

ΜΕΡΟΣ Ι.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ

2

Μοντέλα αντίστασης

Η ιδέα ότι οι ασθενείς ίσως να αντιστέκονται στην αλλαγή αποτελεί ένα κεντρικό θέμα στην ψυχοθεραπεία για περισσότερο από έναν αιώνα. Στη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα, πολλοί νευρολόγοι (οι πρόδρομοι των ψυχιάτρων) αντιμετώπιζαν την ψυχοπαθολογία ακριβώς με όρους αντίστασης. Αυτοί οι πρώιμοι παρατηρητές της νευρώσης υποστήριζαν ότι μεγάλο μέρος της ψυχοπαθολογίας οφειλόταν σε υποκριτικές αρρώστιες· δηλαδή, κάποιοι ασθενείς απλώς παραποιούσαν τα συμπτώματά τους, προκειμένου να αποκομίσουν κοινωνικά οφέλη, όπως επιχειρήματα για ανικανότητα, απαλλαγή από ευθύνες, προσοχή και συμπάθεια από τους άλλους (Shorter, 1997). Πράγματι, η συμβολή του Breuer και του Freud (1895/1955) ήταν ότι πρότειναν πως η ψυχική ασθένεια οφειλόταν σε εσωτερικές συγκρούσεις στον ψυχισμό του ασθενή, πολλές από τις οποίες υπέθεταν ότι ήταν άγνωστες στον ίδιο.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ;

Πριν να είμαστε σε θέση να αναπτύξουμε ένα μοντέλο για την αντίσταση, χρειάζεται να ορίσουμε τι είναι αντίσταση (resistance). Αυτό δεν είναι εύκολο έργο. Η αντίσταση είναι μια εννοιολογική κατασκευή εντός ενός συγκεκριμένου πλαισίου (contextual construct), με την έννοια ότι αναφέρεται στο πώς ένας ασθενής δεν υιοθετεί ένα συγκεκριμένο ρόλο που καθορίζεται από το θεραπευτή. Αν ο ασθενής αντιστέκεται στη θεραπεία, πρέπει πρώτα να κατανοήσουμε τι προσδοκάται από αυτόν στη θεραπεία. Για παράδειγμα, ανάλογα με τη συγκεκριμένη θεραπεία, η αντίσταση μπορεί να πάρει τη μορφή της υπερβολικής επικέντρωσης ή υποτίμησης των συναισθημάτων, της υπερβολικής ή της πολύ περιορισμένης αναφοράς στο παρελθόν, της εκμαίευσης από το θεραπευτή συμβουλών ή την αποφυγή συμβουλών. Τα ψυχαναλυτικά θεραπευτικά μοντέλα ίσως δίνουν έμφαση στην κάθαρση των συναισθημάτων, ενώ τα γνωστικά - συμπεριφορικά μοντέλα ίσως δίνουν έμφαση σε στρατηγι-

κές επίλυσης προβλημάτων. Αυτό που σε μια θεραπεία μπορεί να θεωρείται αντίσταση σε μια άλλη θεραπεία ίσως είναι το ζητούμενο.

Αλλά υπάρχουν συγκεκριμένες συμπεριφορές, οι οποίες γενικά θεωρούνται «αντίσταση» ή «απουσία συμμόρφωσης», ασχέτως του τύπου θεραπείας που εφαρμόζεται. Για παράδειγμα, η μη προσέλευση στις συνεδρίες, η αργοπορία, η μη πληρωμή της θεραπείας, η υποτίμηση του θεραπευτή ή της θεραπείας, ή η διάσπαση στη διάρκεια της συνεδρίας, όλα πιστοποιούνται ως αντίσταση. Στη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, η αντίσταση του ασθενή ή η μη συμμόρφωσή του μπορεί να έχει τη μορφή της άρνησης να κρατήσει ατζέντα, της συχνής αλλαγής αντικειμένου συζήτησης, της άρνησης να απαντήσει σε ερωτήσεις, του ευτελισμού³ της συνεδρίας και της μη εκτέλεσης των κατ'οίκον έργων. Υπάρχουν παραδείγματα «αντίστασης επί της διαδικασίας», τα οποία συζητώ παρακάτω. Στην ψυχοδυναμικά προσανατολισμένη θεραπεία, η αντίσταση μπορεί να πάρει τη μορφή της αποκοπής από το συναίσθημα, της μη ανάκλησης σημαντικών γεγονότων, της εξιδανίκευσης ή υποτίμησης του θεραπευτή ή της εκδραμάτισης (acting out) μεταξύ των συνεδριών. Στο μοντέλο της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας, η αντίσταση γίνεται αντιληπτή ως μη συμμόρφωση ή μη συνεργασία σε ένα ρόλο επίλυσης προβλημάτων στο «εδώ και τώρα» (Beck και συν., 1990). Στην ψυχαναλυτική θεραπεία, η αντίσταση γίνεται αντιληπτή ως η ανικανότητα του πελάτη να διατηρήσει σε συνειδητό επίπεδο σχετικά δυσάρεστες σκέψεις και ως η τάση να «αντιδρά υπερβολικά» [εκδραματίζει] κατά τη μεταβίβαση (Strean, 1990).

Αντίσταση δε σημαίνει απλώς αποτυχία να βελτιωθεί κάποιος στη θεραπεία. Οι ασθενείς μπορεί να μη βελτιώνονται για πολλούς λόγους: εξαιτίας βιολογικών εμποδίων σε περιπτώσεις ασθενειών που επιμένουν, εξαιτίας λανθασμένης διάγνωσης ή εξαιτίας της μη εφαρμογής της κατάλληλης θεραπείας. Αλλά τα θεωρητικά μοντέλα ίσως έχουν διαφορετική άποψη για το τι είναι βελτίωση και τι είναι αντίσταση. Τα ψυχαναλυτικά μοντέλα επιζητούν «δομικές αλλαγές», κυρίως μέσα από την ενόραση (insight) και δουλεύοντας μέσα από μια μακρά διαδικασία μεταβίβασης στη θεραπεία. Σύμφωνα με την άπο-

3. Ο όρος 'trivialize' συνδεδεμένος με τη θεραπεία ή τις συνεδρίες υπάρχει συχνά στο συγκεκριμένο βιβλίο.

Αναφέρεται στη συστηματική μεταφορά από τον ασθενή κοινότοπων και ασήμαντων πληροφοριών, οι οποίες δυσχεραίνουν ή δεν προάγουν τη θεραπευτική διαδικασία. Κρίθηκε ότι ο όρος ευτελισμός είναι ο πιο κατάλληλος για τη συγκεκριμένη χρήση (Σ.τ.Μ.)

ψη ότι η διαδικασία της αλλαγής είναι το ουσιώδες, μερικοί αναλυτές ίσως θεωρούν τη ραγδαία βελτίωση της διάθεσης του ασθενή ως «πέταγμα προς την υγεία» ή ως «μεταβιβαστική θεραπεία», και, άρα, ως μια αντίσταση από την πλευρά του ασθενή να ασχοληθεί άμεσα με υποκείμενες νευρωσικές συγκρούσεις.

Είναι σπάνιο για τους γνωστικούς θεραπευτές να θεωρήσουν τη ραγδαία βελτίωση ως αντίσταση. Έχουμε την τάση να επαινούμε τους εαυτούς μας (ίσως και υπερβολικά) για τα γρήγορα αποτελέσματα. Αλλά είναι συνεπές με το γνωστικό μοντέλο να θεωρούμε τη ραγδαία βελτίωση που ακολουθείται από διακοπή της θεραπείας ως αποφυγή της ανάγκης ενασχόλησης με υποκείμενες γνωστικές δυσλειτουργίες, όπως δυσπροσαρμοστικές υποθέσεις [σενάρια] και δυσπροσαρμοστικά σχήματα (Ingram, Miranda & Segal, 1998; Young, 1990). Επιτρέπεται να κάνουμε μια νόμιμη διάκριση μεταξύ του «αισθάνομαι καλύτερα» και του «γίνομαι καλύτερα», όπου το τελευταίο εμπεριέχει μετατροπή των σεναρίων και των σχημάτων τα οποία καθιστούν κάποιον ευάλωτο στην κατάθλιψη. Επιτρέπεται, επίσης, να υποστηρίξουμε ότι η θεραπεία ενός ασθενή είναι ημιτελής, εφόσον δεν έχει αποκτήσει εκείνες τις δεξιότητες αυτοβοήθειας που θα τον βοηθήσουν στο μέλλον, αν προκύψει μια κρίση. Για το λόγο αυτόν, δε θα συμπεραίναμε ότι μια θεραπεία είναι επιτυχής ή ολοκληρωμένη, αν ένας ναρκισσιστής ασθενής ένιωθε καλύτερα, επειδή, κατά τη διάρκειά της, απέκτησε έναν καινούριο θαυμαστή. Ούτε θα υποστηρίζαμε ότι ο ασθενής που επιχείρησε να αυτοκτονήσει την προηγούμενη εβδομάδα ολοκλήρωσε τη θεραπεία, απλώς επειδή δεν έχει αυτοκτονικές τάσεις σήμερα.

