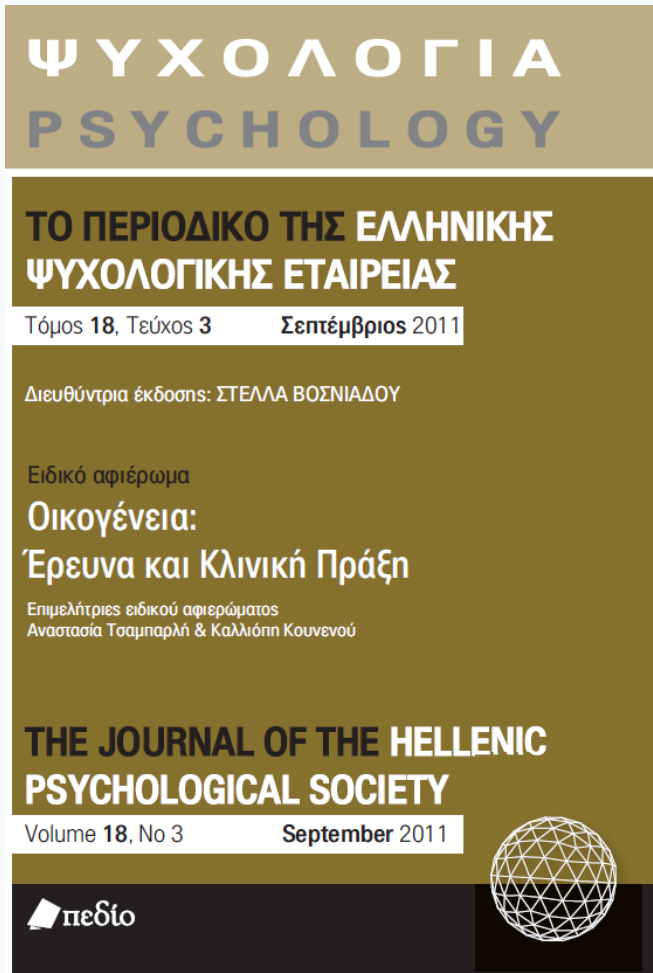


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 18, No 3 (2011)



Psychotherapeutic interventions in families with children with disabilities: Principles and rationale of the ecosystemic psychodynamic model

Ηλίας Ε. Κουρκούτας

doi: [10.12681/psy_hps.23722](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23722)

Copyright © 2020, Ηλίας Ε. Κουρκούτας



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

E. Κουρκούτας Η. (2020). Psychotherapeutic interventions in families with children with disabilities: Principles and rationale of the ecosystemic psychodynamic model. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 18(3), 255–275. https://doi.org/10.12681/psy_hps.23722

Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες παιδιών με αναπηρίες, δυσλειτουργίες: Αρχές και φιλοσοφία του οικοσυστημικού ψυχοδυναμικού μοντέλου

ΗΛΙΑΣ Ε. ΚΟΥΡΚΟΥΤΑΣ¹

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός του συγκεκριμένου άρθρου είναι να περιγράψει την εξέλιξη σε σχέση με τη φιλοσοφία προσέγγισης, αλλά και τα μοντέλα παρέμβασης που είναι εστιασμένα στις οικογένειες παιδιών με διαφόρων μορφών αναπηρίας ή δυσλειτουργιών. Παράλληλα παρουσιάζει τις βασικές αρχές, τη φιλοσοφία και τις τεχνικές του οικοσυστημικού ψυχοδυναμικού μοντέλου σε οικογένειες παιδιών με ιδιαίτερες δυσλειτουργίες ή αναπηρίες το οποίο στοχεύει στην υποστήριξη γονέων και παιδιών με κίνδυνο εκδήλωσης δευτερογενών ψυχοκοινωνικών διαταραχών. Συγχρόνως παρατίθενται και συζητούνται κάποιες από τις τεχνικές δυσκολίες και «προβληματικές» της οικογένειας, που καλούνται να διαχειριστούν οι επαγγελματίες στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου παρέμβασης.

Λέξεις-κλειδιά: Οικογένειες παιδιών με αναπηρία, Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, Οικοσυστημικό Ψυχοδυναμικό μοντέλο.

1. Εισαγωγή: οικογενειακή δυναμική, παιδική αναπηρία², παιδικές δυσλειτουργίες και διαταραχές

Η οικογένεια συνιστά ένα πολυεπίπεδο και σύνθετο σύστημα συναισθηματικών σχέσεων και επενδύσεων, αλλά και αλληλεπιδράσεων με άλλα συστήματα, ενώ ως τέτοιο εξελίσσεται μέσα από

διάφορες φάσεις κρίσεων και δυναμικών αλλαγών, υπό την πίεση ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων (βλ. Day, 2009). Στις περισσότερες οικογένειες χωρίς ακραία προβλήματα ή σοβαρές δυσλειτουργίες, τα παιδιά βρίσκονται στο επίκεντρο της οικογενειακής δυναμικής και των συναισθηματικών συνδιαλλαγών των γονέων και των υπόλοιπων συγγενών. Η έλευση ενός παιδιού με ορ-

1. Διεύθυνση: Αναπηρωτής Καθηγητής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Πανεπιστημιούπολη Γάλλου, 74100 Ρέθυμνο. Τηλ.: 2831077649. Fax: 2831077596. E-mail: hkurk@edc.uoc.g

2. Έντονη κριτική έχει ασκηθεί στη χρήση του όρου «αναπηρία» λόγω της αρνητικής φόρτισης και δηλωτική μίας συγκεκριμένης ιδεολογίας, αλλά και ως μία πολύ γενικής και απλουστευτικής έννοιας που αναφέρεται σε ένα μεγάλο φάσμα παιδιών με διαφορετικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες και δεξιότητες. Διατηρούμε, παρόλα αυτά, αυτόν τον όρο στο παρόν κείμενο, παράλληλα με τον όρο δυσλειτουργίες (βλ. Κλεφτάρας, 2003) για να γίνει πιο σαφής η αναφορά σε ομάδες παιδιών με μία εγγενή υστέρηση σε διάφορους ζωτικούς λειτουργικούς τομείς. Ο όρος ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες καλύπτει, από την άλλη, όλο το φάσμα των παιδιών στο οποίο αναφερόμαστε.

γανικές, σωματικές ή διανοητικές και ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες είναι αναμενόμενο να προκαλέσει ανακατατάξεις στο επίπεδο των ψυχικών επενδύσεων και προσδοκιών των γονέων, οδηγώντας αναπόφευκτα την οικογένεια να αναδιοργανώσει τους παλαιούς ή να ανακαλύψει νέους μηχανισμούς αντίδρασης και προσαρμογής απέναντι στην συγκεκριμένη πραγματικότητα (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1987. Seligman, 1999, 2000).

Η κλασική αντίληψη η οποία χαρακτηρίζει επί δεκαετίες την προσέγγιση και τους τύπους επαγγελματικής και ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης στην οικογένεια παιδιών με δυσκολίες ή «αναπηρίες» βασίστηκε στη μη επιστημονικά τεκμηριωμένη πεποίθηση των ειδικών ότι μια εγγενής σοβαρή υστέρηση ή δυσλειτουργία σε βασικούς τομείς της ζωής του παιδιού έχει σοβαρές επιπτώσεις στη λειτουργία της οικογένειας, προκαλώντας ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις που σχετίζονται με τη μη αποδοχή του παιδιού (Cacciato, 2001. Κουρκούτας, 2010. Kourkoutas, Langher, Caldin & Fountoulaki, 2012. Rolland, 2004. Seligman, 1999, 2000). Οι αντιδράσεις θεωρούνταν ότι προκύπτουν από το έντονο «ναρκισσιστικό πλήγμα/τραύμα» και εκφράζονται με τη μη αποδοχή του παιδιού και, κυρίως, με υποσυνείδητες τάσεις απόρριψης, οι οποίες είναι πιθανό να πάρουν και τη μορφή ασυνείδητων επιδιώξεων θανάτου. Η αντίληψη αυτή κυριάρχησε επί πολλά χρόνια και βασίστηκε κυρίως σε μελέτες ατομικών περιπτώσεων, οι οποίες εμφάνιζαν ανάλογα «κλινικά» χαρακτηριστικά (π.χ. «ανεπίλυτο πένθος»), καθώς και στην αντίστοιχη έλλειψη εκτεταμένων και έγκυρων ερευνών σε ευρύτερες ομάδες γονέων παιδιών με χρόνια νοσήματα ή αναπτυξιακές και άλλες διαταραχές (Κουρκούτας, 2010. Rolland, 2004. Selligman & Darling, 2008. Siegel, 2008). Σε αυτή την οπτική υπήρχε μια απλουστευτική και μονοδιάστατη προσέγγιση, αλλά και η ομογενοποίηση των ποικίλων τύπων αντιδράσεων των γονέων.

Τις τελευταίες δεκαετίες άρχισε να μελετάται με πιο συστηματικό τρόπο και να αναδεικνύεται, με βάση εμπειρικά δεδομένα, ο ρόλος της στάσης των γονέων καθώς και ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζονται και διαμορφώνονται η δυναμική και η λειτουργία της οικογένειας όταν εμφανίζεται

ένα παιδί με αναπηρία ή όταν του διαγιγνώσκονται, σε μεγαλύτερη ηλικία, συγκεκριμένες οργανικές ή ψυχοκοινωνικές διαταραχές (συμπεριφορικές, συναισθηματικές, μαθησιακές). Υπάρχουν πλέον ισχυρά δεδομένα που δείχνουν ότι η αποδοχή της αναπηρίας του παιδιού είναι μια μακρόχρονη διαδικασία, αλλά δεν συνδέεται απαραίτητα με παθολογικές αντιδράσεις, σοβαρές οικογενειακές δυσλειτουργίες ή συζυγικές συγκρούσεις και ρήξεις, παρά την ύπαρξη ανάλογων περιπτώσεων (βλ. Κουρκούτας, 2010. Kourkoutas et al., 2012).

Από την άλλη, ένας όλο και μεγαλύτερος αριθμός εμπειρικών μελετών εστιάζουν εδώ και κάποια χρόνια στην επιρροή των γονέων και της οικογενειακής δυναμικής στην ανάπτυξη δυσλειτουργικών ή προβληματικών μορφών συμπεριφοράς και συναισθήματος σε διάφορες ομάδες παιδιών (με ή χωρίς κάποιες εμφανείς ή λανθάνουσες υστερήσεις) (Bruner, 1998. Osofsky & Thompson, 2000). Πρόσφατα αλλά και παλαιότερα δεδομένα δείχνουν ότι ακραία δυσλειτουργικά οικογενειακά περιβάλλοντα συνιστούν τους πλέον σοβαρούς παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι ενδογενούς υστέρησης ή δυσλειτουργίας (Carr, 2001. Garbarino, 1995. L'Abate, 1998. Osofsky & Thompson, 2000). Παιδιά που ζουν σε οικογενειακά πλαίσια στα οποία βιώνουν δυσχερείς και αντίξοες συναισθηματικές εμπειρίες, καθώς και αρνητικές γονικές πρακτικές με συστηματικό και επαναλαμβανόμενο τρόπο, φαίνονται να αδυνατούν να διαμορφώσουν επαρκή εσωτερικά αποθέματα και πρότυπα λειτουργίας, ώστε να αναπτύξουν τις δεξιότητες για να διαχειριστούν κατάλληλα τις κοινωνικές και διαπροσωπικές προκλήσεις (Brunner, 1998. Garbarino, 1995). Ο κίνδυνος είναι ακόμη μεγαλύτερος για παιδιά που εμφανίζουν εγγενείς υστερήσεις ή περιορισμούς σε βασικές αναπτυξιακές και ψυχοδιανοητικές-κοινωνικές λειτουργίες (Cacciato, 2001. Siegel, 2008. Zipper & Simeonsson, 2004).

Τα παιδιά που υπάγονται σε αυτές τις κατηγορίες μπορούν να ταξινομηθούν με τον ακόλου-

θο τρόπο: (α) παιδιά με κίνδυνο ανάπτυξης βιοσωματικών και λειτουργικών υστερήσεων εξαιτίας ιατρικών επιπλοκών και ή άλλων αναπτυξιακών διαταραχών (ενδογενείς παράγοντες κινδύνου) (β) παιδιά με βιοσωματικά και οργανικά προβλήματα με κίνδυνο ανάπτυξης και ψυχοκοινωνικών διαταραχών εξαιτίας περιβαλλοντικών παραγόντων (εξωγενείς επιβαρυντικοί παράγοντες) (γ) παιδιά χωρίς εγγενείς υστερήσεις ή βιοσωματικούς και οργανικούς περιορισμούς, αλλά με κίνδυνο ανάπτυξης ψυχοκοινωνικών και μαθησιακών διαταραχών εξαιτίας ατομικών χαρακτηριστικών και κυρίως οικογενειακών παραμέτρων.

