



Εθνικό και Καποδιστριακό
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ- ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: Προαγωγή Ψυχικής Υγείας/ Πρόληψη
Ψυχιατρικών Διαταραχών**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

*« Η Θεραπευτική συμμαχία στην θεραπεία ομάδας και στην ατομική ψυχοθεραπεία
συστημικής-διαλεκτικής προσέγγισης. Αμφίδρομες σχέσεις σύνδεσης που στοχεύουν
στην θεραπευτική αλλαγή». Αξιολόγηση και σύγκριση 8 θεραπευτικών πλαισίων.*

ΕΛΕΝΑ-ΜΑΡΙΑ ΜΑΝΔΡΑΚΟΥ Αρ. Μητρώου:20180971

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Ο Επιβλέπων: ΓΟΥΡΝΕΛΛΗΣ ΡΩΣΣΕΤΟΣ, Καθηγητής Ψυχιατρικής και Ψυχογηριατρικής Β΄
Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Τα μέλη:

Α) ΜΑΡΙΑΒΑΛΕΡΙΑ ΠΟΜΙΝΙ, Κλινική Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπεύτρια, μέλος ΕΔΙΠ Α΄
Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ

Β) ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΣ, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής
ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Αθήνα, 2020

Στις κόρες μου Βιργινία και Μυρτώ,
στον πιο βαθύ και γοητευτικό θεραπευτικό μου δεσμό.

Σημείωμα του Συγγραφέα

Το δοκίμιο αυτό αποτελεί διπλωματική εργασία που συντάχθηκε για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: Προαγωγή Ψυχικής Υγείας/ Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών και υποβλήθηκε τον Ιούνιο του 2020.

Η συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία είναι το προϊόν μιας μακρόχρονης προσωπικής αναζήτησης γύρω από την σημασία και το βάθος της θεραπευτικής σχέσης, η οποία πίστευα πάντα πως κυριαρχεί ως στοιχείο για την θετική έκβαση της θεραπευτικής διεργασίας, ανεξάρτητα από την επιλογή θεραπευτικών προσεγγίσεων και τεχνικών. Η επιλογή του θέματος προέκυψε τόσο από την επαγγελματική μου ενασχόληση με την θεραπεία σε ομαδικό πλαίσιο, όσο και από την φοίτησή μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, το οποίο με ενέπνευσε να ασχοληθώ ερευνητικά με την συγκεκριμένη ερευνητική υπόθεση.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Ρωσσέτο Γουρνέλλη, ως κύριο επόπτη της εργασίας, την κ. Βαλέρια Πομίνι, με την οποία εξ αρχής και έως την αποπεράτωση της μελέτης μου, συζήταγα και επίλυα τα ερευνητικά μου διλήμματα και επίσης τον κ. Ιωάννη Μιχόπουλο. Χάρη στην εμπιστοσύνη και την καθοδήγησή τους, μπόρεσα να φέρω εις πέρας αυτή την έρευνα.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να εκφράσω στους θεραπευτές ομάδων και ατόμων, που δέχτηκαν με προθυμία να συμβάλλουν στην έρευνα, προσφέροντας το ερευνητικό δείγμα για την τεκμηρίωση της υπόθεσής μου. Οι θεραπευτές/τριες είναι 11 και εργάζονται σε 8 θεραπευτικά πλαίσια, εφαρμόζοντας το διαλεκτικό συνθετικό μοντέλο συστημικής σκέψης με άτομα, ζευγάρια, ομάδες και την κοινότητα.

Επίσης ευχαριστώ μέσα από την καρδιά μου το Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου, που ήταν για μένα μεγάλο σχολείο για την κατάρτιση μου ως ψυχοθεραπεύτρια, αλλά κυρίως αποτέλεσε μια κοινότητα επιστημονική και ένα δίκτυο ανθρώπινο, από όπου πάντα έπαιρνα δύναμη και συναισθηματική στήριξη για να προχωρώ και να εξελίσσομαι.

Ευχαριστίες χρωστώ στους ανθρώπους που συνέβαλαν, καθοδηγώντας με, στην στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και στην στήριξή τους ως προς την αξιοποίηση του προγράμματος SPSS, ιδιαίτερα στον Ανδρέα Λυκερίδη και στις διευρυμένες και πολυποίκιλες επιστημονικές του γνώσεις.

Τέλος εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου στους καλούς μου φίλους, αλλά κυρίως στις δυο μου κόρες που με αυταπάρνηση στερήθηκαν τις προσωπικές μας στιγμές, κατανοώντας συχνά τους αντικρουόμενους ρόλους μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η θεραπευτική σχέση, που αναπτύσσεται μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ή της συμβουλευτικής, είναι, κατά γενική ομολογία, ο πλέον σημαντικός παράγοντας για την έκβαση της διαγνωστικής – θεραπευτικής παρέμβασης. Στα πλαίσια της συστημικής ψυχοθεραπείας, η διερεύνηση των χαρακτηριστικών και ιδιαιτεροτήτων της θεραπευτικής σχέσης είναι ακόμα ελλιπής. Η παρούσα εργασία, που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Προαγωγή Ψυχικής Υγείας/ Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών της Ιατρικής σχολής του ΕΚΠΑ, έχει ως στόχο να συμβάλλει στη μελέτη της θεραπευτικής σχέσης, εξετάζοντας την ανάπτυξη του θεραπευτικού δεσμού στην ομαδική και ατομική ψυχοθεραπεία συστημικής – διαλεκτικής προσέγγισης και απαντώντας σε συγκεκριμένα ερωτήματα σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την θεραπευτική σχέση, αλλά και εντοπίζοντας τυχόν διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ ομαδικής και ατομικής ψυχοθεραπείας.

Η εργασία, που πραγματοποιήθηκε με χρήση του ερωτηματολογίου της Θεραπευτικής Συμμαχίας σε δείγμα 11 ψυχοθεραπευτών συστημικής προσέγγισης και 118 θεραπευόμενων τους (86 σε ομαδική και 32 σε ατομική ψυχοθεραπεία), έδειξε ότι υπάρχει σαφής ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου και μάλιστα σε πολύ υψηλό βαθμό. Επίσης, έδειξε ότι ο θεραπευτικός δεσμός συνδέεται με τον βαθμό ανάπτυξης αισθήματος ασφάλειας και κοινών στόχων, την εμπιστοσύνη του θεραπευόμενου στις ικανότητες του θεραπευτή, με τον βαθμό συμφωνίας για τους στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας και με την δέσμευση του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία. Τέλος, καμία διαφοροποίηση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας, στην ύπαρξη και ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης.

Λέξεις κλειδιά: Θεραπευτική σχέση, θεραπευτική συμμαχία, ομαδική ψυχοθεραπεία, ατομική ψυχοθεραπεία, συστημική – διαλεκτική προσέγγιση.

Abstract

The therapeutic relationship, that develops between the therapist and the client during psychotherapy or counseling is, by all means, the most important factor in the outcome of the therapeutic intervention. In the context of systemic psychotherapy, the investigation of the characteristics and peculiarities of the therapeutic relationship is still incomplete. The present study, carried out in the framework of the post-graduate program of the National & Kapodistrian University of Athens Medical School («Mental Health Promotion – Prevention of Psychiatric Disorders»), focused on the development of the therapeutic bond in group and individual systemic-dialectical psychotherapy and addressed specific factors affecting therapy, as well as differences between group and individual psychotherapy.

The study was conducted using the Greek adaptation of the Working Alliance Inventory in a sample of 11 systemic psychotherapists and 118 clients (86 in group and 32 in individual psychotherapy). The results showed a clear development of therapeutic alliance between the therapist and the client. Furthermore, the therapeutic bond showed to be closely related to the development of a sense of security and common goals, the confidence of the client in the therapist's abilities, the degree of agreement with the goals of the therapeutic process, and the client's commitment to the therapeutic process. Finally, no difference was observed between individual and group psychotherapy in the quality and development of the therapeutic relationship.