Τα ψυχαναλυτικά μοντέλα και τα γνωστικά-συμπεριφορικά μοντέλα (όπως εξελίχθηκαν πρόσφατα) μοιράζονται κάποιους κοινούς τόπους, θεωρώντας ότι μια θεραπεία είναι ημιτελής, αν δεν έχει ασχοληθεί με τα υποκείμενα τρωτά σημεία του ασθενή. Ίσως ο ψυχαναλυτικός θεραπευτής βλέπει αυτά τα τρωτά σημεία ως πιο βαθιά, περίπλοκα και δύσκολα στη θεραπευτική προσέγγιση. Αντίθετα, ο γνωστικός θεραπευτής θεωρεί ότι μπορούν να συγκεκριμενοποιηθούν με όρους δυσπροσαρμοστικών σχημάτων και σεναρίων, και απόκτησης δεξιοτήτων αυτοβοήθειας. Αλλά η ημιτελής θεραπεία ίσως αποτελεί μια μόνο ένδειξη αντίστασης. Μπορεί να ισχύει ότι πολλοί γνωστικοί - συμπεριφορικοί θεραπευτές επιθυμούν να θεωρήσουν μια θεραπεία ως ολοκληρωμένη πριν όντως αυτό συμβεί - ίσως από την επιθυμία του θεραπευτή να νιώσει αποτελεσματικός - ενώ οι ψυχαναλυτικοί θεραπευτές μπορεί να θεωρήσουν ότι η θεραπεία είναι σχεδόν ατέρμονη - ίσως εξαιτίας της επιθυμίας τους να είναι πλήρης [η θεραπεία]. Με τη γνωστική θεραπεία, ο ασθενής μπο-

ρει να φύγει από τη θεραπεία πρόωρα, εξαιτίας της «ψευδαίσθησης της λειτουργικότητας» – δηλαδή, ο ασθενής να φαίνεται ότι αισθάνεται καλύτερα και λειτουργεί καλύτερα. Ωστόσο, οι υποκείμενες ευαλωτότητες του ασθενή μπορεί να μην έχουν αντιμετωπιστεί. Με την ψυχαναλυτική θεραπεία, οι θεραπευτικοί στόχοι μπορεί να είναι τόσο ασαφείς, που ο ασθενής και ο θεραπευτής να μη συμφωνήσουν ποτέ ως προς τα κριτήρια της ολοκλήρωσής της.

Δεν υπάρχει ένας γενικά αποδεκτός ορισμός για την αντίσταση. Οπότε, με κίνδυνο να αυθαιρετήσω, θα προτείνω έναν ορισμό για τη γνωστική-συμπεριφορική αντίσταση. *Αντίσταση* είναι οτιδήποτε, στη συμπεριφορά ενός ασθενή, στον τρόπο που σκέφτεται, στις συναισθηματικές αντιδράσεις και στο διαπροσωπικό του στυλ, παρεμποδίζει την ικανότητά του να αξιοποιήσει τη θεραπεία και να αποκτήσει την επάρκεια να χειρίζεται προβλήματα έξω από τη θεραπεία και μετά το πέρας της. Τα «απαιτούμενα χαρακτηριστικά» [ή εννοούμενες παραδοχές] (demand characteristics) (ΣημΕπ1) της γνωστικής θεραπείας περιλαμβάνουν τα εξής: έμφαση στο «εδώ και τώρα», δομημένες συνεδρίες, ύπαρξη συνέχειας μεταξύ των συνεδριών, προσανατολισμό στην επίλυση προβλημάτων, λογική σκέψη, συνεργασία με το θεραπευτή, ψυχοεκπαίδευση και παροχή πληροφοριών, ενεργό ρόλο και από τον ασθενή και από το θεραπευτή, υπευθυνότητα, η οποία διαφαίνεται μέσα από τη συγκεκριμενοποίηση, τη μέτρηση και την επίτευξη των στόχων τους, και συνεργασία στην επιτέλεση ασκήσεων αυτοβοήθειας (βλέπε Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, J. Beck, 1996, Leahy, 1996a). Σύμφωνα με τον ορισμό της αντίστασης που πρότεινα παραπάνω, αντίσταση είναι οτιδήποτε παρεμβαίνει σε αυτά τα απαιτούμενα χαρακτηριστικά. Ακόμα περισσότερο, ο ορισμός μου για την αντίσταση προτείνει ότι υπάρχει αντίσταση στην πρόωρη διακοπή, ακόμα και αν ο ασθενής νιώθει καλύτερα. Αυτό, επειδή ο στόχος της θεραπείας είναι να τον βοηθήσει να αποκτήσει δεξιότητες αυτοβοήθειας και να μεταστρέψει εκείνα τα σενάρια και τα σχήματα που τον καθιστούν ευάλωτο. Ίσως πολλοί γνωστικοί-συμπεριφορικοί θεραπευτές να θεωρήσουν ότι προσδοκώ πάρα πολλά από τη θεραπεία. Πιθανόν. Αλλά πιστεύω ότι οι ασθενείς οι οποίοι έχουν αυτά τα τρωτά γνωστικά σημεία ή οι οποίοι δε διαθέτουν την ικανότητα να αξιοποιήσουν την αυτοβοήθεια αντιμετωπίζουν ένα σημαντικό κίνδυνο υποτροπής του προβλήματός τους.

Στα υπόλοιπα τμήματα αυτού του κεφαλαίου, παραθέτω μια σύντομη επισκόπηση των ψυχαναλυτικών, γνωστικών, συμπεριφορικών μοντέλων για την αντίσταση. Στο κεφάλαιο 3, αρχίζω τη συζήτηση για την αντίσταση επί της διαδικασίας στη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, προκειμένου να παρουσιά-

σω μερικές συγκεκριμένες παρεμβάσεις που είναι ευρείας εφαρμογής. Ακολουθεί το Δεύτερο Μέρος, «Διαστάσεις της Αντίστασης», όπου περιγράφω επτά διαφορετικές διαστάσεις της αντίστασης και τους τρόπους αντιμετώπισής τους από το θεραπευτή. Στο Τρίτο Μέρος, ασχολούμαι με την αντιμεταβίβαση – την οποία θεωρώ ως την αντίσταση του θεραπευτή προς τον ασθενή – κυρίως με το πώς η αντίσταση του θεραπευτή μπορεί να γίνει κατανοητή ως μια αντίδραση στην αντίσταση του ασθενή.

ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ

Το μοντέλο του Freud για την αντίσταση βασίζεται στην άποψη ότι ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με άλλτες συγκρούσεις (Breuer & Freud, 1895/1955; Freud, 1923/1961). Ο Freud προχώρησε σε μια δομική θεωρία, όπου πρότεινε ότι ο ψυχισμός θα μπορούσε να διαχωριστεί στο Εκείνο (Id), στο Εγώ (Ego) και στο Υπερεγώ (Superego) (ΣημΕπ2). Το Εκείνο αντιστοιχούσε σε ισχυρές ενστικτώδεις δυνάμεις, όπως η σεξουαλικότητα και η επιθετικότητα, οι οποίες απαιτούσαν άμεση ικανοποίηση ανεξαρτήτως των συνεπειών. Στο άλλο άκρο, το Υπερεγώ αντανάκλουσε την εσωτερίκευση των κριτηρίων, των εθίμων και της ηθικής, όπως μαθεύτηκαν από τους γονείς και άλλους κοινωνικούς φορείς. Το Εγώ μετρίαζε τις συγκρούσεις μεταξύ του Εκείνο και του Υπερεγώ, μέσα από μια αξιολόγηση της πραγματικότητας, ελέγχοντας το ενορμητικό και αρχέγονο Εκείνο και μετριάζοντας τις υπερβολικές απαιτήσεις του Υπερεγώ. Έτσι, οι ενορμήσεις του Εκείνο για σεξουαλική ευχαρίστηση, οι οποίες θα ζητούσαν άμεση ικανοποίηση, θα έρχονταν αντιμέτωπες με το Υπερεγώ, το οποίο ίσως «απαιτούσε» την απώθηση κάθε σεξουαλικής επιθυμίας ως «διαβολικής». Το Εγώ, ασκώντας τη λειτουργία του μετριάσμου, ίσως μετέτρεπε αυτήν τη σεξουαλική ευχαρίστηση σε κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά, όπως εκδήλωση τρυφερότητας προς το σύντροφο. Μπορεί, επίσης, να επαναπροσανατόλιζε αυτήν τη σεξουαλική ενέργεια σε άθληση ή άλλες φυσικές δραστηριότητες.