2. Σύγχρονες παρεμβάσεις σε οικογένειες παιδιών με ή χωρίς αναπηρίες και κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρών ψυχοκοινωνικών διαταραχών: θεωρητικό υπόβαθρο

Οι παραδοσιακές οικογενειακές θεραπείες εστιάζονταν κυρίως σε προσεγγίσεις και παρεμβάσεις περιπτώσεων παιδικών και εφηβικών διαταραχών για τις οποίες θεωρούνταν ότι η οικογενειακή δυναμική συνιστούσε βασικό παθογόνο ή καταλυτικό παράγοντα εκδήλωσής τους (π.χ. ψυχογενής ανορεξία, ψύχωση, παραβατικότητα κ.λπ.) (Cacciato, 2001. Carr, 2000). Το αποτέλεσμα ήταν ένας ελάχιστος αριθμός δημοσιευμένων μελετών σε σχέση με τις οικογένειες παιδιών με αναπηρίες και ένας μικρός αριθμός παλαιότερων δημοσιεύσεων για τις συμβουλευτικές ανάγκες αυτών των οικογενειών και τις αντίστοιχες τεχνικές (βλ. Baruth & Burggraf, 1979. Ferguson, 2002. Hornby, 2000. Siegel, 2008).

Οι ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις της αναπηρίας έδιναν κυρίως έμφαση στο «ανεπίλυτο πένθος» και στο «ναρκισσιστικό τραύμα», εστιάζοντας στην ανάδειξη της παθολογίας των γονέων και καταλήγοντας συχνά σε μια κανονική οικογενειακή ή θεραπεία ζευγους, ανάλογα με το είδος της διαγνωσμένης διαταραχής, την προσωπικότητα των γονέων, καθώς και τις ικανότητες «με-

ταβίβασης και «δέσμευσης» στη «θεραπευτική συμμαχία» (Schelles, 2007).

Ένα μεγάλο φάσμα ηπιότερων προβλημάτων καθώς και άμεσων συμβουλευτικών αναγκών γονέων δεν εξυπηρετούνταν, ενώ δεν υπήρχαν σαφή ερευνητικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων και, κυρίως, για τις κατηγορίες γονέων στις οποίες απευθύνονταν. Εκτός αυτού, στις προηγούμενες δεκαετίες δεν είχαν αναπτυχθεί επαρκή ερευνητικά μοντέλα (π.χ. μοντέλο παραγόντων κινδύνου) που να διασφαλίζουν ευρύτερη και εγκυρότερη οπτική στην ανάλυση της οικογενειακής δυναμικής και των παιδικών διαταραχών-δυσλειτουργιών που συνδέονται με την αναπηρία και στη συνεργασία με τους ειδικούς (βλ. Cobb, 1992).

Το «ψυχοπαθολογικό» μοντέλο κυριαρχούσε, παρομοίως, και σε επίπεδο άλλων επαγγελματιών και κοινωνικών υπηρεσιών που έδιναν έμφαση στην οπτική της «υστέρησης» και της «ασθένειας» για τα παιδιά με αναπηρίες (Ferguson, 2000), ενώ η αξιολόγηση της λειτουργίας της οικογένειας δεν γινόταν με έγκυρο τρόπο (Singer, 2002). Το αποτέλεσμα ήταν να επιβάλλεται ευρέως το «μοντέλο του ειδικού» που εφαρμόζε εξειδικευμένα προγράμματα, ενώ οι γονείς ήταν αποκλεισμένοι από τις κάθε είδους θεραπευτικές διαδικασίες που αφορούσαν το παιδί (Turnbull et al., 2006). Εκτεταμένες και πιο έγκυρες έρευνες πάνω στην πραγματικότητα των γονέων (π.χ. η ανάδειξη θετικών τρόπων λειτουργίας, ανακάλυψης νέων αξιών μέσα από τη αναπηρία του παιδιού⁴), καθώς και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων οδήγησαν στην υιοθέτηση των ομαδοσυνεργατικών διεπιστημονικών μοντέλων και στην εμπλοκή των γονέων ως ισότιμων θεραπευτών (partners), χωρίς να παραγνωρίζονται οι ιδιαίτερες συναισθηματικές ανάγκες και οι ενδεχόμενες επιπτώσεις της αναπηρίας στη λειτουργία και δυναμική της οικογένειας (Dunst & Trivette, 1996. Fish, 2002. Seligman, 2000. Seligman & Darling, 2008. Turnbull, Turnbull, & Turnbull, 2000).

3. Πέρα από το πρίσμα της κλασικής ερμηνείας των θετικών αντιδράσεων ως απόρροια αμυντικών μηχανισμών.

Σε επίπεδο κλινικών παρεμβάσεων αναπτύχθηκαν νέα «συνθετικά» μοντέλα παρέμβασης στην οικογένεια, τα οποία βασίζονται πλέον σε έγκυρα εμπειρικά δεδομένα αναφορικά με τη δυναμική της οικογένειας παιδιών με αναπηρία και τους ενδοοικογενειακούς αλλά και εξωγενείς προστατευτικούς ή επιβαρυντικούς παράγοντες, τα δεδομένα της αναπτυξιακής ψυχολογίας και των ερευνών πάνω στην ψυχική ανθεκτικότητα (resilience) και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους, ενσωματώνοντας μια σειρά διαφορετικών θεωρητικών και κλινικών προσεγγίσεων/τεχνικών (Carr, 2000. Κουρκούτας, 2008. Matthejat, 2001). Ενδεικτικά αναφέρουμε το «συνθετικό θεραπευτικό μοντέλο» του Gonthenthal (2005), το οποίο ενσωματώνει ψυχοδυναμικές και συμπεριφορικές τεχνικές προσεγγίσεις, καθώς και τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης και την «οικογενειακή θεραπεία πλαισίου» (contextual family therapy) του Boszormenyi-Nagy. Παρομοίως, το οικοσυστημικό οικογενειακό μοντέλο των Dishion και Stormshak (2007), το οποίο στηρίζεται επίσης σε ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης ενσωματώνοντας διάφορες τεχνικές της θεραπείας σε οικογένειες με κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών στα μέλη της, καθώς και στην πολυσυστημική θεραπεία του Henggeler που απευθύνεται σε οικογένειες παραβατών εφήβων και στηρίζεται σε διάφορα μοντέλα εστιασμένα στη δυναμική της οικογένειας και στο βασικό κοινωνικό πλαίσιο των εφήβων, ενώ οι παρεμβάσεις γίνονται στο σχολείο και κυρίως στο σπίτι (Henggeler et al., 1998).

Αντίθετα, τα αμιγή συμπεριφορικά μοντέλα λειτουργούν με στόχο την εκπαίδευση των γονέων σε βασικές γονικές δεξιότητες. Χρησιμοποιούν «εγχειριδιακού» τύπου φιλοσοφία και αποκλειστικά συμπεριφορικές τεχνικές, ενώ δεν εστιάζονται στις συναισθηματικές επενδύσεις και στην ανάπτυξη του εγγενούς δυναμικού της οικογένειας, με την έννοια της συνεχούς επεξεργασίας των συναισθηματικών αναγκών, των προβλημάτων ή των αναδυόμενων κρίσεων στις σχέσεις μεταξύ των μελών και με τον έξω κόσμο. Ως προς τις τεχνικές οι οποίες αφορούν συνήθως προβλήματα συμπεριφοράς, αυτές εμπλουτίζο-

νται συχνά και από άλλες προσεγγίσεις (π.χ. κοινωνική μάθηση), και φαίνεται να είναι αποτελεσματικές παρά τους ενδεχόμενους περιορισμούς στις έρευνες αξιολόγησης (π.χ. απουσία αξιολόγησης σε πραγματικές κλινικές συνθήκες, υπερβολικά ομογενοποιημένες πειραματικές ομάδες κ.λπ.) (Kazdin, 2005).

Άλλα σύγχρονα μοντέλα παρέμβασης σε οικογένειες παιδιών με αναπηρία και παιδιών με υψηλό βαθμό επικινδυνότητας εκδήλωσης ψυχοκοινωνικών διαταραχών που υιοθετούν ολιστικές προσεγγίσεις είναι αυτά του Bromwich (1997), του Drotar (2006) για παιδιά με χρόνια νοσήματα, ενώ η «οικολογική» προσέγγιση των παιδικών δυσκολιών/διαταραχών στηρίζεται σε ισχυρά ερευνητικά δεδομένα και ολοκληρωμένα θεωρητικά μοντέλα (Sameroff & Gutmann, 2004).

Συνοπτικά, οι βασικές και κάποιες επιμέρους αρχές των νέων μοντέλων παρέμβασης, οι οποίες, σε επίπεδο φιλοσοφίας, συνιστούν σύνθεση της ψυχαναλυτικής θεωρίας των αντικειμενότροπων σχέσεων, της θεωρίας του δεσμού, της θεωρίας της ψυχικής ανθεκτικότητας-ενδυνάμωσης (resilient/empowerment perspective), αλλά και των συστημικών αλληλεπιδραστικών και διαπροσωπικών μοντέλων, μπορούν να συνοψιστούν ως ακολούθως (βλ. Block & Block, 2007. Bromwich, 1997. Emde & Robinson, 2000. Gallimore et al., 1993. Gilkerson & Stott, 2000. Hart, Blincow, & Thomas 2007. Horn, 2000. Rolland, 1994. Sameroff, 2000. Sameroff & Gutmann, 2004. Wachtel, 2008. Walsh, 2006):

- Επιχειρείται μια οικολογική προσέγγιση στο σχεδιασμό των παρεμβάσεων και η υιοθέτηση του μοντέλου παραγόντων κινδύνου και ψυχικής ενδυνάμωσης των μελών ξεχωριστά και της οικογένειας συνολικά.
- Οι σχέσεις εξετάζονται ως βασικός οργανωτής (organizer) και ως βάση για την παρέμβαση καθώς και για το περιεχόμενο της παρέμβασης.
- Η οπτική στην παρέμβαση παραμένει εστιασμένη στην οικογένεια και στο εγγύτερο κοινωνικό και σχολικό περιβάλλον του παιδιού, η εμπλοκή των γονέων είναι απαραίτητη, χωρίς αυτό να οδηγεί απαραίτητα σε μια κλασική οι-

κογενειακή ψυχοθεραπεία, ενώ ακόμη και στις ατομικές συνεδρίες η οικογενειακή οπτική του θεραπευτή φαίνεται να είναι σημαντική και αποδοτική, ανεξάρτητα από τη συμμετοχή των γονέων στη συνεδρία, ιδιαίτερα για παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς ή με συναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές διαταραχές (Kazdin, 2000).

- Το είδος της παρέμβασης και σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων/χαρακτηριστικών (ατομικών, γονικών, οικογενειακών) σε διάφορα επίπεδα (είδος, σοβαρότητα και έκταση της αναπηρίας, βαθμός συνολικότερης ατομικής δυσλειτουργίας, δευτερογενείς ψυχοκοινωνικές διαταραχές, ατομικές και γονικές δεξιότητες, ψυχοκοινωνικά/γνωστικά χαρακτηριστικά του παιδιού και των γονέων, οικογενειακή δομή, οργάνωση, ενδοοικογενειακή επικοινωνία, σχέσεις, συναισθηματικό κλίμα κ.λπ.).
- Η οπτική της οικογενειακής προσέγγισης είναι ψυχοδυναμική και η αξιολόγηση των ατομικών δεξιοτήτων, των γονικών δεξιοτήτων και της οικογενειακής δυναμικής μπορεί να γίνει μέσα από τη συνδυαστική χρήση σταθμισμένων διαγνωστικών κλιμάκων και κλινικής παρατήρησης (δυναμική αξιολόγηση).
- Δίνεται έμφαση στις σχέσεις/αλληλεπιδράσεις γονέων και παιδιών, και στην εμπλοκή και ισότιμη συνεργασία στη θεραπεία με τους γονείς. Οι γονείς θεωρείται ότι είναι οι βασικοί παιδαγωγοί/εκπαιδευτές του παιδιού τους και συνεπώς πρέπει να επανακτήσουν τον ουσιαστικό τους ρόλο.
- Χαρακτηριστικές είναι η αποφυγή επικριτικής στάσης, η ανάδειξη των γονικών δυσλειτουργιών μέσα από το πρίσμα μιας οικολογικής/συστημικής προσέγγισης και όχι ως ατομικό λάθος, η ανάδειξη αντιφάσεων μεταξύ λογικής και συναισθήματος και των βαθύτερων συναισθηματικών εντάσεων (φόβων, άγχους, αντιφατικών πεποιθήσεων) που «βραχυκυκλώνουν» τις στάσεις των γονέων ή δημιουργούν εντάσεις μεταξύ τους.
- Έμφαση δίνεται στη θεραπευτική σχέση ως καταλυτικού παράγοντα ενίσχυσης της εμπι-

στοσύνης της οικογένειας στον εαυτό της και της τροποποίησης/βελτίωσης των προτύπων σχέσεων που λειτουργούν στο οικογενειακό πλαίσιο.

