την ανάγκη «αποτριγωνοποίησης» των παιδιών από αυτή τη συνθήκη και την καλλιέργεια της ιδιωτικότητας στη σχέση του ζευγαριού. Όλη αυτή η δουλειά σχετικά με ρόλους και αλληλεπιδράσεις σχετιζόταν και με τη σταδιακή απομάκρυνση του Γ. (I.P.) από το ρόλο του «προβληματικού» μέλους.

Μετά από αρκετούς μήνες συνεδριών, ο Π. μοιράστηκε το χρόνιο εσωτερικό «βάρος» που κουβαλούσε από την περίοδο του ατυχήματος της πρώτης κόρης της οικογένειας. Ανέφερε πως τον βασάνιζε και τον φόρτιζε καθημερινά, ενώ σχεδόν κάθε πρωί κατέφευγε στην τουαλέτα για να κάνει εμετό. Σε συνέχεια διαφόρων ομοιοτήτων που είχαμε εντοπίσει μεταξύ Π. και Γ., αλλά και συνδέσεων που είχαμε κάνει, παραλληλίσουμε το σύμπτωμα του ενός με εκείνο του άλλου:

Θ.: Σκεφτόμαστε λοιπόν ότι ο Π. και ο Γ. μοιάζετε σε πολλά. Δεν μοιράζεστε εύκολα τις στενοχώριες σας και αυτά που σας πονάνε. Τα αφήνετε και μαζεύονται σιγά σιγά μέσα σας. Και όταν μαζευτούν πολλά, όπου δεν τα αντέχετε άλλο, το σώμα σας το ίδιο κάνει ένα ξέσπασμα κάπως για να τα διώξει. Ο Π. ξυπνάει και κάνει εμετό για να αδειάσει το στομάχι του από το βάρος. Ο Γ. πάλι μαζεύει τα κακά του όπως και τα συναισθήματά του για τόσες ώρες, που στο τέλος δεν αντέχει και του φεύγουν.

Αναγνώριση ανεπίλυτου πένθους

Το κομμάτι της δουλειάς με το ανεπίλυτο πένθος που αιωρούταν στην οικογενειακή ατμόσφαιρα αποτέλεσε ίσως τη μεγαλύτερη πρόκληση που αντιμετωπίσαμε στην πορεία της θεραπείας. Σα να υπήρχε ένας «άγραφος νόμος» που απαγόρευε στα μέλη της οικογένειας να μιλάνε ξεκάθαρα για αυτό. Υπήρχαν μεν υπονοούμενα και έμμεσες αναφορές, αλλά και μια παράλληλη απροθυμία στο να ανοιχτεί σαν ζήτημα. Όπως αναφέρει η Θανοπούλου (2014β), συχνά στην κλινική μας πρακτική ερχόμαστε αντιμέτωποι με ένα είδος αμφιθυμίας που βιώνουν τα άτομα που θρηνούν την απώλεια ενός σημαντικού δικού τους, που ενισχύεται πολλές φορές και από το κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο αποθαρρύνει τη δημόσια συζήτηση γύρω από την απώλεια. Οι πενθούντες βιώνουν ένα είδος εσωτερικής σύγκρουσης ανάμεσα στην ανάγκη τους να μιλήσουν για τον θάνατο ή να σιωπήσουν, αποφεύγοντας επώδυνα συναισθήματα και σκέψεις. Όσο μιλούν για την απώλεια την ξαναζούνε, έρχονται ξανά σε επαφή με τον πόνο και όλα τα οδυνηρά συναισθήματα γύρω από τον θάνατο του αγαπημένου προσώπου. Ξαναθυμούνται πράγματα που τους κατακλύζουν συναισθηματικά, συχνά μάλιστα τους αποδιοργανώνουν και τους κάνουν να βουλιάζουν μέσα σε ένα συναίσθημα ματαιότητας και απραξίας, σαν να μην υπάρχει επόμενη μέρα. Από την άλλη αν δεν μιλήσεις, αν δεν βάλεις σε λόγια και

αφηγήσεις όλο το ακατανόητο και παράλογο του θανάτου, είναι σαν να μη συνέβη, σαν να αρνείσαι την ύπαρξή του, και μαζί τη σημαντικότητα της ύπαρξης του προσώπου που δεν υπάρχει πια στη ζωή σου. Επιπλέον, με αυτό τον τρόπο, δυσχεραίνεις τη διεργασία επίλυσης του θρήνου.