Ο επαναπροσανατολισμός των ενορμήσεων του Εκείνο συνιστά τη θεμελίωση των αμυνών του Εγώ, στο μοντέλο του Freud. Σύμφωνα με το ψυχαναλυτικό μοντέλο, αυτές οι άμυνες του Εγώ, οι οποίες καταπιέζουν και επαναπροσανατολίζουν τις ενορμήσεις του Εκείνο, αποτελούν μια οικονομική ή αποτελεσματική λύση για τις απαιτήσεις που θέτουν και το ορμέμφυτο και το Υπερεγώ. Ο Sigmund Freud (1912/1958, 1923/1961) και η Anna Freud (1946) αναγνώρισαν διάφορες άμυνες του Εγώ (ή άμυνες στην «υπηρεσία του Εγώ»).

Αυτές περιλαμβάνουν την απώθηση, την άρνηση, την εξιδανίκευση, την απομόνωση, την εκλογίκευση, τη μετάθεση, την παλινδρόμηση, την προβολή και τον αντιδραστικό μηχανισμό. Η άποψη ότι οι άμυνες του Εγώ παρέχουν τους πλέον αποτελεσματικούς τρόπους, για να μετριάζονται οι ενορμήσεις του Εκείνο, υπαινίσσεται ότι η απομάκρυνση αυτών των αμυνών, χωρίς την υιοθέτηση αντίστοιχων προσαρμοσμένων λειτουργιών, θα κατέληγε σε αύξηση της ψυχοπαθολογίας.

Το ψυχαναλυτικό θεραπευτικό μοντέλο δίνει έμφαση στη σημασία της αντίστασης. Σύμφωνα με αυτό, οι ασθενείς είναι συνήθως ανυποψίαστοι για το ποιο είναι το πραγματικό πρόβλημα, ακριβώς επειδή οι άμυνές τους τους παρεμποδίζουν από τη συνειδητοποίηση των πραγματικών συγκρούσεών τους. Το «σύμπτωμα» που παρουσιάζεται στη θεραπεία σπάνια είναι το αληθινό πρόβλημα, αλλά μάλλον είναι η συμβολική αναπαράσταση εσωτερων συγκρούσεων. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο των αμυνών του Εγώ, ο ασθενής αρπάζεται από το σύμπτωμα, γιατί τον προστατεύει από την ανάδυση αυτής της εσωτερικής σύγκρουσης, την οποία βιώνει ως πρωτόγονη και ως κάτι που τον κατακλύζει. Αν το σύμπτωμα απομακρυνθεί, θα εμφανιστούν άλλα νευρωτικά συμπτώματα, για να αναλάβουν τον αμυντικό ρόλο του αρχικού συμπτώματος. Επομένως, σύμφωνα με το μοντέλο της ψυχολογίας του Εγώ μέσα στα πλαίσια της ψυχαναλυτικής θεωρίας, η αντίσταση προσεγγίζεται με όρους συγκεκριμένων μηχανισμών άμυνας, όπως προβολή (projection), άρνηση (denial) (ΣημΕπ3), διανοητικοποίηση (intellectualization), μόνωση (isolation), μετάθεση (displacement), απώθηση (repression) και μετουσίωση (sublimation). Ο ψυχολόγος του Εγώ επικεντρώνει την προσοχή του στην ανάλυση των συγκεκριμένων αμυντικών μηχανισμών και στον τρόπο που αυτοί λειτουργούν και παρεμποδίζουν τη βελτίωση στη θεραπεία. Στη συζήτηση που κάνω παρακάτω για τις διαδικασίες των σχημάτων, θα δούμε ότι η γνωστική θεραπεία που επικεντρώνεται στα σχήματα των διαταραχών προσωπικότητας δίνει επίσης έμφαση στους γνωστικούς μηχανισμούς της αποφυγής (avoidance) και της αναπλήρωσης (compensation) – μηχανισμούς που προσομοιάζουν αρκετά με τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ (βλέπε Beck και συν., 1990; Young, 1990).

Ο στόχος της ψυχαναλυτικής θεραπείας είναι να αναλύει τις ασυνείδητες συγκρούσεις του ασθενή, σε μια προσπάθεια να αντικαταστήσει τις συγκρούσεις μεταξύ του πρωτόγονου Εκείνο με το Εγώ και το Υπερεγώ με πιο προσαρμοστικές λειτουργίες. Όπως ανέφερε ο Freud, «Εκεί που είναι το Εκείνο, θα είναι το Εγώ» – ο στόχος της θεραπείας είναι η επιδιόρθωση της δομής του Εγώ. Στη θεραπεία, η έμφαση δίνεται στο να βοηθηθεί ο ασθενής στην παλινδρόμηση σε πα-

λαιότερες συγκρούσεις και να οδηγηθεί να επιστρέψει, μέσα από την επανορθωτική φύση της ερμηνείας και τη σημαντικότητα της θεραπευτικής σχέσης.

Ο Freud ξεκίνησε δίνοντας υπερβολική έμφαση στο να κατευθύνει τους ασθενείς στην αλλαγή του τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς τους (παρόμοια με πολλούς γνωστικούς θεραπευτές!), αλλά εγκατέλειψε αυτήν την προσέγγιση, επειδή πίστευε ότι οι ασθενείς θα επέστρεφαν στα αρχικά προβλήματά τους ή, σε μερικές περιπτώσεις, θα εμφάνιζαν καινούρια και διαφορετικά συμπτώματα. Όπως αναπτύχθηκε το μοντέλο του Freud, επικεντρώθηκε περισσότερο στη θεραπευτική σχέση καθεαυτή, την οποία αποκάλεσε «μεταβίβαση», επειδή πίστευε ότι αυτή η σχέση αντανάκλουσε τη μεταφορά ή τη γενίκευση, εκ μέρους του ασθενή, των πραγματικών συγκρούσεων με τους γονείς στο πρόσωπο του θεραπευτή. Οπότε, σύμφωνα με το Freud, η σχέση μεταβίβασης προσέφερε στον ασθενή μια μοναδική ευκαιρία να «παλινδρομήσει» και, επομένως, να ξαναζήσει τις πραγματικές συγκρούσεις του, αλλά αυτήν τη φορά μέσα στη σχέση-πλαίσιο του ουδέτερου, ερμηνευτικού αναλυτή.

Το ψυχαναλυτικό μοντέλο βλέπει την αντίσταση ως ουσιαστικό παράμετρο της θεραπείας. Σύμφωνα με το μοντέλο, ο ασθενής και ο θεραπευτής εμπλέκονται σε μια μακρά διαδικασία μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης, τέτοια ώστε η θεραπεία να συνεπάγεται επεξεργασία των αντιστάσεων, μέσα από τη μεταβίβαση και την παλινδρόμηση του ασθενή σε παλαιότερες συγκρούσεις. Αφού η ψυχοπαθολογία προσεγγίζεται ως μια δυσλειτουργία των αμυνών του Εγώ (οι οποίες διατηρούν τη σύγκρουση), η θεραπεία περιλαμβάνει την άμεση αντιμετώπιση αυτών των αμυνών. Ανάλογα με το εκάστοτε αναλυτικό μοντέλο, ο θεραπευτής μπορεί να ερμηνεύει άμεσα τις άμυνες, να επικεντρώνεται στο πώς η μεταβίβαση του ασθενή παρεμβαίνει στη θεραπεία, να παρέχει μια επανορθωτική συναισθηματική εμπειρία μέσα από την ενσυναισθητική αντανάκλαση και σχέση ή να εμπλέκεται σε μια επανορθωτική «γονική σχέση» (βλέπε Kernberg, 1975, 1978; Kohut, 1971, 1977; Masterson, 1976; Winnicott, 1986).