Keywords: Therapeutic relationship, working alliance, group psychotherapy, individual psychotherapy, systemic - dialectical approach.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	5
Περίληψη	7
Abstract	8
Περιεχόμενα	9
1. Η Θεραπευτική Σχέση	11
1.1. Ο ορισμός της θεραπευτικής σχέσης	11
1.1.1. Η θεραπευτική συμμαχία	14
1.1.2. Η μεταβιβαστική / αντιμεταβιβαστική σχέση	16
1.1.3. Η αναπτυξιακά ελλείπουσα ή διορθωτική σχέση	18
1.1.4. Η ανθρώπινη σχέση	20
1.1.5. Η διαπροσωπική σχέση	21
1.2. Ο ρόλος του θεραπευτή και του θεραπευόμενου στη διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης	23
1.2.1. Ικανότητες του θεραπευτή	24
1.2.2. Η φύση των προβλημάτων του θεραπευόμενου	27
1.2.3. Πρότυπα του θεραπευόμενου για τις διαπροσωπικές σχέσεις (attachment theory)	29
1.3. Διαφύλαξη της θεραπευτικής σχέσης, ρωγμές και ρήξεις	33
2. Η Συστημική Προσέγγιση	35
2.1. Από την ατομική στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία	35
2.1.1. Θεωρίες Συστημάτων και Επικοινωνίας	37
2.2. Η εξέλιξη της συστημικής ψυχοθεραπείας	46
2.2.1. Διαλεκτική Συστημική Προσέγγιση	50
2.3. Η θεραπευτική σχέση στη συστημική προσέγγιση	53
2.3.1. Η θεραπευτική σχέση στην ομαδική συστημική ψυχοθεραπεία	60
2.3.2. Ο ρόλος του θεραπευτή στην ομαδική συστημική ψυχοθεραπεία	65

2.4. Ερευνητικοί άξονες	66
2.4.1. Ερευνητικά δεδομένα	67
2.4.2. Ερευνητικά εργαλεία	69
2.4.3. Ερευνητικά θέματα	70
3. Μεθοδολογία της Έρευνας	72
3.1. Προβληματική της έρευνας	72
3.1.1 Διατύπωση προβλήματος και σκοπός της έρευνας	72
3.1.2 Ερευνητικά ερωτήματα	73
3.1.3 Υποθέσεις	74
3.2. Μέθοδοι και διαδικασίες	75
3.2.1 Δείγμα και διαδικασία επιλογής	75
3.2.2 Ερευνητικά εργαλεία	78
3.2.3 Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης	80
4. Αποτελέσματα	82
4.1 Δεδομένα και στατιστική ανάλυση	83
4.1.1 Ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας	86
4.1.2 Επίδραση παραγόντων στη θεραπευτική σχέση	90
4.1.3 Διαφορές μεταξύ ομαδικής και ατομικής ψυχοθεραπείας	94
4.2. Συζήτηση	98
4.2.1. Περιορισμοί	100
4.2.2 Συμπεράσματα και κατευθύνσεις για περαιτέρω έρευνα	101
Βιβλιογραφία	103
Παράρτημα	109
Κατάλογος Πινάκων	123

1. Η Θεραπευτική Σχέση

1.1. Ο ορισμός της θεραπευτικής σχέσης

Η ψυχοθεραπεία αποτέλεσε αντικείμενο εκτεταμένων μελετών κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα και διαπιστώθηκε η θεραπευτική αποτελεσματικότητά της, ανεξάρτητα από την προσέγγιση που ακολουθούσε ο θεραπευτής. Τις τελευταίες δεκαετίες, ως λογική συνέχεια, η έρευνα έχει στραφεί στους θεραπευτικούς παράγοντες οι οποίοι την καθιστούν αποτελεσματική (Μπούσουλας, 2011: xix). Ένας από αυτούς τους παράγοντες, ο οποίος είναι, κατά γενική ομολογία, ο πλέον σημαντικός για την έκβαση της διαγνωστικής – θεραπευτικής παρέμβασης είναι η *θεραπευτική σχέση* (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 85).

Η θεραπευτική σχέση αποτελεί το πλαίσιο συνεργασίας θεραπευτή/θεραπευόμενου για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος (Παπακώστας & Μιχόπουλος, 2015: 68) και ανεξάρτητα από τη θεραπευτική προσέγγιση που υιοθετεί ο θεραπευτής, θεωρείται ο πυρήνας κάθε ψυχοθεραπείας (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 85). Ως θεραπευτική σχέση περιγράφεται η ιδιαίτερη σχέση η οποία αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου ή θεραπευόμενου συστήματος κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας και αναφέρεται στη συστηματική αλληλεπίδραση θεραπευτή και θεραπευόμενου με στόχο τη συνεργασία και την τελική αντιμετώπιση του θεραπευτικού ζητούμενου του δεύτερου. Διέπεται και χαρακτηρίζεται από την αλληλεπίδραση και την συναισθηματική ανταπόκριση που προκαλείται και από τις δύο πλευρές, στοιχεία που προκύπτουν τόσο από τα συγκεκριμένα κάθε φορά δεδομένα της συνάντησης καθεαυτής, όσο και από τα επιμέρους δυναμικά της επικοινωνιακής σχέσης (Σταλίκας & Μερτίκα, 2004: 17).

Όμως, μια θεραπευτική σχέση δεν είναι από μόνη της ικανή να λειτουργήσει χωρίς να περιλαμβάνει τρία ακόμη συστατικά: τη θεραπευτική επαφή, τη

θεραπευτική στάση του θεραπευτή και το θεραπευτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή η σχέση θα αναπτυχθεί (Ζέρβας, 2015: 25). Αν σε αυτά προσθέσουμε: α) την ποικιλία των θεραπευτικών επαφών, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν μία και μόνη συνεδρία, περιστασιακές ή συχνές επισκέψεις, εντατική δουλειά μακράς διάρκειας, αλλά και συνεδρίες που ενδεχομένως επαναλαμβάνονται σε μη καθορισμένα χρονικά διαστήματα, β) την ποικιλία των θεραπευτικών στόχων, που μπορούν να αποτελούν ένα ευρύ φάσμα, από την απλή μορφή συμβουλευτικής έως τη θεραπευτική παρέμβαση με στόχο την ανακούφιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, αλλά, και γ) το γεγονός ότι η θεραπεία, εκτός από ατομική, μπορεί να αφορά ζευγάρια, ομάδες, μέλη οικογενειών ή και ολόκληρες οικογένειες, γίνεται άμεσα αντιληπτή η δυσκολία εντόπισης των παραγόντων που επηρεάζουν τη θεραπευτική σχέση.

Ακολουθώντας τον L.Havens (Ζέρβας, 2015: 27-29) μπορούμε να σημειώσουμε τρία απαραίτητα στοιχεία που διευκολύνουν την ψυχοθεραπευτική επαφή και λειτουργούν ως μορφή ψυχικών αναλγητικών: Α) Ο θεραπευτής οφείλει να προστατεύσει την αυτοεκτίμηση του ασθενούς, να δημιουργήσει μια σύνδεση μαζί του, ανεξάρτητα από τη χρονική διάρκεια και τον χώρο της επαφής και να προσφέρει μια προοπτική επίλυσης των ζητημάτων. Β) Είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζει τον θεραπευόμενο με πραότητα και ευγένεια αλλά, επιπλέον, πρέπει με τη στάση του να μην αναπαράγει απογοητεύσεις και λάθη παλαιών σχέσεων και να δημιουργεί ένα κλίμα όπου λογικές προσδοκίες και ελλείμματα μπορούν να βρίσκουν ανταπόκριση με κατανόηση, σταθερότητα, αποδοχή, κατεύθυνση και όρια. Γ) Το θεραπευτικό πλαίσιο, παρόλο που ως όρος χρησιμοποιείται για να δείξει την ανάγκη ύπαρξης ορίων στην ψυχοθεραπευτική σχέση, έχει μια ευρύτερη σημασία. Αντιπροσωπεύει το θεραπευτικό περιβάλλον στο οποίο μπορεί να ευδοκιμήσει τόσο η θεραπευτική σχέση όσο και η ψυχοθεραπευτική τεχνική. Το πλαίσιο φέρει μέσα του το άγραφο

συμβόλαιο της θεραπευτικής διαδικασίας και ως τέτοιο είναι σταθερό ώστε να στηρίζει τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας αλλά και ευέλικτο, όταν χρειάζεται, για να απορροφά κραδασμούς και εντάσεις της θεραπευτικής προσπάθειας (Ζέρβας, 2015: 32).