- Σημαντικές θεωρούνται η θεραπευτική συμμαχία και η βασική σχέση εμπιστοσύνης ως κύρια πηγή ανάδειξης και ιδίως επεξεργασίας των προβλημάτων κρίσεων, αντιφάσεων, συγκρούσεων και δυσλειτουργιών της οικογένειας και των παιδιών.
- Η ψυχοθεραπευτική εργασία έχει διαχρονικό χαρακτήρα και η σχέση με τους γονείς πρέπει να παραμένει ανοιχτή για ενδεχόμενες μελλοντικές φάσεις κρίσης, ενώ οι θετικές εμπειρίες «θεραπευτικής δουλειάς» φαίνεται να συνιστούν τα καλύτερα εχέγγυα για τη μελλοντική επανασύνδεση.
- Πραγματοποιείται συνδυασμός ατομικών και οικογενειακών παρεμβάσεων (Wachtel & Wachtel, 1986) και υπάρχει ευελιξία στην εφαρμογή των τεχνικών, στη μορφή, στον αριθμό και στο χρόνο των συναντήσεων.
- Υπάρχει εποπτεία και συνεχής επεξεργασία των δεδομένων και της προόδου της παρέμβασης από εξωτερικούς συνεργάτες, αλλά και των τεχνικών δυσκολιών που πιθανώς προκύπτουν.
- Γίνεται χρήση της διεπιστημονικότητας, συνεργασία και με άλλους επαγγελματίες και συντονισμός των δράσεων
- έμφαση στα ποιοτικά χαρακτηριστικά της γονικής φροντίδας και τις γονικές στάσεις (συναισθηματική επάρκεια-κάλυψη, δομημένο περιβάλλον) και στην ενίσχυση της εμπλοκής και των ικανότητες ανάπτυξης δεσμών/σχέσεων και εποπτείας των γονέων μέσα από την επίλυση βασικών εσωτερικών συγκρούσεων
- Εφαρμόζονται συμβουλευτικές τεχνικές για την επίλυση επιμέρους ζητημάτων διαχείρισης της καθημερινότητας και την εποπτεία των συμπεριφορών των παιδιών, των σχέσεων με τους επαγγελματίες, τον κοινωνικό περίγυρο, τους εκπαιδευτικούς.
- Πραγματοποιούνται συμβουλευτικές ενημερωτικές παρεμβάσεις σε εκπαιδευτικούς όταν αυτό είναι απαραίτητο.

Άλλη βασική μεθοδολογική αρχή για το σχεδιασμό των παρεμβάσεων που επιδιώκουν να έχουν ολιστικό χαρακτήρα είναι ότι πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όλους τους παράγοντες που υπεισέρχονται στην έκλυση, διατήρηση ή επιδείνωση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών, στάσεων ή μηχανισμών άμυνας και αντίδρασης/διαχείρισης (coping strategies) σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο (Carr, 2001. Dishion & Stormashak, 2007. Drotar, 2006. Fraser, 2004).

Η γέννηση ενός παιδιού με σοβαρές ή και ήπιες αναπηρίες/υστερήσεις επηρεάζει τη δυναμική της οικογένειας προς θετικές ή αρνητικές κατευθύνσεις, ενώ η ποιότητα, η ένταση και το είδος των αντιδράσεων εξαρτώνται από μια σειρά παραγόντων, όπως είναι, μεταξύ άλλων, η βαρύτητα της «αναπηρίας» και των δυσλειτουργιών του παιδιού, η ορατότητα αυτών των δυσλειτουργιών, οι συνολικές δεξιότητες και προσωπικότητα του παιδιού, η δομή, οργάνωση και δυναμική της οικογένειας σε επίπεδο συναισθηματικών δεσμών και επικοινωνίας, η σχέση του ζεύγους, καθώς και οι ικανότητες διαχείρισης κρίσεων και επίλυσης προβλημάτων, ενώ και μια πληθώρα εξωγενών παραγόντων (ευρύτερη οικογένεια, κοινωνικά δίκτυα/φορείς, δομές κοινωνικής ή ψυχοπαιδαγωγικής στήριξης του παιδιού, κοινωνικές υπηρεσίες) υπεισέρχονται με επιβαρυντικό ή προστατευτικό τρόπο (Carr, 2001. Dumas et al., 1991. Seligman, 2000. Woolfson, 2004, 2005).

Οι θεραπευτές της οικοσυστημικής προσέγγισης δεν μπορούν να παρέμβουν με δραστικό τρόπο σε όλες αυτές τις δομές, αλλά μπορούν να διατηρούν ενεργητικό ρόλο –στις πρώτες τουλάχιστον φάσεις– κατευθύνοντας την οικογένεια και στηρίζοντας τις πρωτοβουλίες της ή ενημερώνοντας για τις απαραίτητες εξειδικευμένες υπηρεσίες στις οποίες πρέπει να απευθυνθεί (Bromwich, 1997. Dishion & Stormashak, 2007). Παράλληλα, οι θεραπευτές στις αρχικές φάσεις οφείλουν να αναγνωρίσουν και βέβαια να ελέγξουν τις δικές τους αντιδράσεις (άγχη, αρνητικές προδιαθέσεις προς τους γονείς) (Godfriend, 1999) και να επεξεργαστούν τις αντιφατικές συναισθηματικές αντιδράσεις που προκύπτουν από τις ιδιαιτερότητες των διαταραχών του παιδιού ή από κάποι-

ες πεποιθήσεις για την ευθύνη των γονέων στη δημιουργία της αναπηρίας/δυσλειτουργίας (βλ. π.χ. παλαιότερες ψυχαναλυτικές αντιλήψεις για την έκλυση του αυτισμού ως αποτέλεσμα της στάσης «ψυχρών μητέρων»). Η πρώιμη υποστηρικτική εποπτεία των γονέων πρέπει επομένως να βασιστεί σε μια αντικειμενική και συνολική αξιολόγηση/αποτίμηση της οικογενειακής δυναμικής, των (ενδογενών/εξωγενών) παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών μηχανισμών, αλλά και των κοινωνικών υπηρεσιών στις οποίες οι γονείς πρέπει να καταφύγουν για ζητήματα που αφορούν την υγειονομική ασφάλιση και περίθαλψη, τις δευτερογενείς θεραπευτικές παρεμβάσεις (λογοθεραπεία, φυσικοθεραπεία) κ.λπ. (Singer, 2002. Turnbull et al., 2006).

Σε κάθε περίπτωση, η αποδοχή της «αναπηρίας»/διαταραχής (οργανικής, διανοητικής, ψυχοσυναισθηματικής) του παιδιού και, προπάντων, ο «απεγκλωβισμός» των γονέων από ένα σύστημα ενοχών και αλληλοκατηγοριών συνιστούν από τις βασικές παραμέτρους των πρώιμων εστιασμένων στην οικογένεια παρεμβάσεων (Brooks-Gunn, Berlin, & Fuligni, 2000. Caldin, 2008. Roland, 2004). Η αντιμετώπιση των καταστάσεων κρίσης στις πρώιμες φάσεις της διάγνωσης και της διαδικασίας συνειδητοποίησης της πραγματικότητας της «υστέρησης» του παιδιού απαιτεί συχνά τη συμβουλευτική υποστήριξη των γονέων, ανεξάρτητα από τους ψυχικούς πόρους, την προσωπικότητά τους ή τη δομή και την οργάνωση της οικογένειας, σε μια οπτική συνεργασίας και σεβασμού των δυσλειτουργιών και των συναισθηματικών αντιδράσεων/αδυναμιών των μελών της (Κοντοπούλου, 2004. Kourkoutas, 2009. Νησιώτου-Μαντέλου, 2009. Roland, 1994. Seligman & Darling, 2008. Ysseldyke & Algozzine, 2006).

Παράλληλα, στόχος των περισσότερων εστιασμένων στην οικογένεια ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων είναι να βοηθηθεί η οικογένεια να ξεπεράσει, σε πρώτη φάση, τις ποικίλες καθημερινές και πρακτικές αντιξοότητες, οι οποίες διογκώνονται από ήδη υπάρχουσες «προβληματικές» δομές και δυσλειτουργικά πρότυπα επικοινωνίας, καθώς και από αμφιθυμικούς και ανταγωνιστικούς τρόπους σύνδεσης μεταξύ των με-

λών ή ακόμη από ένα συγκρουσιακό και μη σταθερό συναισθηματικό κλίμα (Bromwich, 1997. Roland, 1994). Οι ανάγκες της οικογένειας ποικίλουν, γι' αυτό και η αξιολόγηση των ψυχικών πόρων και των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών, αλλά και των ιδιαίτερων αναγκών και δυσλειτουργιών της είναι απαραίτητο να γίνει με τον πιο αξιόπιστο τρόπο (Hornby, 1995. Seligman & Darling, 2008. Singer, 2002. Walsh, 2006).

Η διερεύνηση των αντιδράσεων των γονέων απέναντι σε μια σοβαρή υστέρηση/δυσλειτουργία του παιδιού τους πρέπει να γίνεται στο πλαίσιο μιας διαχρονικής και δυναμικής εξελικτικής οπτικής και να βασίζεται σε πολλές πηγές (πατέρας, μητέρα, παιδί, συγγενείς, εκπαιδευτικοί, φίλοι), καθώς και σε ποικιλία τεχνικών (συνεντεύξεις, άτυπες συναντήσεις, κλίμακες αξιολόγησης κ.λπ.) (Chaney et al., 1997).

3. Ζητήματα οργάνωσης και τεχνικής των οικογενειακών παρεμβάσεων σε μια ψυχοδυναμική οικοσυστημική οπτική

Ο Adamson (1979) υποστήριξε ένα μοντέλο παρέμβασης στις οικογένειες το οποίο χαρακτηρίζεται από τρεις φάσεις ή διαστάσεις και το οποίο φαίνεται να συνιστά ένα σημαντικό πλαίσιο για τη διαμόρφωση της συμβουλευτικής και ψυχοθεραπευτικής στρατηγικής απέναντι σε αυτές τις οικογένειες (βλ. Cobb, 1992: 493). Οι φάσεις αυτές έχουν χρονικό χαρακτήρα και συνιστούν σαφή στάδια οργάνωσης της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης αλλά και χαρακτηριστικές διαστάσεις, που μπορεί να συμβαίνουν χωρίς σταθερή αλληλοδιαδοχή, εξαρτώμενες από μια σειρά εξωγενών και ενδογενών προς την οικογένεια παραγόντων και από τη διαφορετική κάθε φορά δυναμική της εργασίας με τους γονείς (Carr, 2009. Cobb, 1992).

Η πρώτη φάση/διάσταση, η «εκπαιδευτική συμβουλευτική», αφορά τους γονείς και εστιάζει στην ενημέρωση και επεξεργασία ζητημάτων γύρω από την οργάνωση του σπιτιού και της καθημερινότητας, αλλά και τη δόμηση του ωρολόγιου προγράμματος του παιδιού και τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς θα διαχειριστούν και θα επιβά-

λουν τις διάφορες «ρουτίνες» που έχουν «οργανωτικό» χαρακτήρα, ειδικά για παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές αλλά και για παιδιά με χρόνια νοσήματα, που χρειάζονται σαφείς περιορισμούς και οριοθετημένα περιβάλλοντα (Drotar, 2006). Οι πρώιμες αυτές δυσκολίες και απαιτήσεις ανατροφής σε όλα τα επίπεδα και ο τρόπος διαχείρισής τους από τους γονείς καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό το αρχικό πλαίσιο διαπαιδαγώγησης των παιδιών και την ποιότητα των μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σε αυτή τη φάση, επομένως, απώτερος σκοπός της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης είναι η συμβουλευτική πλαισίωση, σε διάφορα επίπεδα, της συμβολικής και πραγματικής οργάνωσης της καθημερινότητας των γονέων, οι οποίοι πιθανόν να βρίσκονται σε κατάσταση μεγάλου άγχους και αποπροσανατολισμού. Οι θεραπευτικοί χειρισμοί συνίστανται στο να απαντούν σε συγκριμένα ερωτήματα, αιτήματα ή άγχη με σταθερό και αποφασιστικό τρόπο, χωρίς να θέτουν ζητήματα βαθύτερης «ψυχικής λειτουργίας», τα οποία οι γονείς ή η οικογένεια δεν είναι ακόμη σε θέση να διαχειριστούν ή να αντιμετωπίσουν. Η διαπραγμάτευση και διαχείριση των «πρακτικών ζητημάτων», και του άγχους που τα συνοδεύει, βοηθά την οικογένεια να αντεπεξέλθει σε μια κατάσταση «χάους» και σύγχυσης», όπως αυτή περιγράφεται συχνά από τους γονείς σε μετέπειτα φάσεις της παρέμβασης (Bromwich, 1997. Drotar, 2006. Seligman & Darling, 2008). Ενδεικτικά αναφέρουμε δεδομένα που δείχνουν ότι σε γονείς παιδιών με σύνδρομο Down εντοπίστηκαν πολύ περισσότερο άγχος και δυσλειτουργίες αναφορικά με την επιτέλεση του γονικού ρόλου στις πρώτες φάσεις ανατροφής, δυσλειτουργίες οι οποίες εκδηλωνόταν με αισθήματα ανικανότητας, κατάθλιψης και προβλήματα υγείας (Roach, Orsmond, & Barratt, 1999). Επιπροσθέτως, οι μητέρες αυτών των παιδιών δήλωναν ότι αισθάνονται μεγαλύτερη ευθύνη στην ανατροφή τους, αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες σε σχέση με την υγεία των παιδιών τους, ένιωθαν αδυναμία να εκπληρώσουν το γονικό τους ρόλο και είχαν δυσκολίες στη διαχείριση της καθημερινότητας του παιδιού τους (Roach et al., 1999).