Οι γνωστικοί-συμπεριφορικοί θεραπευτές δεν είναι γενικά φιλικόι προς τα ψυχαναλυτικά μοντέλα. Αυτή η θεωρητική αντιπάθεια είναι το αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Πρώτον, μπορεί απλώς οι γνωστικοί-συμπεριφορικοί θεραπευτές να επιθυμούν να εγκαθιδρύσουν το δικό τους θεωρητικό «χωράφι», αποκλείοντας κάθε άλλη θεραπευτική πρακτική. Για να είμαι απόλυτα ειλικρινής, έχω ανακαλύψει ότι αυτή η θεωρητική «αγνότητα» συνηθίζεται περισσότερο μεταξύ των καινούριων ή εκείνων των επαγγελματιών που δε βλέπουν πολλούς ασθενείς στην κλινική πράξη. Πολλοί έμπειροι κλινικοί – ασχέτως του προσανατολισμού τους – είναι πρόθυμοι να δανειστούν ή να κλέψουν

από κάθε [θεραπευτική] πρακτική, απλώς για να είναι πιο αποτελεσματικοί ως κλινικοί. Δεύτερον, η ψυχαναλυτική σκέψη απορρίπτεται, επειδή η γνωστική και η συμπεριφορική θεραπεία έδιναν, αρχικά, έμφαση είτε σε ορατές συμπεριφορές ή σε σκέψεις συνειδητές του «εδώ και τώρα». Πράγματι, η αρχική εργασία του Beck, στη γνωστική θεραπεία, ήταν μια αντίδραση στους εμφανείς περιορισμούς της ψυχαναλυτικής θεραπείας. Ωστόσο, η γνωστική θεραπεία έχει μια μακρά ιστορία ανάπτυξης, από τις αρχές του 1980, αρχίζοντας με το συγκερασμό της θεωρίας της προσκόλλησης του Bowlby, από τους Guidano και Liotti (1983), με τη θεωρία του Beck. Ακολούθησε η ανάλυση των διαταραχών προσωπικότητας από τους Beck και συν. (1990), η οποία υπογράμμιζε τη σημασία των αντισταθμιστικών σκέψεων και τη συνεχή επίδραση των πρώιμων δυσπροσαρμοστικών σχημάτων, για να καταλήξουμε στα πιο πρόσφατα συγκεραστικά μοντέλα⁴ (integrative models) που πρότειναν οι Safran (1998) και Young (1990). Τρίτον, οι γνωστικοί- συμπεριφορικοί θεραπευτές δίνουν έμφαση στη θεραπεία βάσει εγχειριδίου, τονίζοντας την ομοιομορφία της τεχνικής, ανεξάρτητα από τα ειδικά χαρακτηριστικά του ασθενή. Αυτή η έμφαση στα εγχειρίδια και στις βραχυπρόθεσμες προσεγγίσεις οδήγησε σε μια ενδιαφέρουσα αμφισβήτηση, η οποία, αντίθετα, επικεντρώνεται στο σχεδιασμό της θεραπείας, από τη μια πλευρά, και στην ερμηνευτική ανάλυση κάθε περίπτωσης, από την άλλη (βλέπε Persons, 1989).

Αυτή η θεωρητική πόλωση προκαλεί μια λανθασμένη διχοτόμηση. Οι έμπειροι γνωστικοί θεραπευτές που γνωρίζω χρησιμοποιούν τη μεταβίβαση, παίρνουν υπόψη τους τη σημασία των αμυντικών μηχανισμών, τονίζουν την επίδραση που ασκούν τα πρώιμα αναπτυξιακά ζητήματα και – όντως – μιλούν για αντίσταση. Ο γνωστικός-συμπεριφορικός θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιεί διάφορες λέξεις από την επαγγελματική διάλεκτο – αναφέροντας την αντίσταση ως «έλλειψη συνεργασίας στη θεραπεία» ή «απουσία κινήτρων», ονομάζοντας τους αμυντικούς μηχανισμούς ως «αντισταθμιστικά σχήματα» και αναφέροντας τα αναπτυξιακά θέματα ή τη συμπεριφορά παλινδρόμησης ως «επίδραση από πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα» – αλλά αναφέρεται στα ίδια θέματα.

Μέσα από αυτό το βιβλίο αξιοποιώ οποιεσδήποτε θεωρητικές ιδέες θεωρώ σημαντικές να μας βοηθήσουν στην κατανόηση της αντίστασης. Δανείστη-

4. Ο όρος 'integrative models' έχει αποδοθεί στα ελληνικά συνήθως με τους όρους «συγκεραστικά», «συνθετικά», «ολιστικά», «ενοποιητικά», «ενοποιημένα», «συνδυαστικά» και «απαρτιωτικά μοντέλα» (Σ.τ.Μ).

κα από την ψυχαναλυτική σκέψη, από τον Bowlby, τον Piaget, την ηθική φιλοσοφία, τα μικροοικονομικά μοντέλα, τη γνωστική ψυχολογία, τα συμπεριφορικά μοντέλα και – το πιο σημαντικό για μένα – από τη δική μου εμπειρία στη θεραπεία ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ

Αν και οι συμπεριφοριστές παραδοσιακά αποφεύγουν τον όρο «αντίσταση», γνωρίζουν πολύ καλά ότι πολλοί ασθενείς δεν ακολουθούν τις θεραπευτικές οδηγίες. Προτιμώντας να αναφέρουν αυτούς τους ασθενείς ως «μη συνεργάσιμους», παρά ως «αντιστεκόμενους» (από τη στιγμή που το τελευταίο αποδίδει το στοιχείο του κινήτρου στη συμπεριφορά του ασθενή), οι συμπεριφοριστές ασχολούνται με αυτό το θέμα με όρους του μοντέλου της μάθησης και της ενίσχυσης.

Σύμφωνα με το συμπεριφορικό μοντέλο, η αποτυχία του ασθενή να συνεργαστεί στη θεραπεία ίσως να είναι το αποτέλεσμα ακατάλληλων ενισχυτών (reinforcers) ή της σύνδεσης των ενισχύσεων (reinforcement contingency). Οι ακατάλληλοι ενισχυτές περιλαμβάνουν ενισχύσεις ή συνέπειες, οι οποίες είναι αδιάφορες στον ασθενή, δεν είναι διακριτές ή εφαρμόζονται όταν ο αυτός νιώθει κορεσμένος. Μια *αδιάφορη* ενίσχυση θα ήταν μια συνέπεια όχι έντονα επιθυμητή από τον ασθενή. Για παράδειγμα, ένας εριστικός έφηβος δεν ενισχύεται από τον έπαινο του δασκάλου του, από τη στιγμή που θεωρεί ότι ένας τέτοιος δημόσιος έπαινος τον φέρνει σε σύγκρουση με το ρόλο του νταή που έχει στους φίλους του. Οι ενισχύσεις που δεν είναι *διακριτές* περιλαμβάνουν αδύναμους ενισχυτές, τους οποίους δεν προσέχει ο ασθενής, όπως το κούνημα της κεφαλής όταν ο ίδιος συνεργάζεται. Οι ενισχύσεις δε θα είναι αποτελεσματικές, αν ο ασθενής νιώθει *κορεσμένος* σε αυτόν τον τομέα· για παράδειγμα, οι ευκαιρίες για αλληλεπίδραση με τους άλλους δε θα είναι ενισχυτικές, αν ο ασθενής έχει ήδη πολλές κοινωνικές επαφές.