Επιστρέφοντας στο ζήτημα της θεραπευτικής σχέσης, πρέπει να συμφωνήσουμε ότι είναι πρώτα από όλα μια κοινωνική, ανθρώπινη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων, του θεραπευτή και του θεραπευόμενου ή του θεραπευόμενου συστήματος (ζεύγος, οικογένεια, ομάδα) και ότι το βασικό σχεσιακό περιβάλλον μιας ψυχοθεραπείας αποτελείται από ένα άτομο σε ψυχοπιεστική κατάσταση που ψάχνει για ένα ασφαλές περιβάλλον, ένα άτομο που προσφέρει φροντίδα, ικανό να προσφέρει ασφάλεια, και τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 85–86). Η σχέση αυτή είναι «μη συνηθισμένη» αφού από τη μια μεριά είναι μια σχέση πολύ κοντινή και ιδιωτική αλλά από την άλλη είναι, και πρέπει να παραμείνει, αυστηρά επαγγελματική (Holmes, 2012: xii).

Η Petruska Clarkson (1995) προσδιόρισε πέντε κύριες μορφές θεραπευτικής σχέσης, οι οποίες συνυπάρχουν ή αναπτύσσονται παράλληλα σε όλες τις μορφές σχέσεων (γονέα – παιδιού, συντρόφων, θεραπευτή – θεραπευόμενου, κ.ά.) (Clarkson, 2002: 5). Αυτές είναι:

- η θεραπευτική συμμαχία (the working alliance)
- η μεταβιβαστική / αντιμεταβιβαστική σχέση
(the transference / countertransference relationship)
- η αναπτυξιακά ελλείπουσα ή διορθωτική σχέση
(the developmentally needed or reparative relationship)
- η ανθρώπινη σχέση (person-to-person relationship), και,

- η διαπροσωπική σχέση (transpersonal relationship).

Μεταξύ αυτών των ειδών σχέσεων, ή μεταξύ κάποιων από αυτές, δημιουργούνται ισορροπίες, οι οποίες μπορεί να λειτουργούν αντιθετικά, ή άλλες φορές, συμπληρωματικά. Κάθε ψυχοθεραπευτική σχολή μπορεί να χρησιμοποιεί ως θεραπευτικό μοχλό κάποια από αυτές τις σχέσεις αλλά είναι σημαντικό ο θεραπευτής να υπολογίζει και τις υπόλοιπες, γιατί αποκλείεται να μην εμπλακούν, στον ένα ή στον άλλο βαθμό, σε μια θεραπεία (Ζέρβας, 2015: 34). Αν και είναι δυνατό, στα πλαίσια της ανάλυσης, της έρευνας ή της διδασκαλίας να θεωρηθούν οι πέντε αυτές μορφές ως ολοκληρωμένες - συνολικές θεραπευτικές σχέσεις, στην πραγματικότητα θα ήταν πιο ακριβές να περιγραφούν φαινομενολογικά, ως πτυχές μιας εγγενούς ολικής και αδιαίρετης σχέσης. Αποτελούν, κατά μία έννοια, ένα φράκταλ (fractal) της σχέσης. Όταν κανείς διερευνά μία από τις πτυχές αυτές ανακαλύπτει στο εσωτερικό της συνδέσεις και κομμάτια από τις υπόλοιπες. Κάθε φορά που εξετάζουμε μια μορφή από τις πέντε, οι άλλες είναι παρούσες και οι γραμμές των συνόρων στα ανθρώπινα ζητήματα είναι κινητές, επικαλυπτόμενες και ενδεχομένως αμφισβητούμενες (Clarkson, 2002: 5–6).

1.1.1 Η θεραπευτική συμμαχία

Αναπόσπαστο στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης αποτελεί η *θεραπευτική συμμαχία*, η οποία ως φαινόμενο έχει μελετηθεί αρκετά ως προς την επίπτωσή της στην θεραπευτική διαδικασία και την θεραπευτική αλλαγή. Ο όρος *θεραπευτική συμμαχία* (therapeutic alliance) εισήχθη αρχικά από τον Freud το 1905, ως (Μάνος, 1987: 276):

«τη συνειδητή συναινετική σχέση, ανάμεσα στον θεραπευτή και τον άρρωστο, στην οποία καθένας τους υπονοείται πως συμφωνεί ότι χρειάζεται να δουλέψουν

μαζί, για να βοηθηθεί ο ασθενής με τα προβλήματά του. Συνεπάγεται δε, ένα θεραπευτικό διαχωρισμό του εγώ του αρρώστου σε τμήμα που παρατηρεί και σε τμήμα που βιώνει».

Σήμερα, όμως, αποτελεί πλέον μία από τις λίγες μεταβλητές που είναι κοινά αποδεκτές από όλες τις θεωρητικές ψυχοθεραπευτικές σχολές, όσον αφορά τη ύπαρξη και τη θεραπευτική της αξία (Escudero, 2016: 1).

Η θεραπευτική συμμαχία είναι ένα είδος συνεργασίας που αναπτύσσεται στο θεραπευτικό σύστημα με σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος του θεραπευόμενου. Σύμφωνα με τον Edward S. Bordin, η θεραπευτική συμμαχία είναι το ενεργό συστατικό κάθε θεραπευτικής σχέσης, το οποίο περιλαμβάνει τρία βασικά στοιχεία: α) τη συμφωνία για τους θεραπευτικούς στόχους, β) τη συναίνεση για τα έργα (θεραπευτικές δραστηριότητες) που απαιτεί η θεραπεία και γ) έναν συναισθηματικό δεσμό μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου (Bordin, 1979: 253).

Η αμοιβαία αποδοχή των στόχων της θεραπείας είναι πολύ σημαντική και μάλιστα ο Bordin υποστηρίζει ότι όταν ο θεραπευόμενος έχει καλή συμμαχία με τον θεραπευτή, αντιμετωπίζει θετικότερα τις τεχνικές και τις παρεμβάσεις του τελευταίου αλλά και αντιστρόφως, όταν οι παρεμβάσεις του θεραπευτή είναι εύστοχες και αποτελεσματικές, ενισχύεται η εμπιστοσύνη του θεραπευόμενου και ισχυροποιείται η θεραπευτική συμμαχία. Επομένως, η θεραπευτική συμμαχία δεν είναι μόνο προϋπόθεση για το θεραπευτικό έργο αλλά κάποιες φορές μπορεί να είναι το κύριο όχημα της αλλαγής (Bordin, 1979: 255).

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό της θεραπευτικής συμμαχίας, σύμφωνα με τον ορισμό του Bordin, είναι η ενεργός συμμετοχή του θεραπευόμενου και η συνεργασία του με τον θεραπευτή στη διαμόρφωση και εδραίωσή της. Τα δύο μέρη διαπραγματεύονται από κοινού τους στόχους της θεραπείας και τους τρόπους με τους

οποίους θα επιτευχθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα, κάτι που ορίζεται ως *συμφωνία έργου* (task agreement) (Κουτσοσίμου, 2007 : 10).

Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για το θέμα της θεραπευτικής συμμαχίας ακολουθούν δύο βασικές ερευνητικές διαδρομές. Η πρώτη αφορά την ποιοτική εξέλιξη της συμμαχίας μέσα στο χρόνο, δηλαδή ασχολείται με τις διάφορες μορφές που λαμβάνει η θεραπευτική συμμαχία κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, όπως τα συναισθήματα, οι σκέψεις και οι πράξεις που συνδέονται με τη θεραπευτική συμμαχία. Η δεύτερη αφορά την ποσοτική της ανάπτυξη στα διάφορα στάδια της θεραπείας, δηλαδή ασχολείται με την ένταση του δεσμού και των συναισθημάτων που συνδέονται μαζί της, απαντώντας σε ερωτήματα για το αν η συναισθηματική εγγύτητα που αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα της θεραπευτικής συμμαχίας μεταβάλλεται και αν ναι, από ποιους παράγοντες επηρεάζεται αυτή η μεταβολή (Horvath & Greenberg, 1994: 1). Οι έρευνες που πραγματοποιούνται βάσει των δύο αυτών προσεγγίσεων είναι συμπληρωματικές και βοηθούν τους ερευνητές να καταλήξουν σε πιο ασφαλή συμπεράσματα. Γενικά, η θεραπευτική συμμαχία ως σχέση συνεργασίας δεν παρέχει απλώς στον θεραπευόμενο ένα ασφαλές περιβάλλον για να εξερευνήσει τον εαυτό του, αλλά και η ίδια η διαδικασία ανάπτυξης αυτής της σχέσης μπορεί να αποτυπώσει τα σημαντικότερα προβλήματα σχέσεων που αντιμετωπίζει ή αντιμετώπισε ο θεραπευόμενος (Horvath & Greenberg, 1994: 1).

1.1.2. Η μεταβιβαστική / αντιμεταβιβαστική σχέση

Η έννοια της *μεταβίβασης* εισήχθη το 1895 από τον Sigmund Freud σε έναν τόμο, που δημοσίευσε μαζί με τον δάσκαλό του Josef Breuer, με τίτλο «Μελέτες για την υστερία», όπου εκεί εξετάζονταν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της σχέσης μεταξύ ψυχοθεραπευτή και ασθενούς. Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τη

συναισθηματική ή ερωτική σχέση που αναπτύσσεται από τον ασθενή προς τον θεραπευτή του στη διάρκεια θεραπείας της περίπτωσης της υστερίας. Το 1905, μετά από μία αποτυχημένη θεραπεία, ο Freud αντιλήφθηκε ότι (Freud, 1920: 117):

«...αυτό που αρχικά είχε θεωρηθεί το μεγαλύτερο εμπόδιο στην ψυχανάλυση (η μεταβίβαση), γίνεται ο πιο ισχυρός σύμμαχός της, εάν η παρουσία της μπορεί να ανιχνευθεί κάθε φορά και να εξηγηθεί στον ασθενή».

Οι απόψεις του Freud για τη μεταβίβαση εξελίσσονταν σε όλη τη διάρκεια της ζωής του, καθώς δέχονταν επιδράσεις και από άλλες έννοιες, όπως για παράδειγμα το *οιδιπόδειο σύμπλεγμα* ενώ γενικώς, δεν θεωρούσε τη μεταβίβαση ως ένα φαινόμενο που δημιουργείται από την ίδια τη διαδικασία της θεραπείας, αλλά ότι αναπτύσσεται σε όλες τις ανθρώπινες σχέσεις και τις καθορίζει σε μέγιστο βαθμό (Καραμανωλάκη, 2015: 46–47).

Συνοπτικά, οι απόψεις του Freud αποτυπώνονται στον ορισμό των Laplanche & Pontalis του 1981 (Καραμανωλάκη, 2015: 47):

«Η μεταβίβαση είναι μια διεργασία μέσω της οποίας οι ασυνείδητες επιθυμίες επανενεργοποιούνται και αποκτούν υπόσταση επίκαιρου γεγονότος. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούν αντικείμενα, τα οποία επενδύονται σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο σχέσεων, με πρώτο και κυριότερο το πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης. Πρόκειται για την επανάληψη προτύπων της παιδικής ζωής, τα οποία βιώνονται με ένα αίσθημα έντονης επικαιρότητας».

Η πορεία της ψυχανάλυσης, αλλά και των άλλων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων στον 20^ο αιώνα, επέφερε την επέκταση και εμβάθυνση της έννοιας της μεταβίβασης, φτάνοντας έως το σημείο κάποιοι να συμπεριλαμβάνουν σε αυτή όλες τις πλευρές της σχέσης του θεραπευτή με τον θεραπευόμενο. Η μεταβίβαση αναφέρεται στην ασυνείδητη μεταφορά (redirection) ή προβολή συναισθημάτων από

το ένα άτομο στο άλλο, και ειδικά στην περίπτωση της ψυχοθεραπείας, από τον θεραπευόμενο στον θεραπευτή. Ο θεραπευόμενος εμπλέκει συναισθηματικά τον θεραπευτή του, ταυτίζοντάς τον με κάποιο σημαντικό πρόσωπο, ιδίως της πρώιμης εμπειρίας του (Παπακώστας & Μιχόπουλος, 2015 : 79).

Ο όρος της *αντιμεταβίβασης* εμφανίστηκε το 1910 και αναφέρεται στο σύνολο των ασυνείδητων αντιδράσεων του θεραπευτή απέναντι στον θεραπευόμενο και πιο συγκεκριμένα στη μεταβίβασή του (Καραμανωλάκη, 2015: 50). Συναισθήματα μεταφέρονται και από τον θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο. Όπως σε οποιαδήποτε δυαδική σχέση, έτσι και στη θεραπεία, τα συναισθήματα και οι σκέψεις των προσώπων που μετέχουν αλληλοδιαπλέκονται. Όμως, ο θεραπευτής, βρίσκεται σε προνομιακή θέση σε σχέση με τον θεραπευόμενο, αφού γνωρίζει και οφείλει να αναλύει συνεχώς την αντιμεταβίβασή του, προσπαθώντας να την ξεπεράσει, αν και τελικά κανείς δεν μπορεί να φτάσει πέρα από το σημείο που του επιτρέπουν τα συμπλέγματα και οι εσωτερικές του αντιστάσεις (Καραμανωλάκη, 2015: 50).

Γενικά, η μεταβιβαστική / αντιμεταβιβαστική σχέση μπορεί να οδηγήσει σε πολύ μεγάλες εντάσεις μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου και τότε μόνο η θεραπευτική συμμαχία ή ακόμη και η ανθρώπινη σχέση μπορεί να αποτελέσει το έδαφος πάνω στο οποίο θα στηριχθεί η ψυχοθεραπευτική διαδικασία έως ότου επανακτήσει την ισορροπία της (Ζέρβας, 2015: 35).

1.1.3. Η αναπτυξιακά ελλείπουσα ή διορθωτική σχέση

Σύμφωνα με τον ορισμό της Clarkson (Clarkson, 2002: 5):

«Η αναπτυξιακά ελλείπουσα σχέση είναι η εκούσια πρόβλεψη από τον ψυχοθεραπευτή μιας διορθωτικής, επανορθωτικής ή συμπληρωματικής σχέσης ή

δράσης, εκεί που οι προηγούμενες σχέσεις του θεραπευόμενου ήταν ανεπαρκείς, καταχρηστικές ή υπερπροστατευτικές».