Πολλές φορές, λόγω των προβλημάτων και της ακαταλληλότητας των δομών που σχετίζονται με τις υπηρεσίες για το παιδί (απουσία ειδικών σε ζωτικούς τομείς για τη βιοσωματική και λειτουργική αποκατάστασή του, «απόρσωσης» γραφειοκρατικές ή εξαιρετικά κρατικοποιημένες δομές και θεσμοί: ιατρικά κέντρα, νοσοκομεία, ασφαλιστικά ταμεία, σχολικές μονάδες, κέντρα αποκατάστασης κ.λπ.), οι γονείς βιώνουν συσσωρευμένα αρνητικά συναισθήματα τα οποία διαταράσσουν όλη την ψυχική λειτουργία της οικογένειας (βλ. Kourkoutas et al., 2012. Νότας, 2006).

Σε αυτή τη διάσταση/φάση της εργασίας, και στο βαθμό που οι γονείς μπορεί να βιώνουν έντονα αλλά μη λεκτικοποιημένα συναισθήματα ενοχής, θλίψης, θυμού και κυρίως αναξιοσύνης, είναι πολύ σημαντικό να βοηθηθούν μέσα από αυτή την πλαισίωση να παραμείνουν εστιασμένοι στις απαιτήσεις της καθημερινής πραγματικότητας. Παράλληλα, το ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο λειτουργεί ως ένας «ενδιάμεσος μεταβατικός χώρος» (transitional space, βλ. Winnicott, 1997) ανάμεσα στην κοινωνική πραγματικότητα και στην πραγματικότητα του παιδιού, ένας «προστατευμένος» χώρος «υποδοχής» των εντάσεων και «καταφύγιο των επώδυνων συναισθημάτων». Σε αυτή την πρώτη φάση ενδυνάμωσης της σχέσης με τους γονείς, φάση επικίνδυνη για εγκατάλειψη της συμβουλευτικής λόγω των συσσωρευμένων ματαιώσεων, οι ψυχοθεραπευτές καλούνται να ισοροπήσουν ανάμεσα στην έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων και της συμβουλευτικής υποστήριξης σε πρακτικά ζητήματα. Οι ίδιοι συχνά είναι αναγκαίο, και σε αυτή τη φάση, να διαχειριστούν τις αντιδράσεις των γονέων απέναντι στους άλλους επαγγελματίες ειδικούς, καθώς και την αδυναμία τους να αναγνωρίσουν με σαφή τρόπο τα οφέλη της ψυχοθεραπευτικής υποστήριξης (Cobb, 1992). Επιπρόσθετα χρειάζεται να αποδεχθούν ως ένα βαθμό τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες των γονέων, τις ενδεχόμενες «φανταστικές προβολές» στο μέλλον αναφορικά με τις δυνατότητες και την εξέλιξη του παιδιού τους, και συγχρόνως να επεξεργαστούν τις υπερβολικές απαιτήσεις των γονέων από το παιδί τους στην παρούσα φάση. Η εστίαση στο «εδώ

και τώρα» κατά τις αρχικές φάσεις της ψυχοθεραπευτικής συμβουλευτικής φαίνεται να είναι απαραίτητη (Bromwich, 1997). Η έμφαση σε συγκεκριμένες πρακτικές συμβουλές έχει στόχο να επιτρέψει στους γονείς να «ανακτήσουν» τον αυτοέλεγχο της «γονικής τους δεξιότητας/κυριαρχίας» με θετικό τρόπο και, κυρίως, να αποφύγουν να εισέλθουν σε ένα φαύλο κύκλο αμοιβαίων ματαιώσεων/συγκρούσεων με το παιδί και τον περιγύρο. Είναι σημαντικό επομένως να βοηθηθούν να διαχειριστούν ή να αποφύγουν τη συσσώρευση αρνητικών και τραυματικών εμπειριών στην αλληλεπίδρασή τους με διάφορες υπηρεσίες και με την κοινωνική πραγματικότητα, αλλά κυρίως με το ίδιο το παιδί, και επιπλέον να «αντέξουν» συναισθηματικά τις ματαιώσεις που αυτό μπορεί να βιώνει. Οι θεραπευτές πρέπει να βοηθήσουν τους γονείς να απεμπλακούν από το φαύλο κύκλο της ανεπάρκειας (Cobb, 1992: 492) και της ενίσχυσης των δυσλειτουργιών των παιδιών, αλλά και της αδυναμίας θέσπισης ορίων. Το ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο σε αυτή τη φάση λειτουργεί ως μέσο «εποπτικής πλαισίωσης» των γονέων, ενώ οι θεραπευτές πρέπει να φανούν «επαρκείς» και να μην εγκλωβιστούν σε αρνητικές αντιδράσεις εξαιτίας της επιθυμίας τους για άμεσα αποτελέσματα και της αδυναμίας των γονέων να λειτουργήσουν με κατάλληλο και αποφασιστικό τρόπο απέναντι στο παιδί. Παράλληλα, μπορούν διακριτικά να επεξεργάζονται ως ένα βαθμό, με βάση τις ανάγκες των γονέων που λειτουργούν ως κατευθυντήριες γραμμές, ζητήματα βαθύτερου άγχους και προσωπικών ματαιώσεων, κάνοντας αναφορά και λεκτικοποιώντας τις ενδεχόμενες συναισθηματικές εντάσεις, τις συγκρούσεις ή τα αμφιθυμικά συναισθήματα που μπορεί να νιώθουν οι γονείς ο ένας απέναντι στον άλλο ή απέναντι στο παιδί, αφήνοντας μια ανοιχτή πόρτα εισόδου (port of entry) σε βαθύτερες διεργασίες για τις επόμενες φάσεις της θεραπευτικής παρέμβασης (Cobb, 1992). Οι γονείς σε αυτή τη φάση είναι σημαντικό να μην εγκλωβιστούν σε ακατάλληλες συμπεριφορές, όπως η υπερπροστασία, η αδυναμία θέσπισης ορίων, η υπέρμετρη καταστολή των μη αποδεκτών ενεργειών του παιδιού, οι αγχωτικές και υπερβολικές αντιδράσεις

σε κάθε παρέκκλιση. Στόχος είναι να ελεγχθούν οι κρίσεις και κυρίως να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο αλληλεπίδρασης με το παιδί στο οποίο οι γονείς θα είναι οι κύριοι υπεύθυνοι και θα αυτοί που θα λαμβάνουν τις αποφάσεις, ανακτώντας την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Παράλληλα, πρέπει να αρχίσουν να συνειδητοποιούν ότι πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα σχετίζονται με ζητήματα γενικότερης ανατροφής των παιδιών. Είναι ενδεικτικό ότι οι γονείς των παιδιών με σύνδρομο ΔΕΠ-Υ αναφέρουν υψηλά ποσοστά άγχους στη διαχείριση της καθημερινότητας και στις απαιτήσεις της ανατροφής τους, ενώ συγχρόνως έχουν μειωμένη αίσθηση του γονικού τους ρόλου και γενικότερα των γονικών τους δεξιοτήτων (βλ. Johnston, 1996). Από την άλλη, στις οικογένειες αυτές παρατηρείται συχνά η ανάπτυξη αρνητικών ή τιμωρητικών και επιπληκτικών στάσεων και γενικότερα η εφαρμογή ακατάλληλων παιδαγωγικών μεθόδων για τη διαχείριση της παρορμητικότητας των παιδιών (Carr, 2001).

Επιπλέον, οι γονείς θορυβούνται και αγχώνονται υπερβολικά από τις αποκλίνουσες (θεωρούμενες μη φυσιολογικές) τάσεις των παιδιών. Συχνά μάλιστα επικεντρώνονται στις αρνητικές, διασπαστικές συμπεριφορές τους, προσπαθώντας με διάφορους τρόπους να τις τροποποιήσουν, με αποτέλεσμα να εγκλωβίζονται σε αρνητικές αλληλεπιδράσεις που επιδεινώνουν τα αρνητικά πρότυπα αλληλεπίδρασης και συμπεριφοράς, αυξάνοντας το άγχος των παιδιών. Απορροφημένοι δε από την προσπάθεια διαχείρισης των προβληματικών συμπεριφορών, είναι πιθανό να παραμελούν τις συναισθηματικές ανάγκες των άλλων παιδιών. Η οικογενειακή ψυχοθεραπευτική παρέμβαση οφείλει να αναγνωρίζει τις συγκεκριμένες διαστάσεις της λειτουργίας της οικογένειας και να ενισχύει την ισοροπημένη ανάληψη των ευθυνών (MacDonald, 2004). Σε κάποιες περιπτώσεις διαταραχών (π.χ. αυτισμός) οι γονείς αδυνατούν να αναγνωρίσουν και να επικυρώσουν τη θετική πρόοδο των παιδιών τους. Τα ευρήματα αυτά προκύπτουν και από κλινικές παρεμβάσεις, αλλά και από προγράμματα παρέμβασης που περιλάμβαναν την προβολή βιντεοσκοπημέ-

νων δράσεων των αυτιστικών παιδιών, στις οποίες οι γονείς αδυνατούσαν να ανιχνεύσουν, κατά τη διάρκεια των συνεδριών με τους ειδικούς, τα θετικά στοιχεία και την πρόοδο στις συμπεριφορές των παιδιών τους (Kourkoutas et al., 2012. MacDonald, 2004., 2008).

Η εποπτική συμβουλευτική επιδιώκει να υποστηρίξει τους γονείς να απεγκλωβιστούν από δυσλειτουργικές πρακτικές ανατροφής, να δομήσουν την καθημερινότητα του παιδιού και της οικογένειας, και να επανακτήσουν τη συναισθηματική ομοιοστασία, ενισχύοντας μέσα από αυτά την αίσθηση της γονικής επάρκειας και την ανάκαμψη των θετικών και δυναμικών χαρακτηριστικών πλευρών του παιδιού που υστερεί (Kourkoutas, 2000a. Sinanson, 1999).

Οι θεραπευτές χρειάζεται να είναι αποφασιστικοί, διακριτικοί, μη παραισθητικοί και να αποφεύγουν τη «βία» των εύκολων ερμηνειών και των έμμεσων επικρίσεων, κυρίως αυτών που έχουν να κάνουν με ενδείξεις «μη συναισθηματικής αποδοχής» του παιδιού. Οι γονείς είναι πολύ εύκολο να «τραυματιστούν» συναισθηματικά. Συγχρόνως, σε αυτή τη φάση πριν από την εγκατάσταση της θεραπευτικής εμπιστοσύνης, είναι δύσκολο να προχωρήσει κανείς σε βαθύτερες ψυχοθεραπευτικές διεργασίες, εφόσον κάτι τέτοιο δεν είναι συχνά το ζητούμενο ούτε από τους ίδιους τους γονείς. Η σταθερότητα και συναισθηματική αποδοχή, η επικρότηση, η ενίσχυση και η υποστήριξη των γονέων συνιστούν σημαντικό θεραπευτικό χειρισμό στο μέτρο που κάτι τέτοιο συμβάλλει στην εγκατάσταση μιας σχέσης εμπιστοσύνης και μιας πρώτης θετικής μεταβίβασης στο πλαίσιο και στο πρόσωπο των θεραπευτών.

Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι οι γονείς αναπτύσσουν μια σειρά στάσεων και συμπεριφορών για να ελέγξουν τις συναισθηματικές εντάσεις και ματαιώσεις που μπορεί να συνδέονται με παρατεταμένα προβλήματα των παιδιών τους, είτε αυτά προέρχονται από υστερήσεις των ίδιων των παιδιών, είτε από κοινωνικές δυσλειτουργίες, είτε από προσωπικούς παράγοντες των ίδιων των γονέων (π.χ. αντιλήψεις για την ασθένεια, ψυχολογικά προβλήματα των γονέων, εργασιακά προβλήματα κ.λπ.) (Seligman, 1999. Sinanson, 1999).

Σε αυτή την πρώτη φάση της εργασίας είναι σημαντικό οι θεραπευτές να μην «αποδομούν» τους αμυντικούς μηχανισμούς και τις στρατηγικές διαχείρισης της οικογένειας, ενώ παράλληλα είναι αναγκαίο να «ανέχονται» και να «αντέχουν» τις αγχώδεις «παθολογικές εξάρσεις» και τις καταθλιπτικές αμφιθυμικές εξαρτήσεις (π.χ. τάσεις υπερβολικής προσκόλλησης στο θεραπευτή, υπερβολικές/αγχώδεις απαιτήσεις, αναζήτηση βοήθειας εκτός ραντεβού, υπερβολική εμμονή σε ορισμένα θέματα, μη αποδοχή των συμβουλευτικών κατευθύνσεων σε διάφορα ζητήματα ανατροφής, κ.λπ.) (Cobb, 1992. Κουρκούτας, 2000α, 2010). Χαρακτηριστικό είναι επίσης το παράδειγμα των επιθετικών και συγκρουσιακών τάσεων που αναπτύσσουν πολλοί γονείς απέναντι σε ειδικούς ή και δομές (π.χ. σχολικές μονάδες, σχολικοί σύμβουλοι κ.λπ.). Η τάση των γονέων να κατηγορούν τους άλλους έχει επισημανθεί ως μηχανισμός άμυνας για τη διαχείριση των ενοχών που βιώνουν (Seligman, 2000), αλλά και ως στρατηγική διεκδίκησης των δικαιωμάτων των παιδιών τους. Η επιθετικότητα, από την άλλη, απέναντι στους θεσμούς και τους εκπροσώπους τους συνιστά επίσης μια έκφραση της ματαίωσης των προσδοκιών αλλά και των καταθλιπτικών συναισθημάτων που πιθανώς βιώνουν οι γονείς όταν αδυνατούν να διασφαλίσουν για το παιδί τους μια περισσότερο «κανονική» εξέλιξη. Ενδεικτικό είναι το παράδειγμα της απόρριψης των παιδιών με αναπηρία/διαταραχές από το «συνηθισμένο» σχολείο, απόρριψη η οποία μπορεί να ανακινήσει παλαιότερες τραυματικές εμπειρίες.