Επιστρέφοντας στο περιστατικό, η πρώτη εκτεταμένη συζήτηση για το ατύχημα και το θάνατο της πρώτης κόρης έγινε σε μια συνάντηση που είχα κάνει μόνο με το ζευγάρι. Εκεί συζητήθηκαν για πρώτη φορά αρκετά κομβικά σημεία των ιστοριών και της σχέσης του Π. και της Μ., με ιδιαίτερη έμφαση στο συγκεκριμένο γεγονός. Σε εκείνη τη συνεδρία μίλησαν για το πώς βίωσε ο καθένας την περίοδο του αρχικού θρήνου και το πώς επηρέασε τη σχέση τους η αποστασιοποιημένη στάση του Π. Εκείνος είπε ότι απομακρύνθηκε για να μην επιβαρύνει και άλλο την έγκυο σύζυγό του, εκείνη με τη σειρά της μίλησε για τη μοναξιά και το βάρος που αναγκάστηκε να κουβαλήσει. Στο τέλος αποκάλυψαν ότι ήταν η πρώτη φορά που συζητούσαν ανοιχτά για αυτό.

Στην πορεία και ενώ μεσολάβησαν αρκετά διαλείμματα στη θεραπεία, στα οποία θα αναφερθώ στη συνέχεια, το ζήτημα επανερχόταν ανά περιόδους, χωρίς όμως και πάλι να συζητιέται ανοιχτά ή να λεκτικοποιείται. Η όλη στάση της οικογένειας θεωρήσαμε ότι συνδεόταν με την κοινωνική πεποίθηση ότι κάποιες απώλειες είναι δόκιμο να μη μιλιούνται (Warden, 2009). Στη συγκεκριμένη περίπτωση ο θάνατος της πρώτης κόρης, αν και ατύχημα, κουβαλάει το βάρος της «ευθύνης» του πατέρα, το οποίο φάνηκε να επηρεάζει και όλους τους υπολοίπους. Κρίναμε λοιπόν σημαντικό και ανακουφιστικό για όλους το να μιληθεί αυτό με κάποιον τρόπο σε ένα επίπεδο αρχικά αναγνώρισης και όχι επεξεργασίας. Έτσι, αρκετές φορές το φέρναμε στη συνεδρία, ενίοτε συνδέοντας αφηγήσεις των μελών και ιδιαίτερα των γονιών με πράγματα που είχαν συζητήσει εκείνη τη φορά που ήταν οι δυο τους. Φυσικά οι αντιστάσεις ήταν αρκετές.

Κάποια στιγμή η μικρή κόρη της οικογένειας χρειάστηκε να νοσηλευτεί για λίγες μέρες, κάτι που δημιούργησε αναταραχή στην οικογένεια. Όταν ξαναήρθαν για συνεδρία μας ανέφεραν ότι αρχικά η Μ. είχε αναλάβει οτιδήποτε αφορούσε το νοσοκομείο με τη βοήθεια της γιαγιάς, η οποία βρισκόταν εκείνες τις μέρες στην Ελλάδα για διακοπές. Ο Π. δεν ήθελε να έχει καμία σχέση με ό, τι συνδεόταν με ασθένειες, νοσοκομεία και επαφές με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό από την περίοδο του θανάτου του πρώτου παιδιού. Όταν όμως η Κ. άρχισε να τον ζητά επανειλημμένα πήρε την απόφαση και την επισκέφτηκε. Ο Π. μίλησε πολύ για την εμπειρία αυτή, με έναν αμφιθυμικό τόνο μεταξύ πόνου και ανακούφισης.