Η μη σύνδεση (noncontingency) – ή η αντίληψη της μη σύνδεσης – θα επηρεάσει την ενίσχυση. Αν η ενίσχυση συμβαίνει ανεξάρτητα από τη συχνότητα εμφάνισης της συμπεριφοράς, θα αποτύχει να διατηρήσει ή να αυξήσει την επιθυμητή συμπεριφορά. Άλλοι λόγοι για έλλειψη συνεργασίας είναι η ενίσχυση συμπεριφορών οι οποίες συγκρούονται με τους στόχους της θεραπείας. Για παράδειγμα, ο αλκοολικός ασθενής ίσως ενισχύεται στο να πίνει από τους φίλους του που πίνουν. Πράγματι, αν απέχει [από το ποτό] μπορεί να γελοιοποιηθεί ή να αποκλειστεί [κοινωνικά].

Συχνά, [η θεραπεία] με αντιστεκόμενους ασθενείς έχει μικρή διάρκεια, λόγω καθυστέρησης της [αποκόμισης] ικανοποίησης. Συνήθως προσδοκούν άμεση ενίσχυση στο 100%. Η αντίσταση στον έλεγχο του βάρους ή στην τροποποίηση εξαρτημένης συμπεριφοράς εμπεριέχει συχνά αυξημένη ματαιώση. Η απομάκρυνση των επιβραβευτικών συνεπειών της υπερφαγίας, του ποτού ή του καπνίσματος μόνο αυξάνει τη ματαιώση του ασθενή και κάνει την καθυστέρηση της άντλησης ικανοποίησης ακόμα πιο δύσκολη. Η καθυστέρηση της ικανοποίησης μπορεί να βελτιωθεί, αν αντιμετωπιστεί το θέμα άμεσα: «Ίσως πρέπει να περιμένεις περισσότερο από όσο θα ήθελες για το αποτέλεσμα που επιθυμείς». Στο διάστημα που ο ασθενής βιώνει την καθυστέρηση, μπορούν να εισαχθούν ενδιάμεσα βήματα ενίσχυσης. Αυτά περιλαμβάνουν την εφαρμογή επιθυμητών συμπεριφορών, όπως περιορισμό θερμίδων και αποχή, παράλληλα με αυτορρύθμιση (self-monitoring).

Επιπλέον, ο ασθενής και ο θεραπευτής μπορούν να χρησιμοποιήσουν *διαμεσολαβητικούς ενισχυτές* (*mediating reinforcers*), ενισχυτές, δηλαδή, με συμβολική αξία ή τέτοιους που να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ανταλλαγή με άλλους ενισχυτές: για παράδειγμα, συμβολικά κέρματα. Ακόμα περισσότερο, η καθυστέρηση της ικανοποίησης του ασθενή μπορεί να βελτιωθεί με την επικέντρωση σε συμπεριφορές, αντί σε αποτελέσματα: αντί να μετράει τα κιλά που έχει χάσει, ο ασθενής μπορεί να αυτορρυθμίζει θετικές συμπεριφορές στη διαδικασία της αλλαγής. Η συνομιλία με τον εαυτό (self statement) βελτιώνει επίσης, με δραματικό τρόπο, την ικανότητα αντοχής της καθυστέρησης. Η αξία της συνομιλίας με τον εαυτό ή η αυτοενίσχυση έγκειται στο ότι είναι, δυναμικά, πάντα διαθέσιμες και κάτω από τον έλεγχο του ασθενή. Η στήριξη από το περιβάλλον, από τους συνομήλικους, από τα μέλη της ομάδας (ειδικά οι ομάδες των 12 βημάτων για τους εξαρτημένους), τα μέλη της οικογένειας, το θεραπευτή και άλλους (π.χ., προσωπικούς εκπαιδευτές) μπορεί να μετριάσει επίσης, τη δυσφορία από την καθυστέρηση της ικανοποίησης.

Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις τονίζουν επίσης, τη σημασία της «διαμόρφωσης» (*shaping*) της συμπεριφοράς στη διαχείριση της μη συνεργασίας. Πολύ συχνά ο θεραπευτής και ο ασθενής ίσως να έχουν βάλει τη γραμμή βάσης και το στόχο πολύ ψηλά. Ο ασθενής που δε συνεργάζεται στα έργα αυτοβοήθειας ίσως να χρειάζεται τον επιμερισμό της ζητούμενης συμπεριφοράς στα στοιχεία της και σε πιο απλά βήματα. Αυτά τα βήματα μπορεί μετά να τα προβάρει μέσα στη συνεδρία και να τα εφαρμόσει έξω από αυτήν. Ο θεραπευτής μπορεί επίσης, να λειτουργήσει ως μοντέλο αυτών των συμπεριφορών μέσα στη συνεδρία, συμπεριλαμβανοντας και τις αυτοενισχυτικές δηλώσεις, οι

οποίες ίσως βελτιώσουν τη συνεργασία του ασθενή και διατηρήσουν τη συμπεριφορά. Μπορεί να γίνουν αλυσίδες συμπεριφοράς, τέτοιες ώστε ο μη συνεργαζόμενος ασθενής να εκτελεί έναν κρίκο της αλυσίδας κάθε φορά, να απολαμβάνει μια προσυμφωνημένη αμοιβή και ύστερα να εκτελεί τους επόμενους κρίκους της αλυσίδας. «Η γεφύρωση του κενού» με τις ενισχύσεις είναι χρήσιμη στην απόκτηση και διατήρηση μιας συμπεριφοράς που ο ασθενής ίσως αποφεύγει.

Η εφαρμογή του μοντέλου είναι χρήσιμη όχι μόνο μέσα στις συνεδρίες, αλλά και έξω από αυτές. Μπορεί να ζητηθεί από τον ασθενή να εντοπίσει άτομα που φέρονται σύμφωνα με την επιθυμητή συμπεριφορά, και μετά να παρατηρήσει το ρεπερτόριο συμπεριφοράς του άλλου. Αυτή η εξατομικευμένη συμπεριφορά μπορεί μετά να εφαρμοστεί και να ρυθμιστεί από τον ίδιο. Μπορούμε να ζητήσουμε από τον ασθενή που δυσκολεύεται να ξεκινήσει μόνος του την επιθυμητή συμπεριφορά, να γράψει μια περιγραφή της συμπεριφοράς ενός πετυχημένου μοντέλου το οποίο παρατηρεί. Για παράδειγμα, αυτός που δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει το αφεντικό του μπορεί να εντοπίσει ένα συνάδελφό του που τα καταφέρνει με το αφεντικό, και μετά να περιγράψει την επιτυχημένη συμπεριφορά του. Αυτό μπορεί κατόπιν να χρησιμεύσει για τον ασθενή ως ένας κατάλογος συμπεριφορών –στόχων, την εφαρμογή των οποίων θα ρυθμίζει ο ίδιος ασθενής στην εφαρμογή τους.

Οι θεραπευτικές αποτυχίες ίσως να οφείλονται στο γεγονός ότι ο ασθενής απλώς δεν ξέρει τι να κάνει για να πετύχει μια ενίσχυση. Για παράδειγμα, το να στείλουμε ένα χρόνια συνεσταλμένο και αμήχανο ασθενή σε κοινωνικές συγκεντρώσεις, με την οδηγία «να συναντήσει μερικούς ανθρώπους», θα γυρίσει σε βάρος του, αν αυτός δε γνωρίζει πώς ή πότε να επιδείξει την πρόεπουσα κοινωνική συμπεριφορά. Παρόμοια, μερικοί ασθενείς ίσως να «αντιστέκονται» στην αλλαγή, επειδή απλώς δε γνωρίζουν πώς να εφαρμόσουν μια επιτυχή επίλυση προβλήματος – ή, αν το κάνουν, να μη θεωρούν ότι αρμόζει σε ένα δεδομένο πλαίσιο (Nezu & Nezu, 1989). Αυτά τα παραδείγματα αναδεικνύουν τη σημασία της απόκτησης δεξιοτήτων στην αντιμετώπιση της έλλειψης συνεργασίας, όπου ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή στην απόκτηση κατάλληλης κοινωνικής συμπεριφοράς και δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων.