Ο θεραπευόμενος έρχεται στον θεραπευτή αναζητώντας αυτό που του λείπει, το οποίο συνήθως καθορίζεται ή πυροδοτείται από αναπτυξιακά ελλείμματα, και ταυτόχρονα περιμένοντας να αντιμετωπίσει αυτό που ξέρει. Ο θεραπευτής προσπαθεί με τη στάση του να μην αναπαράγει απογοητεύσεις και λάθη παλαιών σχέσεων και να δημιουργήσει ένα πιο σταθερό και ασφαλές περιβάλλον. Επιστρατεύοντας όλο το ενδιαφέρον και την προσοχή του, προσπαθεί να εξουδετερώσει, άμεσα και έντεχνα, ατυχίες και δυσάρεστες επιρροές προς τον θεραπευόμενο, ενώ παράλληλα αφήνει την ίδια τη σχέση να τον οδηγήσει σε συμπεράσματα (Ζέρβας, 2015: 30). Ο θεραπευτής, με τον τρόπο του και τη συμπεριφορά του, αποτελεί πρότυπο από το οποίο ο θεραπευόμενος θα αντλήσει τροποποιητικά στοιχεία για τον ψυχισμό του (Ζέρβας, 2015 : 35).

Πρόκειται για ένα είδος διορθωτικής γονεϊκής στάσης (όρος του J. Young), που οργανώνεται γύρω από μια προοπτική των αναπτυξιακών ψυχολογικών στόχων που έχουν να αντιμετωπίσουν τα παιδιά μεγαλώνοντας: την επίτευξη ενός σταθερού και ισχυρού εσωτερικού αισθήματος επαφής, αξίας, αυτονομίας, ρεαλιστικών ορίων και ρεαλιστικών προσδοκιών (Ζέρβας, 2015: 31). Η αναπτυξιακή ανάγκη (έλλειμμα) αναφέρεται σε εκείνες τις πτυχές σχέσεων, που μπορεί να απουσίαζαν ή να ήταν τραυματικές για τον θεραπευόμενο σε συγκεκριμένες περιόδους της παιδικής του ηλικίας και οι οποίες παρέχονται ή διορθώνονται από τον ψυχοθεραπευτή κατόπιν αιτήματος ή συμφωνίας του θεραπευόμενου. Στην αναπτυξιακά ελλείπουσα σχέση, η σχέση που εγκαθίσταται προσιδιάζει, μεταφορικά μιλώντας, περισσότερο από κάθε άλλη μορφή δέσμευσης στην ψυχοθεραπεία, σε μια πραγματική σχέση γονέα – παιδιού (Clarkson, 1995, 13).

1.1.4. Η ανθρώπινη σχέση

Αυτή η μορφή σχέσης μοιάζει να είναι, περισσότερο από κάθε άλλη μορφή, η συνέχεια των θεραπευτικών σχέσεων της πραγματικής ζωής. Στην βιβλιογραφία της ψυχοθεραπείας αναφέρεται συνήθως ως η *πραγματική σχέση* (real relationship) ή ο *πυρήνας της σχέσης* (the core relationship) (Clarkson, 2005: 5). Τόσο ο θεραπευόμενος αλλά και ο θεραπευτής είναι υποκείμενα που βιώνουν μια πραγματική ζωή, με το παρελθόν τους, τις εμπειρίες τους, τις συνήθειές τους, τις απόψεις και τα προβλήματά τους και παρόλο που ο Freud επέμενε στον «ουδέτερο» θεραπευτή, κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατόν να υπάρξει. Για δεκαετίες, οι συναισθηματικές αντιδράσεις των ψυχαναλυτών αντιμετωπίζονταν ως εκδηλώσεις ανεπίλυτων δικών τους προβλημάτων, μέσω της διαδικασίας της αντιμεταβίβασης. Ωστόσο, ο θεραπευτής είναι ένα πραγματικό άτομο, με συναισθήματα, που δεν είναι απαραίτητο να είναι αντιμεταβιβαστικά (Καραμανωλάκη, 2015: 55).

Η *ανθρώπινη σχέση* είναι μια σχέση μεταξύ προσώπων και διαφοροποιείται από μια σχέση θεραπευτή – θεραπευτικού αντικειμένου (Clarkson, 1995: 14). Η συναισθηματική εμπλοκή στη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου είναι μεταξύ δύο ατόμων, τα οποία και τα δύο βρίσκονται σε μια παρόμοια κατάσταση, αφού τόσο ο θεραπευόμενος αλλά και ο θεραπευτής ερμηνεύουν έναν συγκεκριμένο ρόλο. Ωστόσο, με την άμεση συνύπαρξη, η αμοιβαιότητα γίνεται σχεδόν πλήρης, αφού ο ίδιος ο θεραπευτής γίνεται το όργανο μέσα από το οποίο εξελίσσεται η θεραπεία (Clarkson, 1995: 15). Η μορφή αυτή της σχέσης χαρακτηρίζεται από την *εδώ και τώρα* υπαρκτή συνύπαρξη μεταξύ των δύο ανθρώπων, εμπλέκει την αμοιβαία συμμετοχή στη διαδικασία και την αναγνώριση ότι ο καθένας αλλάζει τον άλλο (Clarkson, 1995: 15). Δεν πρόκειται επομένως για ένα είδος αντικειμενικής σχέσης αλλά για μια σχέση μεταξύ υποκειμένων. Το πραγματικό άτομο που είναι ο

θεραπευτής δεν μπορεί ποτέ να αποκλειστεί εντελώς από μια αλληλεπιδραστική διαδικασία θεραπείας. Έτσι, κάθε σχέση που βασίζεται στην προσπάθεια ενός εταίρου να ενεργήσει επί ενός άλλου για να πετύχει κάποιο στόχο, είναι καταδικασμένη να μην ολοκληρωθεί ποτέ λόγω αυτής της αμοιβαιότητας (Clarkson, 1995: 15).

Η αποδοχή της συμμετοχής του θεραπευτή ως πραγματικού προσώπου, μας οδηγεί στη σημασία της «*αυθεντικότητάς*» (authenticity) του, δηλαδή της ικανότητάς του να ανταποκρίνεται στον θεραπευόμενο με αυθορμητισμό και ελευθερία, μέσα από τη δική του εμπειρία (Καραμανωλάκη, 2015: 55). Η αποκάλυψη προσωπικών στοιχείων του θεραπευτή, που συνδέονται με τα ζητήματα του θεραπευόμενου, δημιουργούν πολύ έντονες στιγμές, οι οποίες ευνοούν την ανάπτυξη ανθρώπινου δεσμού. Ωστόσο, αυτή η αποκάλυψη πραγματοποιείται από έναν επαγγελματία, ο οποίος αναλαμβάνει την ευθύνη να αυτοαποκαλυφθεί, κρίνοντας ότι αυτή είναι η κατάλληλη στιγμή να εμπιστευθεί ή να ευχαριστήσει τον θεραπευόμενο με μια αίσθηση κοινής προσωπικότητας. Οι δύο τότε, μετατρέπονται σε ένα, βοηθώντας τους να εξελίξουν τον θεραπευτικό τους δεσμό (Clarkson, 1995 :16).

Η πραγματικά ορθή χρήση της *ανθρώπινης σχέσης* είναι πιθανώς μια από τις πιο δύσκολες μορφές θεραπευτικής σχέσης. Χρειάζεται μεγάλη ικανότητα και τη μέγιστη φροντίδα από την πλευρά του θεραπευτή, γιατί οι συνέπειες μιας απρόσεκτης ή καταστροφικής χρήσης της είναι πολύ μεγάλες. Η επιρροή της όμως, είναι αναπόφευκτη (Clarkson, 1995 :16).