Π: Δεν ήθελα να πάω. Με πονάει αυτό το μέρος, από τότε. Όταν πρέπει να περάσω από την περιοχή κοιτάζω να πάω από δρόμο που να μη χρειαστεί να περάσω από μπροστά. Δεν ήθελα, δεν μπορούσα.

Θ: Πήγατε όμως.

Π: Πήγα επειδή με ζητούσε. Δε γινόταν να κάνω αλλιώς. Θα είχα τύψεις.

Θ: Φανταζόμαστε ότι ήθελε δύναμη. Είναι ένα μέρος το οποίο σας δημιουργεί πολύ βαριά συναισθήματα.

Π: Ναι, πολύ. Από τότε... από τότε...

Σιωπή

Θ: Από πότε; Πείτε μας.

Σιωπή

Γ: (χαμηλόφωνα) Από τότε που πέθανε η αδερφή μου.

Ήταν η πρώτη φορά που κάποιο μέλος της οικογένειας ανέφερε τη λέξη «πέθανε». Και αυτός που εν τέλει το έκανε ήταν ο Γ., ο I.P. Εκείνη τη στιγμή δημιουργήθηκε ένα κλίμα συγκίνησης, αλλά και ανακούφισης. Θεωρήσαμε πως οι διεργασίες εκείνης της συνεδρίας αποτέλεσαν ένα πολύ σημαντικό βήμα για όλη την οικογένεια.

Δυσκολίες στην αλλαγή

Από τις αρχές της θεραπείας με τη συγκεκριμένη οικογένεια διαφάνηκε μια αμφιθυμία απέναντι στην όλη διαδικασία και μια αντίσταση στις αλλαγές που προτεινόταν. Πολλές φορές μετά από «καλές» συνεδρίες κατά τις οποίες ανοίγονταν σημαντικά ζητήματα ή γίνονταν συνδέσεις ακολουθούσαν μικρές ή μεγαλύτερες περιόδους απουσιών. Οι απουσίες αυτές άλλοτε γίνονταν κατόπιν ενημέρωσης, άλλοτε όχι. Η αιτιολόγηση μπορεί να ήταν αληθοφανής ή και όχι, ενώ συνήθως αφορούσε αποφάσεις του ενός ή και των δύο γονιών. Εκείνος που έδειχνε να έχει τις μεγαλύτερες αντιστάσεις ήταν ο πατέρας, ο οποίος συχνά αρνιόταν να συμμετάσχει. Έτσι, είτε δεν προσερχόταν ολόκληρη η οικογένεια, είτε μόνο εκείνος.

Αρχικά θεωρήσαμε αυτές τις «αντιστάσεις» ως κάτι το φυσιολογικό ή και αναμενόμενο, καθώς η θεραπεία μπορεί να γίνει εξαιρετικά δύσκολη διαδικασία, ιδιαίτερα όταν οι θεραπευόμενοι δεν είναι εξοικειωμένοι με αυτόν τον τρόπο σκέψης και παράλληλα επεξεργάζονται ανεπίλυτα, ψυχοφθόρα και επώδυνα για αυτούς ζητήματα. Στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία δε, τα παραπάνω γίνονται ακόμα πιο έντονα, καθώς τα δυναμικά που αναπτύσσονται είναι πιο πολύπλοκα από αυτά της δυαδικής σχέσης θεραπευτή-θεραπευόμενου, ενώ η αντίσταση μπορεί να εκφράζεται παράλληλα τόσο από την οικογένεια ως σύστημα όσο και από τα μέλη της ξεχωριστά

(Γιωτσίδη, 2013). Έτσι, προσπαθήσαμε με συζήτηση, παρεμβάσεις και ενίοτε συνδέσεις με άλλα μοτίβα της ζωής τους να πλαισιώσουμε την αντίστασή τους και τους τρόπους όπου εκδηλώνονταν.