Η έλλειψη συνεργασίας μπορεί να αντιμετωπιστεί, επίσης μέσα από τιμωρητικές τεχνικές, οι οποίες κατ' ευφημισμό περιγράφονται ως «κόστος αντίδρασης» (response cost). Αυτές οι τεχνικές περιλαμβάνουν την εφαρμογή αρνητικών ή αποφευκτέων συνεπειών, κάθε φορά που δεν εκτελούνται τα κατ' οίκον έργα. Ως παραδείγματα του κόστους αντίδρασης θεωρούνται η ανάθε-

ση ξανά του κατ' οίκον έργου, η εκτέλεση του έργου στη διάρκεια της συνεδρίας, η αύξηση του όγκου του, εξαιτίας της μη συνεργασίας, ή ο καθορισμός ενός «προοτίμου», το οποίο θα πληρώσει ο ασθενής προκαταβολικά, πριν από την ανάθεση του επόμενου κατ' οίκον έργου. Πάρτε την περίπτωση μιας ασθενούς η οποία συνεχώς απέφευγε να κάνει το πρόγραμμα άσκησης για την απώλεια βάρους. Συμφώνησε να συμπληρώσει μια επιταγή για τη λιγότερο συμπαθή σε αυτήν οργάνωση, η οποία θα ταχυδρομούνταν από το θεραπευτή προς την οργάνωση, αν αποτύγχανε να συμμορφωθεί με την επόμενη οδηγία για κατ' οίκον έργο. Αυτό αποδείχθηκε ιδιαίτερα κινητοποιητικό, οπότε και συνεργάστηκε.

Η γνωστική προσέγγιση διατείνεται ότι τα άτομα διαφέρουν σημαντικά στην τάση τους να «επιδιώκουν» ενισχύσεις. Τα καταθλιπτικά άτομα είναι συχνά *αρνητικοί ιχνηλάτες*, δηλαδή, επικεντρώνονται στα λάθη του παρελθόντος τους και στις ματαιώσεις που συνδέονται με αυτά. Αποτυγχάνουν να δουν τους διαθέσιμους ενισχυτές. Πολύ περισσότερο, μπορεί και να υποτιμούν τις ενισχύσεις όταν τις βλέπουν, με το επιχείρημα ότι αυτές δεν έχουν πραγματικά καμία αξία, γιατί είναι τόσο υλικές ή τόσο αδύναμες. Μερικά μη συνεργάσιμα άτομα, ιδιαίτερα στη συζυγική θεραπεία, έχουν *απαιτήσεις για απόλυτη αμοιβαιότητα* στις ενισχύσεις: προσδοκούν να εισπράξουν μια ενίσχυση για κάθε θετική συμπεριφορά που εκδηλώνουν. Άλλοι έχουν προσδοκίες ότι ο/η σύζυγός τους θα έπρεπε να τους ενισχύσει προτού αυτοί αλλάξουν. Υπάρχουν ακόμη άλλοι που δε θα ενισχύσουν το/τη σύντροφό τους, παρά μόνο αν ο άλλος σύζυγος επιδείξει μια σταθερή και διαρκή αλλαγή. Αυτοί οι «κανόνες για ενίσχυση» αποτελούν το στόχο των γνωστικών παρεμβάσεων που συζητώ μέσα από αυτό το βιβλίο.

ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ

Το μοντέλο του Ellis

Το μοντέλο του Albert Ellis για την αντίσταση δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο της τρέχουσας δυσλειτουργικής σκέψης. Ο Ellis (1985) προτείνει ότι η αντίσταση είναι συχνά το αποτέλεσμα των [διαφόρων] «πρέπει», χαμηλής ανοχής στη ματαίωση, μη ρεαλιστικών προσδοκιών, απόλυτης σκέψης και άλλων «παράλογων πεποιθήσεων». Το μοντέλο του Ellis για την αντίσταση – και η θεραπεία που απορρέει από αυτό – δε διαφέρει από τη γενική λογικοσυναίσθηματική προσέγγιση του Ellis. Η προσέγγισή του υπερτονίζει την άμεση

αντιπαράθεση με τις παράλογες σκέψεις του ασθενή, έτσι ώστε να «πρέπει» αυτός να αναγνωρίσει ότι οφείλει να εγκαταλείψει ή να «παραδώσει» τις παράλογες πεποιθήσεις του, προκειμένου να μπορέσει να βελτιωθεί.

Ο Ellis τονίζει ότι πολλές παράλογες πεποιθήσεις, όπως το «δεν αξίζω τίποτα», είναι δηλώσεις χωρίς νόημα. Υπογραμμίζει ότι έννοιες σαν την «αναξιοπία» δεν αποδεικνύονται εμπειρικά. Γι' αυτό στερούνται νοήματος. Εκτός από τη συνηθισμένη γνωστική αμφισβήτηση στη λογικοσυναισθηματική θεραπεία (RET), ο Ellis συστήνει να ενθαρρύνονται οι αντιστεκόμενοι ασθενείς να προσηλυτίσουν και άλλους, να χρησιμοποιούν το σταμάτημα της σκέψης (thought stopping) και να τραγουδούν λογικά τραγούδια που αμφισβητούν την παράλογη σκέψη. Επιπλέον, ο Ellis αναγνωρίζει την αξία των συμπεριφορικών και εμπειρικών τεχνικών για την αντιμετώπιση της αντίστασης.

Κάποιες τεχνικές της RET (όπως η εκτίμηση του κόστους και του οφέλους από μια πεποίθηση) έχουν ενσωματωθεί στο μοντέλο που θα προωθήσω εδώ. Επιπλέον, αν και υπερτονίζει το «σθένος» και τη «δύναμη» στην πρόκληση της αντίστασης, πολλοί θεραπευτές ίσως θεωρούν ότι μια προσέγγιση αντιπαράθεσης θα έχει ως μόνη κατάληξη τη μεγαλύτερη αντίσταση εκ μέρους των ασθενών τους. Όπως προσπαθώ να δείξω αργότερα, οι προσεγγίσεις αντιπαράθεσης μπορούν πράγματι να επιβεβαιώνουν πολλές από τις υποκείμενες σκέψεις αντίστασης που κάνουν οι ασθενείς – κυρίως εκείνοι οι οποίοι αντιστέκονται εξαιτίας της ανάγκης τους για αναγνώριση και δικαίωση ή εξαιτίας των ηθικών και δεοντολογικών πεποιθήσεών τους.

Το μοντέλο του Burns

Παρόμοια με το μοντέλο του Ellis για την αντίσταση, το μοντέλο του Burns (1989) στοχεύει στο ρόλο των γνωστικών διαστρεβλώσεων, οι οποίες καθορίζουν τη συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία. Ο Burns επικεντρώνεται στην έλλειψη συνεργασίας στις οδηγίες αυτοβοήθειας, αν και η προσέγγισή του είναι περισσότερο γενικευμένη. Στο βιβλίο του “The Feeling Good Handbook⁵”,

5. Το βιβλίο δεν κυκλοφορεί μεταφρασμένο στα ελληνικά. Ωστόσο, ο αναγνώστης που ενδιαφέρεται μπορεί να διαβάσει στην ιστοσελίδα του Psychomednet για το βιβλίο και να έρθει σε επαφή με μερικά αποσπάσματά του, όπως μεταφράστηκαν από τον ψυχίατρο Γ. Σκαπινάκη. Στα ελληνικά κυκλοφορεί από τις εκδόσεις Πατάκη (1994) το βιβλίο του 1980 “Αιστανθείτε καλά! Μια αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης χωρίς φάρμακα” (Σ.τ.Μ.).

ο Burns αναγνωρίζει 25 «λόγους για να μην κάνει κάποιος τα κατ' οίκον έργα». Μερικά παραδείγματα αυτών των λόγων περιλαμβάνουν την τελειομανία, την ανάγκη για επιβεβαίωση, την εμμονή στην πεποίθηση ότι όλα τα προβλήματα είναι ιατρικά, την «ευαισθησία στην πίεση» (αντιδραστικότητα), την ετικετοποίηση, την αίσθηση του αναφαίρετου δικαιώματος και τη συναισθηματική λογική. Ο θεραπευτής μπορεί να αμφισβητήσει κάθε μια από αυτές τις πεποιθήσεις, χρησιμοποιώντας τεχνικές της γνωστικής θεραπείας, περιλαμβανομένης της διερεύνησης του κόστους και του οφέλους, αξιολογώντας τα στοιχεία, παίρνοντας υπόψη τις εναλλακτικές πεποιθήσεις και στήνοντας πειράματα για να δοκιμαστούν αυτές.