1.1.5. Η διαπροσωπική σχέση

Σύμφωνα με τον ορισμό της Clarkson, η διαπροσωπική (transpersonal) σχέση «*αναφέρεται στις πνευματικές ή ανεξήγητες διαστάσεις της σχέσης σε όλες τις μορφές*

ψυχοθεραπείας και συμβουλευτικής» (Clarkson, 1995:18). Η φύση της διαπροσωπικής διάστασης της σχέσης είναι δύσκολο να περιγραφεί. Περιλαμβάνει, καταρχάς, κάθε είδος συναλλαγής, σχέσης, φαινομένου και έννοιας που δεν είναι δυνατόν να ενταχθεί σε κάποια από τις άλλες τέσσερις πτυχές της θεραπευτικής σχέσης (Clarkson, 2005: 4). Μπορεί επομένως να θεωρηθεί ως ένα απλό εννοιολογικό καλάθι μέσα στο οποίο τοποθετούμε οτιδήποτε δεν μπορούμε να εξηγήσουμε με άλλους όρους. Επιπλέον, αναφέρεται σε εικόνες, μεταφορές, έννοιες και ιδέες από τους κόλπους της κβαντικής φυσικής ή της θεωρίας του χάους, με την έννοια ότι αυτές οι σχετικά νέες επιστήμες μας δίνουν δυνατότητες και ταξινομίες για να αντιμετωπίσουμε την ασάφεια, την αβεβαιότητα, το παράδοξο, την αντίφαση, την ταυτότητα αλλά και την μόνιμη αβεβαιότητα στην ανθρώπινη αλλαγή (Clarkson, 2005: 4, 7, 8, 68, 77, 121, 287). Περιλαμβάνει, δηλαδή, εκείνα τα αποτελέσματα της θεραπείας που δεν βρίσκουν την εξήγησή τους στους κλασικούς κανόνες της αιτιότητας και εκείνες τις πτυχές των εσωτερικών, μυστικιστικών ή υπερβατικών σχέσεων όπως είναι η έννοια της θρησκείας, της πνευματικότητας και οι παραδοσιακές θεραπευτικές πρακτικές των περισσότερων πολιτισμών του κόσμου (Clarkson, 2005: 4). Μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου αναπτύσσεται μια πνευματική σχέση η οποία στη συνέχεια επιτρέπει να αναδειχθεί ανοιχτά στη συνομιλία η πνευματική, μυστικιστική, υπερβατική ή λατρευτική πλευρά κάθε μέρους. Άλλωστε αναγνωρίζεται πλέον ότι δεν μπορεί να υπάρξει μια πολυπολιτισμική ψυχοθεραπεία χωρίς κάποια σχέση σεβασμού με τις θρησκευτικές και πνευματικές πρακτικές με τις οποίες οι διάφοροι πολιτισμοί είναι εφοδιασμένοι.

1.2. Ο ρόλος του θεραπευτή και του θεραπευόμενου στη διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης

Η ψυχοθεραπεία είναι μια «σκοπίμη χρήση της σχέσης» (Clarkson, 1995: 5). Κάθε θεραπευτική προσπάθεια βασίζεται, ανεξάρτητα από την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του θεραπευτή, στη διαμόρφωση και τη διατήρηση μιας θεραπευτικής σχέσης. Ασφαλώς, το θεραπευτικό έργο, για να είναι μεθοδικό, ακριβές και αποτελεσματικό, δεν μπορεί να διαμορφώνεται έξω από μια θεραπευτική προσέγγιση και η διαμόρφωσή της εντάσσεται στη συγκεκριμένη μεθοδολογία που εφαρμόζει ο θεραπευτής. Από την άλλη μεριά, όμως, μια συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση δεν μπορεί να λειτουργήσει, ως τεχνική, χωρίς να αναπτυχθεί η θεραπευτική σχέση (Πομίνι & Τομαράς, 2015 : 86-87).

Η δημιουργία κατάλληλης θεραπευτικής σχέσης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Όμως, η ικανότητα του θεραπευτή, η φύση των προβλημάτων του θεραπευόμενου και οι πεποιθήσεις του τελευταίου αναφορικά με τη διαπροσωπική επικοινωνία είναι κάποιοι από τους πιο σημαντικούς (Παπακώστας & Μιχόπουλος, 2015: 72).

Ενώ έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικές μελέτες για τον ρόλο του θεραπευόμενου στη θεραπευτική σχέση, αντίστοιχες έρευνες σχετικά με την επίδραση των χαρακτηριστικών του θεραπευτή είναι πιο σπάνιες. Αυτό πιθανώς να οφείλεται στην επικρατούσα πεποίθηση ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή αποτελούν απλώς μια παρεμβαλλόμενη μεταβλητή και ότι οι θεραπευτές που ασπάζονται το ίδιο θεραπευτικό μοντέλο λειτουργούν, λίγο ως πολύ, με τον ίδιο «τυποποιημένο» τρόπο, χωρίς να επιτρέπουν να παρεμβάλλονται στο έργο τους προσωπικές πεποιθήσεις και αδυναμίες (Fitzpatrick, 1997: 34). Τα τελευταία χρόνια, πάντως, όλο και περισσότεροι ερευνητές στρέφονται στη μελέτη παραγόντων που αφορούν τους θεραπευτές.

1.2.1. Ικανότητες του θεραπευτή

Υπάρχουν πάρα πολλές ικανότητες, που κατά καιρούς έχουν αναφερθεί από διάφορους ερευνητές, οι οποίες ευνοούν τη δημιουργία και τη διατήρηση μιας θεραπευτικής σχέσης. Τέτοιες είναι, για παράδειγμα, η προσωπικότητα και η εμπειρία¹ του θεραπευτή καθώς και το φύλο του. Οι γυναίκες θεραπεύτριες φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη ευθύτητα και να ασχολούνται πιο συχνά με συμπεριφορές που εκδηλώνει ο θεραπευόμενος μέσα στη συνεδρία, ενώ οι άνδρες θεραπευτές δείχνουν να μην αισθάνονται άνετα όταν η θεραπευτική σχέση γίνεται πιο στενή και συνήθως προτιμούν να εξομαλύνουν μια σύγκρουση παρά να την αντιμετωπίσουν ευθέως (Bachelor & Horvath, 1999: 152). Επίσης, οι δυάδες του ίδιου φύλου φαίνεται να είναι πιο αποδοτικές από αυτές που αποτελούνται από διαφορετικά φύλα και αυτό αναγνωρίζεται από το σύνολο των ατόμων, ανεξαρτήτως φύλου (Butcher, 1997: 104). Οι γυναίκες θεραπευόμενες δείχνουν να προτιμούν θεραπευτές του ίδιου φύλου, ενώ οι γυναίκες θεραπεύτριες σχηματίζουν πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές σχέσεις με γυναίκες (Andou & Kitamura, 2013 : 385).

Τα χαρακτηριστικά, όμως, ενός θεραπευτή, που έχουν πρωταρχική σημασία είναι η *απεριόριστη θετική στάση* (unconditional positive regard) ή *ζεστασιά* (warmth), η *συνάφεια* (congruence) ή *γνησιότητα* (genuineness) και η *ενσυναίσθηση* (empathy) (Παπακώστας & Μιχόπουλος, 2015: 72 · Miller, 2012: 5 · Fitzpatrick, 1997: 24).

Απεριόριστη θετική στάση σημαίνει ότι ο θεραπευτής δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον για τον θεραπευόμενο, ανεξάρτητα από το τι λέει ή τι κάνει αυτός. Κρατάει μια στάση ζεστή, χαλαρή, εγκάρδια και σαφώς υποστηρικτική, με μια

¹ Η εμπειρία του θεραπευτή είναι, σε ορισμένες περιπτώσεις, ικανή να καθορίσει την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης. Όσο πιο ικανοί είναι οι θεραπευτές, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχουν να αναπτύξουν έναν ισχυρό θεραπευτικό δεσμό με τον θεραπευόμενο (Fitzpatrick, 1997: 34).

φροντίδα που δεν είναι κτητική και δεν απαιτεί καμία προσωπική ικανοποίηση. Είναι μια στάση που λέει «ενδιαφέρομαι για σένα» αντί του «ενδιαφέρομαι για σένα, αν κάνεις αυτό ή εκείνο» (Rogers, 1961: 283).