Παράδειγμα:

Θ.: Κύριε Π., έχουμε παρατηρήσει ότι συχνά μετά από μια συνάντηση όπου θα μιλήσετε για δύσκολα για εσάς πράγματα, πράγματα που πονάνε, επιλέγετε να απομακρυνθείτε κάπως. Και σκεφτόμαστε ότι αυτό είναι ίσως κάτι που κάνετε γενικότερα στη ζωή σας, όχι μόνο εδώ. Όπως ας πούμε τότε που χάσατε την κόρη σας και είχατε την ανάγκη να περνάτε πολύ χρόνο μόνος, χωρίς να μοιράζεστε τον πόνο σας με τη γυναίκα σας ή κάποιον άλλο.

Παράλληλα προωθήσαμε κάποιες αλλαγές στην ίδια τη λειτουργία της οικογένειας, οι οποίες θα συνέτειναν στην επίλυση συγκρούσεων ή λοιπών δυσκολιών στο εδώ και τώρα, χωρίς να διαιωνίζονται. Με αυτόν τον τρόπο προσπαθήσαμε να διδάξουμε έναν πιο άμεσο τρόπο επικοινωνίας, πέρα από την απομόνωση και τις «εξαφανίσεις».

Καθώς όμως αυτό το μοτίβο «αντίστασης» συνεχίστηκε, με διαφορετική συχνότητα και ένταση ανά διαφορετικές περιόδους, το συζητήσαμε αρκετά τόσο στην αναστοχαστική ομάδα, όσο και στην εποπτεία και αποφασίσαμε να παρέμβουμε πιο άμεσα, θεωρώντας ότι όλη αυτή η στάση έτεινε να παγιωθεί. Καθώς πρόκειται για μια οικογένεια με ιδιαίτερα ελαστικά και ευμετάβλητα όρια, κρίναμε σημαντικό να αλλάξουμε αυτό το μοτίβο στην θεραπεία. Να βάλουμε σαφή και συγκεκριμένα όρια και να μείνουμε πιστές σε αυτά. Θεωρήσαμε πως το γεγονός ότι το ίδιο το πλαίσιο δε ζητά κάποιο οικονομικό αντίτιμο για την παροχή υπηρεσιών καθιστά σημαντική την ανάδειξη άλλων σημείων οριοθέτησης στο θεραπευτικό συμβόλαιο, το οποίο και επανεξετάστηκε. Έτσι, ειπώθηκε στην οικογένεια η ανάγκη σταθερότητας στην παρουσία τους, η σημασία της συμμετοχής όλων των μελών σε κάθε συνεδρία, η υποχρέωση από την πλευρά τους για έγκαιρη ενημέρωση σε περιπτώσεις απουσίας, όπως και η ύπαρξη ενός συγκεκριμένου ορίου απουσιών, μετά από το οποίο η συνέχιση της συνεργασίας θα διακοπτόταν. Τους αναφέραμε ότι είμαστε ένας φορέας παροχής δωρεάν υπηρεσιών και κατά συνέπεια υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που περιμένουν τη συμβολή μας και πως είναι κρίμα να μένουν κενές ώρες κατά τις οποίες θα μπορούσαν κάποιοι να εξυπηρετηθούν.

Θεωρήσαμε ότι στην προσπάθειά μας να είμαστε φροντιστικοί και μη απειλητικοί ως ομάδα με τη συγκεκριμένη οικογένεια ίσως και να γίναμε περισσότερο ελαστικοί από όσο θα έπρεπε. Μετά από εκείνη τη συζήτηση έδειξαν να

αντιλαμβάνονται την πλευρά μας, αλλά και τη δική τους ευθύνη. Έγιναν πιο τυπικοί, με λιγότερες απουσίες και σταθερές ενημερώσεις, χωρίς όμως να εξαφανιστεί τελείως το προηγούμενο μοτίβο.