Πολλές από τις αυτόματες σκέψεις που κάνουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς αποτελούν παράδειγμα αντίστασης στην αλλαγή. Περιλαμβάνουν μελλοντολογία («Δε θα τα καταφέρω»), σκέψεις του «όλα ή τίποτα» («Δεν τα καταφέρνω πουθενά»), υποτίμηση των θετικών («Κι αν ακόμα βελτιωθώ εδώ, δε μετράει») ή ετικετοποίηση («Είμαι ένας αποτυχημένος· άρα γιατί να ασχολούμαι;»). Πολλές από αυτές τις παραδοσιακές γνωστικές θεραπείες ενσωματώνονται στο επόμενο κεφάλαιο και σε κάθε κεφάλαιο για την αντίσταση.

Το μοντέλο των σχημάτων του Beck

Οι Beck και άλλοι (1990) διεύρυναν το μοντέλο των σχημάτων του Beck (Beck, 1967, Beck και συν., 1979) για την κατάθλιψη και το άγχος, προκειμένου να δημιουργήσουν ένα μοντέλο σχημάτων για τις διαταραχές προσωπικότητας. Σύμφωνα με αυτό, τα άτομα με χρόνια ή επαναλαμβανόμενα προβλήματα, τα οποία συνήθως συνυπάρχουν με διαταραχές προσωπικότητας, έχουν υιοθετήσει από νωρίς στην παιδική ηλικία δυσπροσαρμοστικά σχήματα. Αυτά τα σχήματα καθοδηγούν την προσοχή και εντείνουν την ανάκληση πληροφοριών που είναι συνεπείς προς το σχήμα. Τα καταθλιπτικά σχήματα επικεντρώνονται στην απώλεια, στην αποστέρωση και στην αποτυχία, ενώ τα αγχώδη σχήματα επικεντρώνονται στην απειλή που απορρέει από τον κίνδυνο της αξιολόγησης πλευρών του εαυτού (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). Οι *πυρηνικές πεποιθήσεις* (*personality schemas*) είναι γενικά θέματα διαπροσωπικής λειτουργίας και λειτουργίας του εαυτού, τα οποία αντιστοιχούν σε ευάλωτα σημεία [του ασθενή] και τα οποία ενεργοποιούνται από τρέχοντα γεγονότα της ζωής. Για παράδειγμα, μια εξαρτημένη γυναίκα, με το σχήμα της αβοηθησίας και της εγκατάλειψης, μπορεί να λειτουργεί αρκετά καλά, όσο βρίσκεται σε μια σχέση. Ωστόσο, αν αυτή η σχέση διαλυθεί, θα πέσει σε κατάθλιψη,

εξαιτίας των ανησυχιών της ως προς την αβοηθησία και την εγκατάλειψη. Πράγματι, ακόμα και μέσα στη σχέση, μπορεί να είναι ευαίσθητοποιημένη σε θέματα εγκατάλειψης, από τη στιγμή που η ανεξάρτητη λειτουργία της φαίνεται ανέφικτη, λόγω του σχήματός της για την αβοηθησία.

Το μοντέλο των Beck και συν. (1990) τονίζει την αποφυγή και την αναπλήρωση ως δυο γενικούς τρόπους αντιμετώπισης για αυτά τα προσωπικά σχήματα. Η *αποφυγή* (avoidance) είναι η τάση του ατόμου είτε να μην μπαίνει είτε να δραπετεύει από συνθήκες όπου το σχήμα ενεργοποιείται. Για παράδειγμα, το εξαρτημένο άτομο μπορεί να αποφεύγει συνθήκες που απαιτούν ανεξάρτητη λειτουργία: ανάληψη καινούριων ευθυνών, μετακίνηση σε νέα πόλη ή αλλαγή επαγγέλματος. Η *αναπλήρωση* (compensation) είναι η τάση του ατόμου να υπερβαίνει την απειλή που απορρέει από την έκθεση στο σχήμα, με το να εμπλέκεται σε «υπερβάλλουσα προσαρμοστική» συμπεριφορά. Για παράδειγμα, το εξαρτημένο άτομο μπορεί να μη διεκδικεί, να είναι υπερβολικά ευχάριστο και υποτακτικά ευγενές, απλώς για να διατηρήσει τη σχέση.

Η αντίσταση στην αλλαγή γι' αυτά τα άτομα θα ενέπλεκε και την αποφυγή και την αναπλήρωση. Αυτά τα άτομα ίσως βλέπουν τη θεραπεία ως απειλητική για το σχήμα τους. Η αλλαγή μπορεί να υπαινίσσεται ότι οι μηχανισμοί της αποφυγής και της αναπλήρωσης θα εγκαταλειφθούν και ότι θα υπάρξει μια άμεση απειλή η οποία θα τα κατακλύσει (Beck και συν., 1990, Guidano & Liotti, 1983). Στη θεραπεία, η αποφυγή μπορεί να πάρει τη μορφή της αραιής παρακολούθησης, των αποσυνδεδειγμένων αντιδράσεων, της υποτίμησης της ατζέντας, και της πρόωρης διακοπής. Η αναπλήρωση, για το εξαρτημένο άτομο, μπορεί να αντανάκλαται στην υπερβολική εξάρτηση από το θεραπευτή, στην εξιδανίκευση και στον έρωτα προς το θεραπευτή, και σε προσπάθειες να είναι υπερβολικά ευχάριστο προς το θεραπευτή.

Σύμφωνα με το μοντέλο των Beck-Freeman για τις διαταραχές προσωπικότητας, θα περιμέναμε ότι τα σχήματα θα ενεργοποιούνταν στη θεραπεία και θα κατέληγαν σε ατομικές διαφορές στην αντίσταση. Για παράδειγμα, ο ναρκισσιστής ασθενής με το σχήμα ότι είναι ξεχωριστός και μοναδικός ίσως αντισταθεί στο ρόλο του ασθενή, γιατί τον βλέπει σαν κάτι εξευτελιστικό. Η αναπλήρωσή του για την «κατώτερη» θέση του θα μπορούσε να είναι η τήρηση αποστάσεων και η υποτίμηση του θεραπευτή. Ένας σχιζοειδής ασθενής, που αντιμετωπίζει τις σχέσεις ως παραβίαση του χώρου του, θα μπορούσε να βλέπει τη θεραπεία σαν κάτι απειλητικό για τη ταυτότητα και τα όριά του. Η προσαρμογή του θα ήταν να περιορίσει την έκφραση των συναισθημάτων ή να περιορίσει τα θέματα συζήτησης στις συνεδρίες. Στο κεφάλαιο 6 εξετάζω με πε-

ρισσότερες λεπτομέρειες τη σημασία των σχημάτων στην κατανόηση και αντιμετώπιση της αντίστασης.

ΕΝΑ ΣΥΓΚΕΡΑΣΤΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ

Η αξία άλλων μοντέλων για την αντίσταση

Το μοντέλο που προτείνω σ' αυτό το βιβλίο αντλεί πολλά στοιχεία από τα προηγούμενα μοντέλα για την αντίσταση. Το ψυχαναλυτικό μοντέλο τονίζει τη σημασία των αυτοπροστατευτικών μηχανισμών της άμυνας, πολλοί από τους οποίους ίσως λειτουργούν πέρα από τη συνειδητή επίγνωση του ασθενή. Το συγκεραστικό κοινωνικό-γνωστικό μοντέλο για την αντίσταση αναγνωρίζει ότι αυτή οφείλεται συχνά σε κακή συναισθηματική ρύθμιση (ή υπερρύθμιση), σε πρώιμες (ή μεταγενέστερες) εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και σε ασυνείδητες διαδικασίες. Οι μηχανισμοί άμυνας του Εγώ – όπως η προβολή, η απώθηση, η άρνηση, η μόνωση και η διανοητικοποίηση – αντιμετωπίζονται ως σημαντικές τακτικές οι οποίες συντηρούν μια θέση αντίστασης. Πολύ περισσότερο, αυτό το μοντέλο δίνει έμφαση στη μεταβίβαση και στην αντιμεταβίβαση για την εκδήλωση και την τροποποίηση της αντίστασης. Ωστόσο, το μοντέλο που προτείνω δεν προέρχεται από το ψυχαναλυτικό μοντέλο του ψυχοσεξουαλικού ντετερμινισμού, ούτε δίνει έμφαση στη μη καθοδηγητική και ουδέτερη θέση του θεραπευτή, ούτε επιδοκιμάζω ένα μοντέλο υδραυλικής ενέργειας (ΣημΕπ4).