Η «ενσυγκράτηση» (containment) των συναισθηματικών εντάσεων των γονέων συνιστά μια σημαντική διάσταση στις ψυχαναλυτικού τύπου θεραπείες (βλ. Τσαμπαρλή, 2004), ενώ φαίνεται να λειτουργεί κατευναστικά και ενισχυτικά για τη σχέση μεταξύ ειδικών και οικογένειας (Green, 2000. Horne, 2000. Sinanson, 1999).

Η δεύτερη φάση/διάσταση της ψυχοθεραπευτικής εργασίας, η ερμηνευτική ψυχοθεραπευτική/ συμβουλευτική, στοχεύει, εφόσον έχει επιτευχθεί μια «θεραπευτική συμμαχία» και σχέση εμπιστοσύνης, στην έκφραση των συναισθημάτων και στη «διαπραγμάτευση» των σχέσεων γονέων

και παιδιών. Συνιστά τη βασική θεραπευτική φάση, στο βαθμό που είναι περισσότερο εστιασμένη στις διαστάσεις του πένθους, της αποδοχής ή μη της αναπηρίας και των συναισθημάτων που τη συνοδεύουν, βοηθώντας τους γονείς να συγκροτήσουν το δικό τους «αφήγημα» γύρω από την αναπηρία, να διηγηθούν τη δική τους πορεία μέσα από το παιδί, επιτρέποντάς τους να κάνουν αναφορές και συνδέσεις και σε προσωπικά βιώματα και στις δικές τους πατρογονικές καταβολές και σε ζητήματα των τωρινών σχέσεων με την υπόλοιπη οικογένεια, την κοινωνία, τον «άλλο» του ζεύγους. Στη φάση αυτή, εφόσον έχει παρέλθει και αρκετό χρονικό διάστημα από τη γέννηση του παιδιού, ανακαλύπτονται και «συγκροτούνται» σε λόγο, μέσα από την επικοινωνία με το θεραπευτή, τα νέα βιώματα και ενδεχομένως οι νέοι προσανατολισμοί, οι νέοι στόχοι και αξίες που αναδύονται μέσα από τη διαδικασία αντιμετώπισης της πρόκλησης της αναπηρίας. Ταυτότητες που ως ένα βαθμό μπορεί να είναι αλλοτριωτικές για τους γονείς (π.χ. η πλήρης ταύτιση με το ρόλο του γονέα ανάπηρου παιδιού και η εγκατάλειψη κάθε κοινωνικότητας), ή ακόμη να εκφράζουν αμυντικές στάσεις (π.χ. ταύτιση με το ρόλο του σταυροφόρου υπέρ των δικαιωμάτων των αναπήρων, υπερβολικά αγχώδης προσκόλληση στο παιδί), μπορεί να λειτουργήσουν θεραπευτικά για ένα διάστημα ή να πάρουν έναν πιο δημιουργικό χαρακτήρα στην πορεία (Seligman & Darling, 2008). Τα ζητήματα αυτά ο θεραπευτής πρέπει να τα διαχειριστεί με διακριτικότητα και μεγάλη ευαισθησία, έχοντας πάντοτε στόχο την ενίσχυση της αυτονομίας του παιδιού και την εξέλιξη των γονέων σε όλα τα επίπεδα.

Η αναπηρία γίνεται αντιληπτή ως μια φάση κρίσης αλλά και αναδιοργάνωσης για την οικογένεια, στο βαθμό που έχουν ξεπεραστεί βασικές ενοχές και ανασταλτικά νευρωτικά άγχη, αλλά και ένα σχετικό «ξεπέρασμα» της θλίψης και της αναξιοσύνης/απελπισίας, που δημιουργεί, κατά τα πρώτα χρόνια, η απώλεια του επιθυμητού παιδιού. Σε αυτή τη φάση, επομένως, τίθενται υπό επαναδιαπραγμάτευση οι (προσωπικές) ταυτότητες και οι ρόλοι της οικογένειας σε σχέση με την αναπηρία, αλλά συζητούνται και με μεγαλύτερη άνε-

ση οι συζυγικές κρίσεις και συγκρούσεις, τα άγχη και οι καθημερινές ή πιο μόνιμες προστριβές, οι αντιφάσεις και ματαιώσεις μεταξύ των ίδιων των μελών, καθώς και τα νέα «νοήματα» που μπορούν να δοθούν στα βιώματά τους (Cobb, 1992).

Η τρίτη φάση θεωρητικά σταθεροποιεί τις προηγούμενες διαδικασίες και οι γονείς είναι πολύ πιο δεκτικοί στο να αναπτύξουν τις γονικές δεξιότητες με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στο παιδί τους, ενώ κατακτούν και μια σχετικά προσωπική αυτονομία και βοηθούνται ώστε να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και απαιτήσεις από αυτό.

Ο απώτερος σκοπός των οικογενειακών ψυχοθεραπευτικών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων είναι, επομένως, οι γονείς να καταφέρουν να εκπληρώσουν το γονικό τους ρόλο της ενίσχυσης του δυναμικού των παιδιών τους, να απεγκλωβιστούν από «εσωτερικές αντιφάσεις» και υπερβολικά άγχη και να μην αναπτύξουν δυσλειτουργικές γονικές πρακτικές, έτσι ώστε τα παιδιά με αναπηρία ή άλλου είδους διαταραχή/υστέρηση να καταφέρουν να έχουν, στο μέτρο των δυνατοτήτων τους, μια φυσιολογική και αυτόνομη ψυχοκοινωνική, ακαδημαϊκή και επαγγελματική εξέλιξη (Konstantareas, 1990. Seligman, 1999). Άλλωστε τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν τη σημαντική συμβολή των γονέων στη σχολική ένταξη και στην ώθηση της κοινωνικότητας των παιδιών με διάφορες μορφές αναπηρίας (Powers, Singer, & Sowers, 1996).

4. Στόχοι των ολιστικών/οικοσυστημικών και ψυχοδυναμικών οικογενειακών παρεμβάσεων σε ατομικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις που αφορούν τα παιδιά, τόσο σε ατομικό όσο και σε συστημικό επίπεδο, έχουν να κάνουν με ορισμένες αρχές-κλειδιά, οι οποίες διαμορφώθηκαν λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα της σύγχρονης έρευνας και τις αρχές των ατομικών ψυχοδυναμικών παρεμβάσεων (βλ. Chethik, 2001. Emde & Robinson, 2000. Gilkerson & Stott, 2000. Greenspan, 1999. Henggeler et al., 1998. Powels, 2004. Sameroff, 2000. Schmidt,

2010. Σουρ & Μίλερ, 1998. Wachtel, 1994, 2008). Πρόκειται για τις ακόλουθες αρχές:

- Διαχρονική/συστημική αντίληψη των δυσλειτουργιών του παιδιού και αξιολόγηση με βάση πολλές πηγές, κυρίως όμως έμφαση στην αντίληψη των γονέων για τις δυσκολίες των παιδιών και στις αναπαραστάσεις τους για την αναπηρία και τις δευτερογενείς δυσκολίες/δυσλειτουργίες τους.
- Δυναμική αναπτυξιακή, μη γραμμική διερεύνηση της προβληματικής συμπεριφοράς, των στάσεων και των αντιδράσεων των παιδιών και βασική αναφορά στα πλαίσια στα οποία κινείται και εντάσσεται το παιδί (αλληλεπιδραστική διάσταση).
- Προτεραιότητα στα συναισθήματα ως βάση της συμπεριφοράς, στις βασικές/πρωτογενείς (με γονείς) αλλά και στις διαπροσωπικές/κοινωνικές σχέσεις (με δασκάλους, συμμαθητές).
- Έμφαση στις αναπαραστάσεις και στα εσωτερικά πρότυπα λειτουργίας του «εαυτού» και του «άλλου» (προσωπικά και διαπροσωπικά σχήματα) ως οργανωτικά της συμπεριφοράς, αλλά και στα πρότυπα σχέσεων/κοινωνικής αλληλεπίδρασης που έχουν διαμορφώσει τα παιδιά.
- Χρήση διαφόρων τεχνικών (ζωγραφική, γλυπτική, θεατρικό παιχνίδι, παιγνιοθεραπεία, δραματοθεραπεία) σε ομαδικό (με άλλα παιδιά) και ατομικό επίπεδο για την καλλιέργεια και ανάδειξη των αναγκών, των αντιλήψεων, των δεξιοτήτων, των ενδιαφερόντων, των θετικών-αρνητικών συναισθημάτων, των συναισθηματικών εντάσεων-συγκρούσεων, ανάλογα με την εξελικτική φάση, το είδος της αναπηρίας/δυσλειτουργίας, τις γνωστικές, γλωσσικές/επικοινωνιακές και ψυχοκοινωνικές δεξιότητες.
- Ενεργητική, υποστηρικτική και δομημένη εμπλοκή/παρέμβαση του θεραπευτή, που διαμορφώνει ανάλογα με τις ανάγκες, προβλήματα και δυνατότητες της οικογένειας το αντίστοιχο ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο.
- Έμφαση στη διερεύνηση των εξωγενών επιβαρυντικών ή προστατευτικών παραγόντων.

- Εστίαση στο ψυχικό δυναμικό των παιδιών, στην ανάδειξη/επεξεργασία, είτε με το παιδί είτε με τους γονείς, των παραγόντων που εμποδίζουν αυτό το δυναμικό ή οδηγούν σε αποδιοργανωτικές παρεκκλίσεις, καθώς και στην ολιστική ενίσχυση της προσωπικότητάς του (ψυχοσυναισθηματικές, μαθησιακές, κοινωνικές δεξιότητες).
- Συμβουλευτική εποπτεία των άλλων επαγγελματιών (π.χ. σε περιπτώσεις αυτιστικών παιδιών και παιδιών με νοητική καθυστέρηση εμπλέκονται συχνά πολλοί εξωτερικοί επαγγελματίες) σε συνεργατική βάση, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο (Ysseldyke & Algozzine, 2006), και επεξεργασία των αντιλήψεων, απόψεων και βιωμάτων των γονέων για τις εξειδικευμένες αυτές παρεμβάσεις στα παιδιά τους, στο μέτρο που μπορεί να συνιστούν πηγή άγχους, εντάσεων και συγκρούσεων μεταξύ των γονέων, αλλά και αμφιβολιών και την εγκυρότητα των μεθόδων ή την επάρκεια των επαγγελματιών.

Με βάση άλλα ερευνητικά δεδομένα, οι επιτρεχθείς παρεμβάσεις στην προσχολική και την πρώτη σχολική ηλικία σε «ευάλωτες ομάδες παιδιών» (children at risk), ανεξάρτητα από το είδος της υστέρησης/διαταραχής, θα πρέπει να διαθέτουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Bromwich, 1997. Carr, 2001, 2009. Fraser, 2004. Greenspan, 1999. Wacjman, 1997): (α) να είναι οργανωμένες με βάση το πλαίσιο αναφοράς του παιδιού και προσανατολισμένες σε μια οικολογική και όχι αποκλειστικά ατομική οπτική (β) να εστιάζουν στις δεξιότητες και όχι στην υστέρηση/δυσλειτουργία (γ) να είναι ευέλικτες και περιεκτικές σύμφωνα με τη διαχρονική αξιολόγηση των αναγκών του παιδιού (δ) να είναι εξελικτικά προσαρμοσμένες στην ηλικία αλλά κυρίως στα αναπτυξιακά και ψυχοκοινωνικά στάδια του παιδιού (ε) να έχουν μακροπρόθεσμη προοπτική αντί να προσανατολίζονται σε μια «προσωρινή ρύθμιση» και (στ) να περιλαμβάνουν πλουραλιστικές και πολυδιάστατες τεχνικές, συνδεδεμένες με άλλες στρατηγικές και δομές που υποστηρίζουν την κοινωνική ενσωμάτωση.

Οι επιμέρους στόχοι κάθε παρέμβασης σε

ατομικό επίπεδο διαμορφώνονται από τις δεξιότητες και το δυναμικό του παιδιού, καθώς και από την εμπλοκή της οικογένειας και του σχολείου ως υποστηρικτικής μονάδας, με άμεση πάντοτε προτεραιότητα την ακαδημαϊκή και κοινωνική ένταξη του παιδιού. Ο απώτερος στόχος είναι να καταστεί το παιδί ικανό να εξελίξει ως έφηβος και ως ενήλικας στο βέλτιστο βαθμό το ψυχοκοινωνικό και γνωστικό δυναμικό του, τα ταλέντα, τα ενδιαφέροντα και τις δεξιότητες που μπορεί να διαθέτει έτσι ώστε να επιτύχει μια αυτόνομη ή ανεξάρτητη ζωή, όσο αυτό είναι εφικτό, είτε με την εποπτεία και τη σταθερή ενίσχυση των γονέων, είτε μέσα από δομές και υπηρεσίες που θα συνεχίσουν να διαδραματίζουν υποστηρικτικό και διαμεσολαβητικό ρόλο ανάμεσα στην οικογένεια, το ίδιο και την κοινότητα, όσο αυτό είναι απαραίτητο.