Αξιολόγηση εποπτείας και προσωπικός αναστοχασμός

Η εποπτεία που παίρνω για το συγκεκριμένο περιστατικό έχει αρκετές ιδιαιτερότητες, καθώς προέρχεται από παραπάνω από μία πηγές. Καταρχάς, καθότι πρόκειται για οικογένεια που παρακολουθώ στο εργασιακό μου πλαίσιο, έφερα αρκετές φορές μαζί με την υπόλοιπη ομάδα τους προβληματισμούς μου στη σταθερή ομαδική εποπτεία που μας παρέχει ο φορέας. Η αλήθεια είναι ότι στην αρχή ένιωθα να βοηθιέμαι, να παίρνω ιδέες και κατευθυντήριες γραμμές, αλλά και να νιώθω μεγαλύτερη ασφάλεια μοιραζόμενη με την υπόλοιπη ομάδα όσα με απασχολούσαν. Στην πορεία όμως συνειδητοποίησα ότι δεν καλυπτόμουν όσο θα επιθυμούσα, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι η επόπτρια δουλεύει χρησιμοποιώντας την κλασική ψυχοδυναμική προσέγγιση, οπότε έχει έναν ψυχοθεραπευτικό τρόπο σκέψης αρκετά διαφορετικό από αυτόν που έχω διδαχτεί εγώ, με αποτέλεσμα να μπερδεύομαι.

Έτσι, στη συνέχεια και μετά από συζήτηση με την αναστοχαστική ομάδα, τόσο εγώ όσο και η συνθεραπεύτριά μου εστίασαμε κυρίως σε εποπτικές ομάδες εκτός εργασιακού πλαισίου. Εγώ έφερα κάποιες φορές το περιστατικό στην εποπτική ομάδα ομοτίμων όπου συμμετείχα, ενώ η συνθεραπεύτριά μου συνεχίζει ακόμα να το πηγαίνει στην ομαδική εποπτεία του εκπαιδευτικού προγράμματος που παρακολουθεί. Η ανατροφοδότηση που παίρνουμε έρχεται στη συνέχεια στην αναστοχαστική ομάδα και αποτελεί αντικείμενο συζήτησης και ζύμωσης ιδεών.

Το παραπάνω συνοδεύεται αναπόφευκτα από αρκετές προκλήσεις. Οι δύο διαφορετικές εποπτείες μας δίνουν μεν τη δυνατότητα να ακούσουμε μια μεγαλύτερη ποικιλία φωνών, από την άλλη ενίοτε μας μπερδεύουν, καθότι οι φωνές αυτές δεν συμφωνούν πάντα μεταξύ τους. Το γεγονός επίσης ότι αποτελούμε μέλη μιας μεγαλύτερης αναστοχαστικής ομάδας, όπου οι αποφάσεις παίρνονται από κοινού μέσω συζήτησης, γίνεται επίσης κάποιες φορές δύσκολο. Αυτό εντείνεται από το ότι είμαστε εκπαιδευόμενες θεραπεύτριες, δίχως τη σταθερή βάση που μπορεί να αποδώσει σε κάποιον η πείρα.

Παρ' όλα αυτά σίγουρα η εποπτεία με έχει βοηθήσει αρκετά, ιδιαίτερα σε μια περίοδο όπου η όλη διαδικασία είχε «κολλήσει» και οι χειρισμοί μας έμοιαζαν απλά να ενισχύουν τη συνεχή ανακύκλωση ορισμένων βασικών ζητημάτων. Μετά από εποπτεία της συνθεραπεύτριας και συζήτηση με την αναστοχαστική ομάδα