Συνάφεια ή γνησιότητα στους χειρισμούς σημαίνει ευγένεια, ευελιξία, προσαρμοστικότητα, αυθεντικότητα και όχι τυποποίηση, ωμότητα ή χυδαιότητα, παθητική ή επιθετική συμπεριφορά (Παπακώστας & Μιχόπουλος, 2015: 72). Ο θεραπευτής μπαίνει ο ίδιος στη σχέση ως άτομο, αποβάλλοντας την απρόσωπη επαγγελματική εικόνα της αυθεντίας, είναι ανοιχτός σε συναισθήματα και στάσεις που αναδύονται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας καθιστώντας τον εαυτό του διαφανή (Miller, 2012: 6). Πρέπει, ωστόσο, να τονιστεί ότι έχει μεγάλη σημασία να προσέχει ο θεραπευτής ποια συναισθήματά του εκφράζει στον θεραπευόμενο, τότε και με ποιον τρόπο. Άλλωστε, ο θεραπευτής γνωρίζει μόνο μερικώς² την προέλευση και τους στόχους της κάθε πράξης του και επομένως είναι αδύνατο γι' αυτόν να αποκαλυφθεί ολοκληρωτικά, ενώ η ίδια η πράξη της απόκρυψης καθορίζει μεταξύ τους ένα όριο και έτσι τους εξατομικεύει (Boscolo & Bertrando, 2008: 139). Σε τελική ανάλυση, ο θεραπευτής είναι εκείνος που αναλαμβάνει πλήρως την ευθύνη για οτιδήποτε λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (Καραμανωλάκη, 2015: 58).

Τέλος, η *ενσυναίσθηση* είναι η ικανότητα (Macaron, 1978: 88):

1. *Να παίρνει κανείς τον ρόλο του άλλου, να βλέπει τον κόσμο όπως τον βλέπει εκείνος και να βιώνει όλα τα συναισθήματά του/της.*
2. *Να είναι κανείς έμπειρος στην ανάγνωση της μη λεκτικής επικοινωνίας και να ερμηνεύει το συναίσθημα που κρύβεται κάτω από αυτή.*

² Γνωρίζουμε ότι η πλήρης γνώση είναι ανέφικτη, αφού, σε γενικές γραμμές, το άτομο δεν μπορεί να έχει συνείδηση των συνδέσεων των πράξεών του με το θεωρητικό μοντέλο που ισχυρίζεται ότι χρησιμοποιεί. Πολλές φορές, ένας έμπειρος θεραπευτής βλέπει και κάνει πολλά πράγματα που δεν εμπίπτουν στο φάσμα της θεωρητικής του κατεύθυνσης. Το φαινόμενο αυτό εμπίπτει στη σφαίρα του ασυνείδητου (Boscolo & Bertrando, 2008: 63, 116).

3. *Να δίνει κανείς την αίσθηση της φροντίδας, ή να προσπαθεί ειλικρινά να κατανοήσει με έναν βοηθητικό και μη επικριτικό τρόπο.*

Από τον ορισμό αυτό γίνεται φανερό ότι τα κύρια συστατικά της ενσυναίσθησης αποτελούνται από ένα συναισθηματικό (emotional), ένα γνωσιακό (cognitive) και ένα κινητήριο (motivational) συστατικό. Το συναισθηματικό συστατικό αναφέρεται στην ικανότητα βίωσης και κατανόησης των συναισθημάτων του άλλου, ενώ το γνωστικό συστατικό στην ικανότητα του θεραπευτή να διακρίνει τον εαυτό του από τον θεραπευόμενο και να μπορέσει να αποστασιοποιηθεί από το πρόβλημα του θεραπευόμενου και να το εξετάσει από αντικειμενική σκοπιά (Παπακώστας & Μιχόπουλος, 2015: 73 – 74).

Ο θεραπευτής, στην ενσυναισθητική κατανόηση του θεραπευόμενου, δημιουργεί ένα εσωτερικό πρότυπο γι' αυτόν και σε αυτό το πρότυπο ανταποκρίνεται. Όμως, παρόλο που και σε αυτή την περίπτωση επηρεάζεται από τις θεωρίες και τη συλλογιστική του, ο θεραπευτής είναι ικανός να καταλαβαίνει (και να βλέπει θετικά) το τραύμα του θεραπευόμενου, χωρίς να παίρνει επικριτική στάση (Boscolo & Bertrando, 2008: 128). Άλλωστε είναι ο ίδιος ο θεραπευτής που επιλέγει τον βαθμό εγγύτητας ή απόστασης από το θεραπευόμενο σύστημα, ανάλογα με την προσωπικότητά του και την ικανότητα ενσυναίσθησης που διαθέτει (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 91).

Από την πλευρά του θεραπευτή, μία επίσης σημαντική ικανότητα είναι η γνώση του εαυτού του, γιατί αυτή γίνεται η γνώση για την συλλογιστική του. Ένας θεραπευτής οφείλει να αποκτήσει μια μεγαλύτερη επίγνωση των βασικών υποθέσεων που τον καθοδηγούν στις ενέργειές του: πόσα από αυτά που κάνει του υπαγορεύονται από τις δικές του κοινωνικές και πολιτισμικές προκαταλήψεις και κατά πόσο η θεραπευτική σχέση καθορίζεται από τη συνύπαρξη διαφορετικών

συστημάτων συλλογισμών. Η γνώση αυτή θα επιτρέψει στον θεραπευτή να διατηρήσει μια οπτική συνεξέλιξης με το θεραπευόμενο σύστημα και θα τον αποτρέψει από αβεβαιότητες σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία (Boscolo & Bertrando, 2008: 116).

1.2.2. Η φύση των προβλημάτων του θεραπευόμενου

Η ψυχική οδύνη είναι συνήθως το κίνητρο για την ψυχοθεραπεία (Ζέρβας, 2011: 27). Ο θεραπευόμενος απευθύνεται στον θεραπευτή αναζητώντας, πρωτίστως, να απαλλαχθεί από την καταπόνηση και τη δυσφορία που νοιώθει (Boscolo & Bertrando, 2008: 97). Μια αναγκαία, αλλά όχι επαρκής, πρώτη συνθήκη που απαιτείται από τον θεραπευόμενο είναι κάποιο κίνητρο να αλλάξει τα πράγματα και να βγει από τη δύσκολη κατάσταση. Είναι σημαντικό επίσης ο θεραπευόμενος να αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης τόσο προς τον θεραπευτή όσο και προς τη θεραπεία (Boscolo & Bertrando, 2008: 181 - 182).

Αν, όμως, θέλουμε να επικεντρωθούμε σε ένα μόνο χαρακτηριστικό, που είναι αναγκαίο να κατέχει ο θεραπευόμενος, αυτό είναι η *δέσμευσή* του στη θεραπεία και η ενεργός συμμετοχή του. Η διάθεση του θεραπευόμενου να συμμετάσχει στη θεραπευτική διαδικασία και να συνεργαστεί αποτελεσματικά με τον θεραπευτή προάγει την υλοποίηση των στόχων της θεραπείας και συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας ισχυρής θεραπευτικής σχέσης (Σταλίκας & Μερτίκα, 2004: 38). Δεν είναι ασυνήθιστο για τους θεραπευόμενους να προσέρχονται σε θεραπεία «διερευνητικά», περισσότερο υποκινούμενοι από την ιδέα να ρωτήσουν μια γνώμη ή να ζητήσουν μια συμβουλή, παρά για μια πραγματική θεραπεία. Όμως, δεν είναι δυνατόν να γίνει θεραπεία με κάποιον που απλώς και μόνο «κοιτάζει τις βιτρίνες» (Boscolo & Bertrando, 2008: 182).