Οι στόχοι της εργασίας με τους γονείς θα μπορούσαν να συνοψιστούν στις ακόλουθες διαστάσεις: (α) δυναμική αποτίμηση και κατανόηση της οικογενειακής δυναμικής/των οικογενειακών σχέσεων/του ρόλου και της ψυχολογίας του παιδιού στην οικογένεια (β) επεξεργασία των αρνητικών/στερεότυπων αναπαραστάσεων και συναισθημάτων των γονέων για το παιδί (γ) καθοδήγηση των γονέων προκειμένου να αναπτύξουν ρεαλιστικές και υγιείς προσδοκίες για το παιδί τους (δ) πλαισίωση των γονέων ώστε να αναπτύξουν σταθερές συμπεριφορές και να θεσπίσουν θετικά όρια και υποστήριξη απέναντι στα παιδιά (ε) βοήθεια στους γονείς προκειμένου να αναγνωρίσουν την οπτική/ψυχολογία του παιδιού τους (κίνητρα, αντιδράσεις) (στ) βοήθεια στους γονείς προκειμένου να κατανοήσουν τις προσπάθειες, τις αλλαγές, τις μεταβατικές φάσεις του παιδιού τους και τις ανάλογες συναισθηματικές αντιδράσεις/προβλήματα που ανακύπτουν στην πορεία, έτσι ώστε να έχουν μια εποπτική εικόνα και να μην απογοητεύονται ή παλινδρομούν σε ακατάλληλες συμπεριφορές (ζ) καθοδήγηση των γονέων έτσι ώστε να επιλύσουν τις συναισθηματικές συγκρούσεις, να ισορροπήσουν/ενισχύσουν τη μεταξύ τους σχέση και να εκπληρώσουν τους συμβολικούς και πραγματικούς ρόλους τους στην καθημερινότητα (η) εμπάθωση σε ψυχικές διεργασίες, όταν αυτό είναι εφικτό, διαχείριση

ψυχοπαθολογικών αντιδράσεων και δυσλειτουργιών σε ατομικό επίπεδο, όταν αυτό είναι απαραίτητο, και ενίσχυση της διαπροσωπικής/κοινωνικής ζωής τους (θ) ενίσχυση της εμπλοκής των γονέων και διευκόλυνση της ανάπτυξης μιας σταθερής σχέσης με το σχολείο και ενός κλίματος συνεργατικότητας με τους επαγγελματίες και τους εκπαιδευτικούς.

5. Ζητήματα που αφορούν την εκπαίδευση των θεραπευτών και την εφαρμογή ολιστικών ψυχοδυναμικών μοντέλων

Οι θεραπευτές οι οποίοι εμπλέκονται στη διαχείριση και συμβουλευτική ψυχοθεραπεία οικογενειών παιδιών με αναπηρία, πέρα από την κλασική κλινική εκπαίδευσή τους, πρέπει να είναι καταρτισμένοι σε ανάλογες «προβληματικές» και εξοικειωμένοι με τις ιδιαιτερότητες και τις ιδιαίτερες απαιτήσεις της συγκεκριμένης εργασίας (Bromwich, 1997. Gilkerson & Stott, 2000). Εν προκειμένω αναπτύσσεται μια ιδιαίτερη δυναμική απέναντι στην ίδια τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας και απέναντι στο πρόσωπο του θεραπευτή (Schelles, 2007) που συχνά διαφέρει από τις κλασικές αμυντικές ή «μεταβιβαστικές» αντιδράσεις των οικογενειών ή των παιδιών με συνήθεις μορφές διαταραχών/προβλημάτων. Από την άλλη, το μεγάλο φάσμα και η ποικιλία των προβλημάτων/δυσλειτουργιών των ίδιων των παιδιών στην πραγματικότητα, οι μη ψυχογενείς αιτίες των δυσλειτουργιών, οι δευτερεύουσες ψυχοκοινωνικές διαταραχές που μπορεί να προκύψουν λόγω ακατάλληλων ή αδέξιων χειρισμών από την πλευρά του πλαισίου, και η συσκότιση των ψυχολογικών προβλημάτων ή η επικάλυψή τους από την αναπηρία καθιστούν τη συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική συμβουλευτική αρκετά απαιτητική σε επίπεδο δεξιοτήτων και γνώσεων. Επιπροσθέτως, οι περιορισμοί της υστέρησης, οι επιπτώσεις των ιατρικών επιπλοκών, η εμπλοκή με πολλούς επαγγελματίες που αυξάνει τους κινδύνους για αποσπασματική θεώρηση και λανθασμένη εκτίμηση της εξέλιξης και των δυνατοτήτων του παιδιού, τα προβλήματα σε σχέση με την εγκυρότητα της

διάγνωσης, οι γραφειοκρατικές αγκυλώσεις σε διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, οι ελλείψεις στις εκπαιδευτικές δομές καθώς και η ενδεχόμενη απουσία υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων δημιουργούν μια ιδιαίτερη πραγματικότητα, την οποία ο θεραπευτής καλείται να διαχειριστεί συχνά έξω από τα όρια του παραδοσιακού του ρόλου. Επιπλέον, οι ενδεχόμενες τραυματικές εμπειρίες και συνεχόμενες ματαιώσεις που οι γονείς και το ίδιο το παιδί είναι πιθανό να βιώνουν στην καθημερινότητά τους, μέσα από τους σωματικούς, εξελικτικούς αλλά και κοινωνικούς περιορισμούς, απαιτούν ευαισθησία, ευελιξία και συγχρόνως σταθερότητα από την πλευρά του θεραπευτή, καθώς και μια πιο ενεργητική στάση και οικολογική οπτική (Κουρκούτας, 2000β, 2010).

Τα χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων οικογενειών σηματοδοτούν, επομένως, ως ένα βαθμό τη δυναμική της θεραπευτικής εργασίας και τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στη διάρκειά της (Bromwich, 1997). Αυτό μπορεί να κάνει ορισμένους θεραπευτές να αντιστέκονται στις απαιτήσεις αυτού του ιδιάζοντος θεραπευτικού ρόλου και στις πιέσεις που ασκούνται μέσα από τη δυναμική των σχέσεων (Korff-Sausse, 2007). Από την άλλη πλευρά, πολλές φορές, παρά τη μεγάλη ευελιξία στη θεραπευτική στάση, η οικογένεια μπορεί να μην εισέλθει ποτέ σε μια φάση πραγματικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας και ανάλυσης, γεγονός που οι ειδικοί πρέπει να αντιμετωπίσουν χωρίς συναισθήματα ματαίωσης. Είναι εξάλλου διαπιστωμένο ότι οι παραδοσιακοί θεραπευτές υιοθετούν το ψυχοπαθολογικό μοντέλο (Gilkerson & Stott, 2000) και ενδιαφέρονται κυρίως να περάσουν σε μια κλασικού τύπου θεραπεία, με αποτέλεσμα συχνά να αποτυγχάνουν να εκπληρώσουν τις ανάγκες της οικογένειας.

Οι θεραπευτές που ασχολούνται με αυτές τις οικογένειες πρέπει επίσης να έχουν γνώση των σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων και να διαθέτουν εκπαιδευτική και κλινική εμπειρία σε ζητήματα που αφορούν τις αναπτυξιακές διαταραχές (αυτισμό, νοητική καθυστέρηση, υπερκινητικότητα, χρόνιες ασθένειες κ.λπ.).

Σε ό,τι αφορά το ζήτημα της «αντιμεταβίβασης» (στάσεις και αντιδράσεις συναισθηματικής

φύσης του ειδικού που υπερβαίνουν το πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης), συνιστάται η αποφυγή της ανάληψης εργασίας όταν ο ειδικός διακατέχεται από ένα είδος αντιπάθειας ή απέχθειας για την αναπηρία (Cobb, 1992). Οι κίνδυνοι έχουν να κάνουν με την αποσπασματική θεώρηση της πραγματικότητας του παιδιού και της οικογένειας, και με την ελλιπή ενασχόληση και επένδυση της συμβουλευτικής ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας και κυρίως της ψυχολογίας του παιδιού (Korff-Sausse, 2007). Από την άλλη βέβαια, τα συναισθήματα συμπάθειας και λύπης μπορεί να υποκρύπτουν υποσυνείδητες τάσεις απόρριψης της αναπηρίας από την πλευρά του θεραπευτή. Σε αυτή την περίπτωση η έμφαση είναι πιθανό να δίνεται πρωτίστως σε ενδοψυχικές διεργασίες (στο «τραύμα» και στον πόνο της οικογένειας) και πολύ λιγότερο στην αλλαγή της πραγματικότητας και στην ενίσχυση των επικοινωνιακών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων ή πρακτικών κατευθύνσεων των γονέων και των παιδιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη διαχείριση της αναπηρίας και του άγχους που αυτή προκαλεί (Κουρκούτας, 2010). Πολλοί θεραπευτές επίσης δεν πιστεύουν στην εξέλιξη και την αυτονομία του παιδιού, δεν πιστεύουν δηλαδή σε μια άλλη πραγματικότητα πέρα από την κατάσταση της αναπηρίας. Στον αντίποδα, υπάρχουν ειδικοί που δεν αναγνωρίζουν την ψυχική πραγματικότητα των παιδιών και των γονέων, και εστιάζονται αποκλειστικά στην καθημερινή «πράξη» και διαχείριση των πρακτικών προβλημάτων (Korff-Sausse, 2007). Όταν οι θεραπευτές και σύμβουλοι που εργάζονται σε αυτό τον τομέα αντιληφθούν ότι συναντούν προσωπικές δυσκολίες ή δυσκολίες στην επικοινωνία τους με την οικογένεια, ή όταν οι καταστάσεις κρίσης μέσα στην οικογένεια εντείνονται, θεωρείται ενδεδειγμένη η αναζήτηση κλινικής εποπτείας.

Δεν θα αναφερθούμε στις δυσκολίες ή στις ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με την εμπλοκή του θεραπευτή σε παρεμβάσεις εκτός οικογένειας (π.χ. συμβουλευτική των δασκάλων κ.λπ.). Οι θεραπευτές, πάντως, πέρα από τη συστημική, χρειάζεται να έχουν και ψυχοπαιδαγωγική εκπαίδευση (Konstantareas, 1990), η οποία συνιστά μια απα-

ραίτητη γνώση για τη σχολική και κοινωνική ένταξη, καθώς και για την υποστήριξη των γονέων στη διαχείριση των καθημερινών δυσκολιών και προβλημάτων ανατροφής του παιδιού (Κουρκούτας, 2010. Seligman, 2000. Seligman & Darling, 2008. Siegel, 2008).

Πολλοί συγγραφείς προτείνουν τη διεύρυνση του παραδοσιακού ρόλου του θεραπευτή και γενικότερα του θεραπευτικού πλαισίου, και την εμπλοκή του ειδικού σε μια οικοσυστημική προσέγγιση και παρέμβαση, με έμφαση στη συμβουλευτική των δασκάλων και των επαγγελματιών που εμπλέκονται στη διαχείριση της αναπηρίας/δυσλειτουργιών (Κουρκούτας, 2008. Monsen & Cameron, 2002. Monsen & Graham, 2002). Σε αυτή την περίπτωση ο θεραπευτής αναδεικνύεται σε πρόσωπο αναφοράς για την οικογένεια και υιοθετεί πιο ευέλικτα μοντέλα εργασίας. Τα θετικά σημεία της διεύρυνσης του παραδοσιακού ρόλου του θεραπευτή και της εργασίας με την κοινότητα υπό μια οικοσυστημική οπτική είναι πολλά και απαιτούν ενδελεχή ανάλυση που ξεπερνά τις προσδοκίες της συγκεκριμένης εργασίας.

Από την άλλη, η είσοδος εξειδικευμένων ψυχολόγων στα σχολεία, οι οποίοι έχουν την κατάλληλη κλινική ψυχοθεραπευτική κατάρτιση και που στις παρεμβάσεις για παιδιά με αναπηρίες/σοβαρές δυσλειτουργίες εντάσσουν και τους γονείς, συνιστά επίσης σημαντική πρόοδο σε σχέση με τα κλασικά ατομικά κλινικά μοντέλα. Τα μοντέλα ψυχικής υγείας στα σχολεία τα οποία υιοθετούν μια ολιστική συστημική οπτική και δίνουν έμφαση στις ψυχοκοινωνικές δεξιότητες των παιδιών με εγγενείς ή επίκτητες δυσλειτουργίες φαίνεται να είναι τα πλέον αποδοτικά (Weare, 2000).