αποφασίσαμε να εστιάσουμε και πάλι στο αρχικό σύμπτωμα του Γ. (I.P.), την εγκόπριση. Με ενδιαφέρον είδαμε ότι η συγκεκριμένη μας κίνηση έδωσε νέα ώθηση στη θεραπεία και άρχισαν να αναδύονται και πάλι κάποια ζητήματα με ουσιαστικότερο τρόπο. Πιστεύω ότι η αγωνία μας ως νέες θεραπεύτριες να δούμε άμεσα αποτελέσματα μας είχε κάνει να μετακινηθούμε από κάποια θέματα που ενδεχομένως να μη θεωρούσαμε τόσο «βαθιά», έχοντας πολλές και υψηλές προσδοκίες από το περιστατικό. Σε μένα αυτό το στοιχείο ίσως ήταν ακόμα πιο έντονο, καθώς με ενδιαφέρει ιδιαίτερα το κομμάτι της διαπολιτισμικότητας και του επιπολιτισμού, κάτι που με ένα τρόπο μάλλον πρόβαλλα στη συγκεκριμένη οικογένεια.

Αξιολόγηση πορείας και αποτελέσματος

Η συνεργασία μου με τη συγκεκριμένη οικογένεια μετρά ήδη περίπου ενάμιση χρόνο παρέμβασης, λαμβάνοντας υπόψη ότι σε αυτή την περίοδο συχνά παρεμβάλλονται μικρότερα ή μεγαλύτερα διαστήματα διακοπής, τόσο λόγω πλαισίου (περίοδοι διακοπών δικές μας και δικές τους, καλοκαιρινά διαλείμματα), όσο και εξαιτίας των δικών τους αντιστάσεων.

Στο διάστημα αυτό όλα τα μέλη της οικογένειας δείχνουν να έχουν αντιληφθεί ότι υπάρχουν αρκετές δυσκολίες στην επικοινωνία τους, αλλά και μια πολύ χαλαρή οριοθέτηση που τα εμποδίζει να διατηρούν καθένα σταθερούς ρόλους.

Καταλαβαίνουν ότι συχνά προβληματίζονται και εμμένουν σε συγκεκριμένα και πιο επιφανειακά κομμάτια της καθημερινότητας, αφήνοντας στην άκρη ζητήματα που τα πονάνε. Επίσης φαίνεται να κατανοούν ότι τα διάφορα σωματικά και όχι μόνο συμπτώματα που παρουσιάζουν σχετίζονται με τις δυσκολίες τους και με όσα υπόγεια αποσιωπούνται.

Έχουν ανοιχτεί αρκετά ζητήματα κατά την ώρα των συνεδριών, ακόμα και πολύ βαθιά και ιδιαίτερα ευαίσθητα και επώδυνα όπως το πένθος και η επιρροή που τους ασκεί διαγενεακά. Φαίνεται να αντιλαμβάνονται το θεραπευτικό πλαίσιο σαν έναν ασφαλή χώρο που τους επιτρέπει να μιλήσουν για συναισθήματα και σκέψεις που υπό άλλες συνθήκες δεν τολμούσαν να αγγίξουν. Ως προς την επεξεργασία της απώλειας του πρώτου παιδιού έχουν αρκετό δρόμο μπροστά τους. Ωστόσο μια εξαιρετικά σημαντική στιγμή στη θεραπεία της οικογένειας ήταν η σύνδεση και η νοηματοδότηση του συμπτώματος της εγκόπρισης του γιου με το ανείπωτο και ανεπεξέργαστο πένθος.

Σε αυτή τη φάση τα μέλη της οικογένειας έχουν κάνει αρκετές μεγαλύτερες ή μικρότερες προσπάθειες να αλλάξουν κάποια δυσλειτουργικά μοτίβα στην καθημερινότητά τους. Παρ' όλα αυτά οι «αντιστάσεις» τους δημιουργούν συχνά πισωγυρίσματα και δεν υπάρχει σταθερότητα στη θεραπευτική τους πορεία, τόσο σε επίπεδο συχνότητας όσο και ποιότητας. Παράλληλα, έχει εκφραστεί η ανάγκη για εντατικότερη δουλειά με τα δύο παιδιά και κυρίως με το Γ. Πιστεύω ότι υπάρχει ανάγκη για μακρόχρονη παρέμβαση, τροποποιώντας ίσως το θεραπευτικό συμβόλαιο και βάζοντας τα παιδιά σε παράλληλη ατομική θεραπεία. Η ύπαρξη μιας αρκετά πολυπληθούς διεπιστημονικής ομάδας στο φορέα μας παρέχει ευελιξία ως προς τις πιθανές αλλαγές στο θεραπευτικό πλάνο.