Όπως έδειξα προηγουμένως, το συμπεριφορικό μοντέλο είναι χρήσιμο για την αντιμετώπιση θεμάτων σχετικών με την έλλειψη συνεργασίας, όπου η έλλειψη συνεργασίας είναι το αποτέλεσμα των συνδέσεων των ενισχύσεων, της ποιότητας των ενισχύσεων, της σχετικότητας των ενισχύσεων, και της ικανότητας να δημιουργεί κάποιος ενισχύσεις. Η συμπεριφορική προσέγγιση αντιμετωπίζει την απλούστερη άποψη «των κινήτρων» στην έλλειψη συνεργασίας, αλλά δεν αντιμετωπίζει επαρκώς τις ενδοψυχικές ποιότητες της αντίστασης, οι οποίες είναι το αντικείμενο της επικέντρωσής μου σε αυτό το βιβλίο. Ο συμπεριφορικός θεραπευτής ίσως προβάλει ως επιχείρημα ότι ο ασθενής χρειάζεται να αντιλαμβάνεται τις πιθανότητες ενίσχυσης, κάνοντας έτσι μια εισαγωγή για τη συγγένεια των γνωστικών διαδικασιών. Ωστόσο, αυτή είναι μια αρκετά στενή θεώρηση της σκέψης, όπως ελπίζω ότι θα καταδείξω αργότερα σε αυτό το βιβλίο. Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις χρησιμοποιούνται συχνά, για να ελέγξουν ή να αμφισβητήσουν δυσλειτουργικές σκέψεις ή υποθέσεις

(Wells, 1997). Ωστόσο, για να ελεγχθεί επαρκώς μια σκέψη ή μια υπόθεση, ίσως ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια στο να κάνει προβλέψεις τέτοιες που να υπόκεινται σε διάψευση. Πράγματι, το αποδεικνύω παρακάτω, η γνωστική συνέπεια και οι διαδικασίες αποφυγής ρίσκου στην αντίσταση περιλαμβάνουν συχνά μηχανισμούς έκπτωσης, όπως όταν η απουσία ενός γεγονότος αντιμετωπίζεται όχι ως στοιχείο διάψευσης, αλλά σαν κάτι είτε άσχετο ή σαν στοιχείο που χρειάζεται περισσότερη επαγρύπνηση. Οι πιθανοί περιορισμοί ενός απλού συμπεριφορικού μοντέλου στην κατανόηση της αντίστασης θα αναφερθούν σε διάφορα επόμενα κεφάλαια.

Οι διαστάσεις της αντίστασης

Το συγκεκριαστικό κοινωνικό-γνωστικό μοντέλο είναι στην πραγματικότητα μια συλλογή από ξεχωριστά μοντέλα για την αντίσταση. Η αντίσταση εκφράζεται με διαφορετικές διαστάσεις, όπου κάθε διάσταση είναι ένας σχετικός τρόπος σκέψης γύρω από τον εαυτό. Κάθε μια από τις διαστάσεις που αναφέρονται στον εαυτό χρειάζεται να γίνει κατανοητή και να αντιμετωπιστεί στη θεραπεία με βάση τους δικούς της κανόνες και λογική. Οι διαστάσεις της αντίστασης που εγώ αναγνωρίζω και συζητώ σε αυτό το βιβλίο περιλαμβάνουν την αναγνώριση και δικαίωση (validation), τη συνέπεια ως προς τον εαυτό (self-consistency), την αντίσταση των σχημάτων (schematic resistance), την ηθική αντίσταση (moral resistance), τη θυματοποίηση (victim roles), την αποφυγή της διακινδύνευσης (risk aversion) και την αυτοπαρεμπόδιση (self-handicapping). Η κάθε μια έχει μια διακριτή «ψυχο-λογική». Μερικά άτομα μπορεί να χρησιμοποιούν περισσότερες από μια διαστάσεις αντίστασης – για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να εκδηλώσει αντίσταση μέσα από απαιτήσεις αναγνώρισης και δικαίωσης, αντίσταση των σχημάτων και θυματοποίηση. Ωστόσο, ο θεραπευτής και ο ασθενής είναι σε θέση να ξεχωρίσουν αυτούς τους τρόπους και να απευθυνθούν στις διαστάσεις ξεχωριστά.

Κάθε διάσταση αντίστασης αντανακλά έναν εν δυνάμει υγιή ή προσαρμοστικό τρόπο λειτουργίας. Έτσι, ως θεραπευτές, δε θα θέλαμε να πούμε στον ασθενή ότι η αναγνώριση και δικαίωσή του ή η διατήρηση της συνέπειας ως προς τον εαυτό του (ή της αξιοπιστίας του) είναι ασήμαντη για τον ίδιο. Ούτε θα θέλαμε να υποστηρίξουμε ότι ο στόχος της θεραπείας είναι να μειώσουμε όλες τις ηθικές αναστολές ή να πούμε ότι κανένας δε νομιμοποιείται να είναι θύμα. Για να χρησιμοποιήσω την καθόλου αμελητέα γλώσσα των Beck και Freeman στην περιγραφή της διαδικασίας των σχημάτων, μια διάσταση αντί-

στασης μπορεί να είναι απλώς ένας «υπερναπτυγμένος» τρόπος αντιμετώπισης (coping). Η γενική άποψη που υποστηρίζεται σ' αυτό το βιβλίο είναι η «εξεύρεση» της αλήθειας που κρύβεται σε κάθε διάσταση, αλλά και συγχρόως η εξέταση του τρόπου με τον οποίο η υπερβολική επέκταση και η ακαμψία [των σχημάτων] μπορούν να τροποποιηθούν στη θεραπεία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα της αντίστασης είναι κεντρικό στην ψυχοδυναμική θεραπεία. Εξαιτίας ίσως της αναλυτικής έμφασης στα ασυνείδητα κίνητρα, στις προστατευτικές λειτουργίες των αμυνών του Εγώ και στη σημασία της νεύρωσης μεταβίβασης, η «αντίσταση» κέρδισε κεντρική θέση στα ψυχοδυναμικά μοντέλα. Τα αναλυτικά μοντέλα μοιράζονται την υπόθεση ότι μεγάλο μέρος της αντίστασης μπορεί να φαίνεται ότι λειτουργεί ως μια ασυνείδητη στρατηγική που αποσκοπεί να εμποδίσει το απειλητικό υλικό από το να κατακλύσει τον ασθενή. Η υποχρέωση του θεραπευτή, ανάλογα με το αναλυτικό μοντέλο που ακολουθεί, είναι να ερμηνεύσει την αντίσταση, να ενθαρρύνει την παλινδρόμηση μέσα στη θεραπεία, να βοηθήσει τον ασθενή να εγκαταλείψει τις άμυνες και να ξαναχτίσει ένα υγιέστερο ή καλύτερα προσαρμοσμένο Εγώ.

Οι γνωστικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις για την αντίσταση υπήρξαν λιγότερο σαφείς. Ίσως λόγω της έμφασής τους στην πράξη του «εδώ και τώρα», της χρήσης των παρεμβάσεών τους, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν άμεσα, και της εμφανούς απόρριψης της σημασίας του ασυνείδητου και των συνοδευτικών αμυνών, έχουν γενικώς απόσχει από τη συζήτηση για την αντίσταση. Ακόμα και όταν συζητιέται η αντίσταση, η έλλειψη συνεργασίας ή η μη εφαρμογή των οδηγιών, η θεωρητική συζήτηση σπάνια ξεφεύγει από το πιο συμβατικό πρόγραμμα και τρόπο σκέψης της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας.

Στο επόμενο κεφάλαιο, στρέφομαι σε πιο συμβατικές γνωστικές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις για την «αντίσταση επί της διαδικασίας» – δηλαδή, για την έλλειψη συνεργασίας του ασθενή με την τυπική προσέγγιση που ακολουθούν οι γνωστικοί-συμπεριφορικοί θεραπευτές. Στα κεφάλαια που ακολουθούν, επεξεργάζομαι ένα πιο διαφοροποιημένο κοινωνικό-γνωστικό μοντέλο για την αντίσταση, το οποίο ενσωματώνει πολλές ιδέες της παραδοσιακής γνωστικής θεραπείας, αλλά μας οδηγεί και σε νέες κατευθύνσεις.