Ολοκληρώνοντας, θα υποστηρίξαμε ότι η ψυχοδυναμική σε συνδυασμό με τη συστημική οπτική συνιστά μια βασική και απαραίτητη διάσταση της προσέγγισης της αναπηρίας. Η θεωρητική αυτή οπτική δίνει έμφαση σε ζητήματα που αφορούν τις συναισθηματικές αντιδράσεις των γονέων και των συγγενών απέναντι στην αναπηρία και το ενδεχόμενο τραύμα, στη δυναμική των σχέσεων και στην αναδιοργάνωση της καθημερινότητας με βάση τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις επιθυμίες της οικογένειας και κυρίως του παιδιού, στην ανα-

ζήτηση νοήματος σε αντικρουόμενα βιώματα και συναισθηματικές εμπειρίες της καθημερινότητας, στην αποκατάσταση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας, στη διαχείριση της τραυματισμένης ισορροπίας των γονέων, αλλά και στην αποκατάσταση του «ανάπηρου παιδιού» στο «φανταστικό» της οικογένειας (Green, 2000. Κουρκούτας, 2010. Schmidt, 2010. Seligman, 2000. Wachtel, 1994). Όλα αυτά τα ζητήματα αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης μέσα από μια σταθερή υποστηρικτική σχέση, η οποία επιτρέπει τη λεκτικοποίηση των επώδυνων συναισθημάτων και αποτρέπει την εκδραμάτισή τους μέσα από αρνητικές ή προβληματικές συμπεριφορές και καταστάσεις έντασης (Gonthenthal, 2005. Green, 2000. Horne, 2000. Κουρκούτας, 2010. Schmidt, 2010. Wachtel, 2008).

Το γεγονός ότι υπάρχουν δυσκολίες αξιολόγησης των συγκεκριμένων παρεμβάσεων και απουσία συστηματικών ερευνών δεν σημαίνει ότι οι παρεμβάσεις αυτές δεν είναι αποδοτικές (Kazdin, 2000). Αυτές εξάλλου παρέχουν ένα σημαντικό πλαίσιο κατανόησης των βαθύτερων αλληλεπιδράσεων, των διεργασιών και γενικότερα της δυναμικής των σχέσεων σε οικογένειες που βιώνουν καταστάσεις κρίσης και παρατεταμένου στρες.

6. Ζητήματα αξιολόγησης των οικογενειακών παρεμβάσεων

Ως προς τις αξιολογήσεις των παρεμβάσεων, όλα τα δεδομένα από πρόσφατες μετα-αναλυτικές έρευνες δείχνουν ότι η οικογενειακή παρέμβαση σε διάφορες μορφές αναπηρίας/διαταραχών, ανεξάρτητα από επιμέρους τεχνικές, είναι ευεργετική για την οικογένεια και το παιδί (βλ. Carr, 2009). Τίθενται βεβαίως ζητήματα σχετικά με τις αξιολογήσεις που αφορούν την «οικολογική εγκυρότητα» (ecological validity) ορισμένων μοντέλων παρέμβασης τα οποία εφαρμόζονται σε πειραματικές και όχι σε κλινικές συνθήκες, καθώς και την αδυναμία έγκυρης αξιολόγησης των πιο πολύπλοκων και μακροχρόνιων παρεμβάσεων (Kazdin, 2000). Οι δυσκολίες έγκυρης αξιολόγησης σχετι-

ζονται κυρίως με την πολυμορφία και την ετερογένεια των μοντέλων παρέμβασης, ιδιαίτερα αυτών που εφαρμόζονται απευθείας σε κλινικές συνθήκες λόγω διάρκειας και πολυπλοκότητας των τεχνικών που χρησιμοποιούνται, αλλά και εξαιτίας των μεγάλων ατομικών διαφορών του δείγματος, ακόμη και σε παιδιά που ανήκουν στις ίδιες κατηγορίες, καθιστώντας δύσκολη τη διενέργεια αξιολογήσεων με βάση ομάδες ελέγχου.

7. Επίλογος

Οι αρχές των οικο- και πολυσυστημικών θεραπειών εστιασμένων στην οικογένεια και στις αλληλεπιδράσεις/σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών φαίνεται να είναι αρκετά χρήσιμες για κάθε είδους παρέμβαση (Carr, 2009. Kazdin, 2000). Οι έρευνες δείχνουν ότι η θετική σχέση με ένα γονέα μειώνει σε μεγάλο ποσοστό τις αρνητικές συνέπειες των διαπροσωπικών συγκρούσεων και των καταστάσεων κρίσης, και ενισχύει σημαντικά την ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού με υστερήσεις. Τα τελευταία χρόνια, σε σχέση με τις προσεγγίσεις της αναπηρίας και των δευτερογενών διαταραχών, δόθηκε έμφαση όχι μόνο στις ατομικές παρεμβάσεις με κύριο στόχο την ενίσχυση του παιδιού, αλλά και στις ολιστικές οικογενειακές παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση της επικοινωνίας, των σχέσεων και των αλληλεπιδράσεων μεταξύ γονέων και παιδιών, αλλά και όλων των μελών της οικογένειας, ιδιαίτερα στην σχολική και την πρώτη σχολική ηλικία (Rolland, 2004. Schmidt, 2010. Seligman, 2000).

Αυτό που προτείνεται από πολλούς θεωρητικούς είναι ένας συνδυασμός ψυχοθεραπευτικών, συμβουλευτικών και ψυχοπαιδαγωγικών παρεμβάσεων στα πεδία όπου είναι απαραίτητο (Fish, 2002. Munger et al., 1998. Seligman, 2000), χωρίς η παρέμβαση στην οικογένεια να χάσει τον ψυχοθεραπευτικό υποστηρικτικό της χαρακτήρα. Μέσα από μια σταθερή εξατομικευμένη σχέση βασισμένη στην ενσυναίσθηση και την αμοιβαία εμπιστοσύνη, είναι εφικτή η διαπραγμάτευση ενός ευρέος φάσματος θεμάτων (π.χ. σεξουαλικότητα του ανάπηρου παιδιού, σχέση ζεύγους,

κοινωνική ένταξη της οικογένειας κ.λπ.) που οι άλλοι εμπλεκόμενοι ειδικοί δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν (Hollins & Sinason, 2000. Tuttle & Paquette, 1993. Walsh, 2006).

Η παρέμβαση στην οικογένεια πρέπει να δίνει έμφαση στην ενδυνάμωση των σχέσεων μεταξύ των μελών της, στην καλύτερη κατανόηση της ψυχολογίας και του τύπου εμπλοκής του κάθε μέλους της στο θέμα της υποστήριξης του παιδιού με αναπηρία/δυσλειτουργία, στην άρση των αντιστάσεων και των ανταγωνιστικών συγκρουσιακών σχέσεων και των ματαιώσεων σε σχέση με την ανάληψη ή την αποφυγή ευθυνών και ρόλων (Κουρκούτας, 2010. Morrison et al., 1998. Munger et al., 1998. Tuttle & Paquette, 1993). Οι λεπτοί αυτοί χειρισμοί που αφορούν ενδοπροσωπικά, ενδοψυχικά αλλά και διαπροσωπικά ζητήματα και ζητήματα σχέσεων μεταξύ των μελών απαιτούν βαθύτερες γνώσεις και συνεπώς κατάλληλη και επαρκή εκπαίδευση του συμβούλου θεραπευτή, ενώ από την άλλη οι απαιτήσεις σε συστημικό επίπεδο αναγκάζουν τους σύγχρονους θεραπευτές να υιοθετούν πιο ευέλικτες στάσεις και να συνδυάζουν παρεμβάσεις (π.χ. συμβουλευτική εκπαιδευτικών) που στο παρελθόν θεωρούνταν «εξω-θεραπευτικές».

Η διαχείριση του «διηνεκούς» τραύματος, του μετατραυματικού στρες, αλλά και του άγχους που δημιουργούν στους γονείς οι κοινωνικές ματαιώσεις και οι πραγματικές απορρίψεις του παιδιού είτε στο χώρο του σχολείου είτε σε άλλα πλαίσια αποτελεί βασική συνιστώσα της εργασίας στο πεδίο της αναπηρίας (Rolland, 2004). Η ανάγκη υιοθέτησης ευέλικτων θεραπευτικών σχημάτων και μοντέλων παρέμβασης προκειμένου να βοηθηθούν η ενταξιακή διαδικασία και η προσαρμογή της οικογένειας και του παιδιού στην πραγματικότητα δεν ακυρώνει την ανάγκη διατήρησης μιας ψυχοθεραπευτικής σχέσης και στάσης του θεραπευτή απέναντι στην οικογένεια και την αναπηρία. Άλλωστε, η ανάγκη εφαρμογής πολυδιάστατων πρακτικών, που συνδυάζουν την ψυχοθεραπευτική με τη συστημική και ψυχοπαιδαγωγική εκπαίδευση και λογική, συνιστά μια από τις βασικές προτάσεις της συγκεκριμένης εργασίας.

Βιβλιογραφία

- Adamson, W. C. (1979). Helping parents of children with learning disabilities. In L. Baruth & M. Burggraf (Eds.), *Counselling parents of exceptional children*. Guilford, CT: Special Learning Corporation.
- Baruth, L., & M. Burggraf, M. (Eds.) (1979). *Counselling parents of exceptional children*. Guilford, CT: Special Learning Corporation.
- Block, A. W., & Block, S. R. (2007). Family resources during the school-age years. In R. L. Gabriels & D. E. Hill (Eds.), *Growing Up with Autism. Working with School-Age Children and Adolescents* (pp. 164-182). New York: Guilford Press.
- Bromwich, R. (1997). *Working with families and their infants at risk*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Brooks-Gunn, J., Berlin, L., & Fuligni, A. (2000). Early childhood intervention programs: What about the family? In J. Schonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 549-89). New York: Cambridge University Press.
- Brunner, E. G. (1998). Family interactions and family psychopathology. In L. L'Abate, (Ed), *Family Psychopathology. The relational Roots of Dysfunctional Behavior* (pp. 75-93). New York: The Guilford Press.
- Cacciato, G. (2001). I legami familiari negli adolescent con syndrome di Down. In T. G. Gallino (Ed.), *Handicap, divorzio, genere e ruolo sessuale. Quali modelli?* (pp. 38-50). Torino: Boringhieri.
- Caldin, R., (2008). L'incontro e la risposta. Accompagnamento e sostegno a genitori con bambini pluridisabili. *Studium Educationis*, 1, 71-92.
- Carr, A. (2000). *Family Therapy. Concepts, process and practice*. New York: Wiley.
- Carr, A. (2001). *Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A contextual approach* (2nd ed.). New York: Kluwer Academic.
- Carr, A. (2009). *What works with children and adolescents? A Critical Review of Psychological Interventions*. London: Routledge.
- Chaney, J. M., Mullins, L. L., Frank, R., Peterson, L., Mace, L. D., Kashani, J. D., & Goldstein, D. L. (1997). Transactional patterns of child, mother, and father adjustment in insulin-dependent diabetes mellitus: A prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 229-244.
- Chethik, M. (2001). *Techniques of child therapy:*

- Psychodynamic strategies*. New York: The Guilford Press.
- Cobb, H. C. (1992). Counseling and psychotherapy with handicapped children and adolescents. In D. T. Brown & H. T. Prout (Eds.), *Counseling and psychotherapy with children and adolescents: Theory and practice for school and clinic settings* (pp. 467-501). Brandon, VT: CPPC.
- Day, R. D. (2009). *Introduction to family processes*. London: Routledge Academic.
- Dishion, T. J., & Stormshak, E. A. (2006). *Children's lives: An ecological, family-centered approach to mental health care*. Washington, DC: APA Books.
- Drotar, D. (2006). *Psychological interventions in childhood chronic illness*. Washington, DC: APA.
- Dumas, J. E., Wolf, L. C., Fisman, S. N., & Culligan, A. (1991). Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behavior disorders, and normal development. *Exceptionality*, 2, 7-110.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective helping practices and family-centered care. *Pediatric Nursing*, 22, 334-337.
- Emde, R. N., & Robinson, J. (2000). Guiding principles for a theory of early intervention: a developmental-psychoanalytic perspective. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Intervention* (pp. 160-178). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ferguson, P. M. (2002). A place in the family: An historical interpretation of research on parental reactions to having a child with a disability. *Journal of Special Education*, 36, 124-131.
- Fish, M. C. (2002). Best practices in collaborating with parents of children with disabilities. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology* (Vol. IV, pp. 363-376). Washington, DC: National Association of School Psychologists.
- Fraiberg, S. H., Adelson, E., & Shapiro, V. (1987). Ghosts in the Nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. In L. Fraiberg (Ed.), *Selected Writings of Selma Fraiberg* (pp. 100-136). Columbus, OH: Ohio State University Press.
- Fraser, M. W. (2004). The ecology of childhood: a multisystemic perspective. In M. W. Fraser (Ed.), *Risk and Resilience in Childhood. An ecological perspective* (pp. 1-12). Washington, DC: NAWS Press.
- Gallimore, R., Weisner, T., Bernheimer, L., & Guthrie, D. (1993). Family responses to young children with developmental delays: Accommodation activity in ecological and cultural context. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 185-206.
- Garbarino, J. (1995). *Raising children in a socially toxic environment*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gilkerson, L., & Stott, F. (2000). Parent-child relationships in early intervention with infants and toddlers with disabilities and their families. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 457-471). New York: Guilford Press.
- Gonthenthal, P. (2005). *Helping children and families. A new treatment model integrating psychodynamic, behavioral, and contextual approaches*. New York: Wiley.
- Godfriend, J. (1999). Η επίδραση της παρουσίας των γονέων στην αντιμεταβίβαση του ψυχοθεραπευτή παιδιών. Στο Γ. Τσιάντης, Α.-Μ. Sandler, Δ. Αναστασόπουλος & Β. Martindale (Επιμ.), *Η αντιμεταβίβαση στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων* (σσ. 179-202). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Green, V. (2000). The therapeutic space for re-creating the child in the mind of parents. In J. Tsiantis (Senior Ed.), *Work with parents: Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents* (pp. 25-45). London: Karnac Books.
- Greenspan, S. (1999). *Developmentally Based Psychotherapy*. Madison, CT: International Universities Press.
- Hart, A., Blincow, D., & Thomas, H. (2007). *Resilient Therapy. Working with Children and Families*. London: Routledge.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (Eds.) (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Hollins, S., & Sinason, V. (2000). Psychotherapy, learning disabilities and trauma: new perspectives. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 32-36.
- Horn, A. (2000). Keeping the child in mind: thoughts on work with parents of children in therapy. In J. Tsiantis (Senior Ed.), *Work with parents:*

- Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents* (pp. 47-63). London: Karnac Books.
- Hornby, G. (1995). *Working with parents of children with special needs*. New York: Cassell.
- Hornby, G. (2000). *Improving parental involvement*. London: Continuum.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional defiant behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 85-104.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents. Directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Κλεφτάρης, Γ. (2003). Η σημασία των πολιτισμικών παραγόντων στη συμβουλευτική ατόμων με σωματικές ή νοητικές δυσλειτουργίες. *Ψυχολογία*, 10 (2-3), 362-377.
- Konstantareas, M. (1990). A psychoeducational model for working with families of autistic children. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 59-70.
- Κοντοπούλου, Μ. (2004). Σχέσεις επαγγελματιών με γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες: Ένα μοντέλο συμβουλευτικής παρέμβασης. Στο Μ. Ζαφειροπούλου & Γ. Κλεφτάρης (Επιμ.), *Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία του παιδιού* (σσ. 167-186). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Korff-Sausse, S. (2007). Aspects spécifiques du contre-transfert dans la clinique du handicap. In A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier & R. Scelles (Eds.), *Cliniques du sujet handicapé* (pp. 39-58). Paris: Eres.
- Κουρκούτας, Η. (2000α). Η ψυχοδυναμική προσέγγιση και το θεραπευτικό πλαίσιο. Σκέψεις και προβληματισμοί πάνω στην αντιμετώπιση των ΑμΕΑ. Στο Α. Κυπριωτάκης (Επιμ.), *Πρακτικά Συνεδρίου Ειδικής Αγωγής: Τάσεις και Προοπτικές Αγωγής και Εκπαίδευσης των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες στην Ενωμένη Ευρώπη Σήμερα* (σσ. 327-440). Ρέθυμνο: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Σχολή Επιστημών Αγωγής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης.
- Κουρκούτας, Η. (2000β). Έφηβοι με ειδικές ανάγκες. Στο Α. Κυπριωτάκης (Επιμ.), *Πρακτικά Συνεδρίου Ειδικής Αγωγής: Τάσεις και Προοπτικές Αγωγής και Εκπαίδευσης των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες στην Ενωμένη Ευρώπη Σήμερα* (σσ. 843-860). Ρέθυμνο: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Σχολή Επιστημών Αγωγής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης.
- Κουρκούτας, Η. (2008). Οικοσυστημικές προσεγγίσεις στην Κλινική Ψυχολογία και την Ειδική Αγωγή: αρχές ολιστικών παρεμβάσεων σε ατομικό, οικογενειακό και σχολικό επίπεδο. Στο Η. Κουρκούτας & J. P. Chartier (Επιμ.), *Παιδιά και Έφηβοι με Ψυχοκοινωνικές και Μαθησιακές Διαταραχές. Στρατηγικές παρέμβασης*. Αθήνα: Τόπος.
- Κουρκούτας, Η. (2010). Ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις σε οικογένειες παιδιών με ιδιαίτερες δυσκολίες: Θεωρητικά ζητήματα και πρακτικές κατευθύνσεις. Στο Η. Κουρκούτας & R. Caldin (Επιμ.), *Οικογένειες παιδιών με ιδιαίτερες δυσκολίες και Σχολική Ένταξη* (σσ. 161-216). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κουρκούτας, Η., & M. Raul Xavier (2010). Ενδυνάμωση ψυχικής ανθεκτικότητας (resilience) σε παιδιά και εφήβους με ακαδημαϊκές και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες/διαταραχές: Παρεμβάσεις στο πλαίσιο του σχολείου. Στο Η. Κουρκούτας & R. Caldin (Επιμ.), *Οικογένειες παιδιών με ιδιαίτερες δυσκολίες και Σχολική Ένταξη* (σσ. 131-160). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kourkoutas, E. (2008). An ecosystemic psychodynamic intervention for children with mild psychosocial problems and academic difficulties: prospects and limits of the evaluation process. In C. Canali, T. Vecchiato & J. K. Whittaker (Eds.), *Assessing the Evidence-based of Intervention for vulnerable children and their families* (pp. 434-439). Padova: Zancan Foundation.
- Kourkoutas, E. (2009). Family and disability. *Interpersonal Acceptance Rejection*, 1, 7-9.
21. Kourkoutas, E., Langher, V., Caldin, R., & Fountoulaki, E. (2012). Experiences of parents of children with autism: Parenting, schooling, and social inclusion of autistic children. In K., J., Ripoll, A. L., Comunian, & C. M. Brown (Eds.), *Interpersonal Acceptance and Rejection: Current Issues and Challenges* (pp. 103-123). Boca Raton, FL: Brown/Walker Press.
- L'Abate, L. (Ed.) (1998). *Family psychopathology. The relational roots of dysfunctional behavior*. New York: The Guilford Press.
- MacDonald, J. D. (2004). *Communicating partners*.

- Developmental guides for professionals and parents.* London: J. Kingsley.
- MacDonald, J. D. (2008). Findings about families of autistic children we know. Retrieved December, 15, 2008 from <http://www.jamesmacdonald.org/Articles/FAutism/FINDINGSABOUTFAMILIESOFAU.html>.
- Mattejat, F. (2001). Family therapy. In H. Remschmidt (Ed.), *Psychotherapy with children and adolescents* (pp. 179-210). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Monsen, J., & Graham, B. (2002). Supporting and developing teachers; management of difficult and challenging pupils through coaching. In P. Gray (Ed.), *Working with emotions: responding to the challenge of difficult pupil behaviour in schools* (pp. 151-168). London: Routledge/Farmer.
- Munger, R. L., Donkervoet, J. C., & Morse, W. C. (1998). The clinical ecological viewpoint. In D. A. Sabatino & B. L. Brooks (Eds.), *Contemporary interdisciplinary interventions for children with emotional/behavioural disorders* (pp. 323-349). Durham: Carolina Academic Press.
- Νησιώτου-Μαντέλου, Ι. (2009). Γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία: Πρόσθετες δυσκολίες σε μια κρίσιμη για τους γονείς περίοδο. Στο Γ. Κλεφτάρας & Μ. Καίλα (Επιμ.), *Από την ψυχοπαθολογία στο νόημα της ζωής* (σσ. 103-125). Αθήνα: Πεδίο.
- Νότας, Σ. (Επιμ.) (2006). *Το φάσμα του αυτισμού. Συνεργασία-Σύγκλιση Οικογένειας & Επαγγελματιών*. Τρίκαλα: Έλλα, Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Ν. Λάρισας.
- Osofsky, J. D., & Thompson, D. (2000). Adaptive and maladaptive parenting: Perspectives on risk and protective factors. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Intervention* (pp. 135-159). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Powels, N. J. (2004). *The potential of the therapeutic relationship in dealing with learning disabled children*. Unpublished Doctorate Thesis, University of Pretoria. Retrieved May/30/09 from <http://upetd.up.ac.za/thesis/available/etd-06152005-54202/unrestricted/00front.pdf>.
- Powers, L. E., Singer, G. H. S., & Sowers, J. (1996). *On the road to autonomy: Promoting self-competence in children and youth with disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Reinstein, D. K. (2006). *To hold and be held: The therapeutic school as a holding environment*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Roach, M. A., Orsmond, G. I., & Barrat, S. M. (1999). Mothers and fathers of children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 422-436.
- Roland, J. (1994). *Family, Illness and Disability*. New York: Basic Books.
- Roland, J. (2004). Families and chronic illness: An integrative model. In D. R. Cathedral (Ed.), *Handbook of stress, trauma, and the family* (pp. 89-116). New York: Brunner-Routledge.
- Sameroff, J. A. (2000). Dialectical process in developmental psychopathology. In A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (2nd ed., pp. 75-91). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Sameroff, A. J., & Gutmann, L. M. (2004). Contributions of risk research to the design of successful interventions. In P. Allen-Mears & M. W. Fraser (Eds.), *Intervention with children and adolescents. An interdisciplinary perspective* (pp. 9-26). Boston: Pearson.
- Schelles, R. (2007). Famille et Handicap: Prendre en compte des spécificités du trauma de chacun. In A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonier & R. Scelles (Eds.), *Cliniques du sujet handicapé* (pp. 13-38). Paris: Eres.
- Schmidt Neven, R. (2010). *Core principles of assessment and therapeutic communication with children, parents and families. Towards the promotion of child and family wellbeing*. New York: Routledge.
- Seligman, M. (1999). Childhood disability and the family. In V. L. Schwane & D. H. Saklofski (Eds.), *Handbook of psychosocial characteristics of exceptional children* (pp. 111-132). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Seligman, M. (2000). *Conducting effective conferences with parents of children with disabilities: A guide for teachers*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M., & Darling, R. B. (2008). *Ordinary families, special children: A system approach to childhood disability* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Siegel, B. (2008). *Getting the best for your child with autism*. New York: Guilford Press.
- Sinanson, V. (1999). The psychotherapeutic needs of the learning disabled and multiple disabled

- children. In M. Lalayo & A. Horn (Eds.), *The handbook of child and adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches* (pp. 445-456). London: Routledge.
- Singer, G. H. S. (2002). Suggestions for a pragmatic program of research on families and disability. *The Journal of Special Education*, 3, 150-156.
- Σουρ, Ρ., & Μίλερ, Σ. (Επιμ.) (1998). *Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία παιδιών με μειονεξίες και ψυχοδιαφορητικές διαταραχές* (μτφρ. Δ. Τσαρμακλή & Ι. Τεπτέρη). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Turnbull, A. P., Turnbull, V., & Turnbull, H. R. (2000). Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as model for the early twenty-first century. In J. Schonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 630-650). New York: Cambridge University Press.
- Turnbull, A., Turnbull, R., Erwin, E. J., & Soodak, L. C. (2006). *Families, professionals, and exceptionality: Positive outcomes through partnership and trust* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.
- Tuttle, C. G., & Paquette, P. (1993). *Parenting a child with learning of disabilities. A practical empathetical guide*. Los Angeles: Lowell House.
- Τσαμπαρλή, Α. (2004). *Η ψυχαναλυτική προσέγγιση της οικογένειας*. Αθήνα: Ατραπός.
- Wachtel, E. F. (1994). *Treating Troubled Children and Their Families*. New York: Guilford Press.
- Wachtel, P. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wachtel, E., & Wachtel, P. (1986). *Family dynamics and individual psychotherapy*. New York: Guilford.
- Wacjman, C. (1997). *Travailler avec des enfants malades mentaux*. Paris: Dunod.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Weare, K. (2000). *Promoting mental, emotional and social health. A whole school approach*. London: Routledge.
- Winnicot, D. W. (1997). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
- Woolfson, L. (2004) Family well-being and disabled children: a psychosocial model of disability-related child behaviour problems. *British Journal of Health Psychology*, 9, 1-13.
- Woolfson, L. (2005) Disability and the parenting paradox. *The Psychologist. Disability Special Issue*, 18(7), 421-422.
- Ysseldyke, J., & Algozzine, B. (2006). *Working with families and community agencies to support students with special needs*. Thousands Oakes, CA: Corwin Press.
- Zipper, I. N., & Simeonsson, R. J. (2004). Developmental vulnerability in young children with disabilities. In M. W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood. An ecological perspective* (pp. 161-182). Washington, DC: NAWS.

Psychotherapeutic interventions in families with children with disabilities: Principles and rationale of the ecosystemic psychodynamic model

ILIAS E. KOURKOUTAS¹

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present the development of family centered approaches and intervention models focusing on families with children with various forms of disability. In addition, the key principles, the rationale and the techniques of the psychodynamic ecosystemic model targeting families with children with particular difficulties or disabilities, will be presented. The present model aims at helping families and children with disabilities at risk for the development of secondary psychosocial disorders. Finally, intervention difficulties, as well as family problems that professionals working with this model are facing will be discussed.

Keywords: Families with children with disabilities, Psychotherapeutic interventions, Ecosystemic Psychodynamic model.

1. *Address:* Assistant Professor, Department of Elementary Education, University Campus, Gallos, 74100 Rethymno, Crete, Greece. Tel.: +30 2831077647. Fax: +30 2831077596. E-mail: hkourk@edc.uoc.gr