Βιβλιογραφικές πηγές

- Andolfi, M. (1995). The child as consultant. In M. Andolfi and R. Haber (Eds.), *Please help me with this family*. New York: Brunner/Mazel.
- Androutsopoulou, A., Bafiti, T., Kalarritis, G. (2014). The enriched systemic perspective SANE-System Attachment Narrative Encephalon: Selected training guidelines for clinical practice. *Human Systems: The Journal of Therapy, Consultation and Training*, 25, 161-176.
- Burnham J. (1986). *Family Therapy. First steps towards a Systemic Approach*. London: Routledge.
- Bowen, M. (1998). *Τρίγωνα στην Οικογένεια. Ανωνύμου, Για τη Διαφοροποίηση του Εαυτού*. (Μτφ. Έ. Γκίκα & Μ. Λεβή). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Γιωτσίδη, Β. (2013). *Η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Τόπος
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3–45
- Cottrell, D. & Boston, P. (2002). Practitioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 573–586.
- Dumont, R. (2008). Drawing a family map: an experiential tool for engaging children in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 30, 247–259
- Freeman, J., Epston, D., Lobovits, D. (1997). *Playful approaches to serious problems: narrative therapy with children and their families*. New York: Norton.
- Θανοπούλου Κ. (2014α). Το βίωμα της απώλειας: Αναζητώντας νόημα μέσα από την οδύνη του πένθους. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 126, 41-49.
- Θανοπούλου, Κ. (2014β). Περί απώλειας και πένθους. Υφαίνοντας νήματα νοημάτων μέσα από τη διεργασία του πένθους. *Ηλεκτρονικό Περιοδικό Συστημική Σκέψη και Ψυχοθεραπεία*, 4. Ανακτήθηκε από: <http://www.hestafta.org/>
- Θανοπούλου, Κ. (2012). Ένας φόνος, μια κηδεία και ένα ανεπίλυτο, τραυματικό πένθος. *Ηλεκτρονικό Περιοδικό Συστημική Σκέψη και Ψυχοθεραπεία*, (ΕΕΣΚΕΨΟ), 1. Ανακτήθηκε από: <http://www.hestafta.org/>
- Katakis, C. (1990). Stages of long-term psychotherapy: progressive re-conceptualizations of a self-organizing process. *Psychotherapy: Theory*,

Research and Practice, 26, 484-493.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.

Miller, L. & McLeod, E. (2001). Children as participants in family therapy: Practice, research, and theoretical concerns. *The Family Journal*, 9, 375-383.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.

Robbins, M.S., Szapocznik, J., Alexander, J.F. & Miller, J. (1998). Family systems therapy with children and adolescents. In Hersen, M. & Bellack, A.S. (Series Eds.) & Ollendick, T. (Vol. Ed.) *Comprehensive Clinical Psychology, Vol. 5, Children and Adolescents: Clinical Formulation and Treatment* (pp. 149-180). Oxford: Elsevier.

Schlippe von, A. & Schweitzer, J. (2006). *Εγχειρίδιο της συστημικής θεραπείας και συμβουλευτικής*. (Μτφ. Ε. Μοτάκη). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Stroebe, M.S. (2010). Bereavement in family context: Coping with the loss of a loved one. *Family Science*, 3-4, 144-151.

Τσαμπαρλή, Α. (2004). *Η Ψυχαναλυτική προσέγγιση της οικογένειας*. Αθήνα: Ατραπός.

Worden, W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). New York: Springer Publishing Company.

Zilbach, J. (1986). *Young children in family therapy*. New York: Bruner/Mazel.