Η *δέσμευση* είναι μια σύνθετη και αμοιβαία διαδικασία που εξελίσσεται σε όλες τις φάσεις της θεραπείας, τόσο από την πλευρά του θεραπευόμενου όσο και από την πλευρά του θεραπευτή (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 94). Όσον αφορά τον θεραπευτή, αναφέρεται στις συγκεκριμένες προσαρμογές που πρέπει να κάνει στον εαυτό του με την πάροδο του χρόνου ως συνέπεια της διατήρησης της θεραπευτικής σχέσης (Flaskas, 1997: 268). Η διαδικασία της δέσμευσης, από την πλευρά του θεραπευόμενου, αναφέρεται στην προσπάθειά του να πλησιάσει τον θεραπευτή, δηλαδή να του δείξει εμπιστοσύνη, να ανοιχτεί και να συνεργαστεί μαζί του (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 95). Η καλή και αρμονική σχέση του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή, το θεραπευτικό «ταίριασμα» (fit), είναι πολύ σημαντικό στοιχείο (Flaskas, 1997: 268, 270). Η εδραίωση αυτού του είδους σχέσης σημαίνει ότι ο θεραπευόμενος βλέπει τον θεραπευτή του ως κάποιον που είναι συντονισμένος με τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, δείχνει ενσυναίσθηση και κατανόηση, τον αποδέχεται με όλα τα μειονεκτήματά του και δεν είναι επικριτικός, μπορεί να επικοινωνήσει μαζί του χωρίς ο ίδιος να χρειάζεται να εξηγήσει με λεπτομέρειες πώς νοιώθει ή τι σκέπτεται και θέλει και μπορεί να τον βοηθήσει (Καλατζή – Αζίζι, 2011: 68).

Η εικόνα του θεραπευτή στα μάτια του θεραπευόμενου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη φύση της διαταραχής του. Ένας θεραπευόμενος με ψύχωση πιστεύει ότι ο θεραπευτής είναι άσχετος με την περίπτωσή του, ξένος και παρείσακτος ως εχθρός, ιδιαιτέρως αν ο θεραπευτής αμφισβητήσει άμεσα τα παραγωγικά του συμπτώματα. Σε έναν θεραπευόμενο με κατάθλιψη, ο θεραπευτής θεωρείται ότι «στερείται χρησιμότητας» ή είναι απόμακρος. Αν το πρόβλημα είναι οι αγχώδεις διαταραχές, τότε ο θεραπευτής θεωρείται «σωσίβιο», με αποτέλεσμα την αναζήτηση καθησυχασμού και εξάρτησης. Σε άλλες περιπτώσεις, όπως για

παράδειγμα στην ψυχογενή ανορεξία, ο θεραπευτής θεωρείται «εμπόδιο» ενώ στις σωματόμορφες διαταραχές, ο θεραπευόμενος πιστεύει ότι βρίσκεται σε «λάθος γιατρό» (Παπακώστας & Μιχόπουλος, 2015: 75-76).

1.2.3. Πρότυπα του θεραπευόμενου για τις διαπροσωπικές σχέσεις (attachment theory)

Συχνά προκύπτουν δυσκολίες στη θεραπευτική σχέση από δυσλειτουργικές πεποιθήσεις του θεραπευόμενου αναφορικά με τις διαπροσωπικές του σχέσεις (Παπακώστας & Μιχόπουλος, 2015: 76). Ως πρότυπα διαπροσωπικών σχέσεων ορίζονται οι γνωστικές δομές που περιλαμβάνουν τις προσδοκίες του θεραπευόμενου για την αλληλεπίδρασή του με τους άλλους και/ή σχήματα αλληλεπίδρασης βασισμένα σε παρελθούσες εμπειρίες (Safran et al., 1990: 156). Στη βάση αυτής της ιδέας βρίσκεται η *θεωρία του δεσμού* ή της *συναισθηματικής πρόσδεσης* (attachment theory).

Η *θεωρία δεσμού* διατυπώθηκε αρχικά από τον John Bowlby, ο οποίος ερευνούσε τα αποτελέσματα του χωρισμού μεταξύ βρέφους και μητέρας. Πρότεινε ότι ο τρόπος που αντιδρά ένα βρέφος στον αποχωρισμό είναι συνάρτηση της φροντίδας που λαμβάνει από τους βασικούς φροντιστές του και αποτελεί έναν εξελικτικό μηχανισμό που προάγει την επιβίωση μέσω της φυσικής επιλογής (Holmes, 1993: 67). Η έρευνα, που βασίστηκε στη θεωρία του Bowlby, έδειξε ότι τα βρέφη που τοποθετούνται σε μια άγνωστη κατάσταση διαχωριζόμενα από τους γονείς τους θα αντιδράσουν γενικώς με έναν από τους εξής τέσσερις τρόπους όταν επανενωθούν με τους γονείς τους:

- *Σταθερός δεσμός (secure attachment)* : Αυτά τα βρέφη δείχνουν το άγχος αποχωρισμού αλλά νοιώθουν άνετα και προσαρμόζονται (ηρεμούν) εύκολα όταν οι γονείς επιστρέφουν.
- *Αγχώδης – αντιδραστική σύνδεση (anxious – resistant attachment)*: Τα βρέφη αυτής της κατηγορίας παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα δυσφορίας και κατά την επανασύνδεση δείχνουν να επιζητούν την στοργή ενώ παράλληλα προσπαθούν να «τιμωρήσουν» τους γονείς που τους άφησαν.
- *Αποφυγή δεσμού (Avoidant attachment)*: Τα βρέφη αυτής της κατηγορίας δεν παρουσιάζουν άγχος αποχωρισμού ούτε έχουν κάποια αντίδραση κατά την επανένωση με τους γονείς τους.
- *Αποδιοργανωμένος ή αποπροσανατολισμένος δεσμός (disorganized – disoriented attachment)*: Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει βρέφη που δεν ακολουθούν κάποιο προβλέψιμο πρότυπο συμπεριφοράς προσκόλλησης.

Ο τρόπος σύνδεσης ενός παιδιού είναι σε μεγάλο βαθμό συνέπεια της φροντίδας που λαμβάνει στα πρώτα του χρόνια. Εκείνα που έλαβαν υποστήριξη και αγάπη από τους φροντιστές τους είναι πιθανό να είναι ασφαλείς, ενώ εκείνα που αντιμετώπισαν ασυνέπεια ή αμέλεια είναι πιθανό να αισθάνονται περισσότερο άγχος γύρω από τη σχέση τους με τους γονείς τους.

Η θεωρία δεσμού, όπως αναπτύχθηκε στη συνέχεια, κάνει ένα βήμα παραπάνω, εφαρμόζοντας αυτά που γνωρίζαμε για τα παιδιά, στις σχέσεις μεταξύ ενηλίκων. Το *σύστημα δεσμού (attachment system)* αποτελεί ένα ενεργό σύστημα που ρυθμίζει τις διαπροσωπικές σχέσεις σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Ο συναισθηματικός δεσμός είναι ένας έμφυτος μηχανισμός, ενεργός σε όλο το φάσμα της ζωής ενός ανθρώπου και αποτελεί τη βάση για τη λειτουργία του ατόμου ως οργανισμού αλλά

και ως κοινωνικού όντος. Όταν ένα άτομο νοιώθει να απειλείται, οι μηχανισμοί δεσμού ενεργοποιούνται εντονότερα, ενώ οι πρώιμες εμπειρίες δεσμού που πήρε το άτομο από τους βασικούς φροντιστές του (συνήθως τους γονείς) τείνουν να αναπαράγονται στο πλαίσιο αναζήτησης μιας σχέσης συναισθηματικής ασφάλειας (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 97).

Σε αναλογία με τη θεωρία του Bowlby, η θεωρία δεσμού για ενήλικες διακρίνει τέσσερις κατηγορίες δεσμών:

- *Σταθερός δεσμός (secure attachment):* Συνήθως είναι άτομα ικανοποιημένα με τις σχέσεις τους, τα οποία νοιώθουν σιγουριά και συνδέονται με τους γονείς τους, χωρίς να νοιώθουν την ανάγκη να βρίσκονται συνεχώς μαζί τους. Οι σχέσεις τους είναι πιθανό να περιλαμβάνουν ειλικρίνεια, υποστήριξη, ανεξαρτησία και βαθιές συναισθηματικές συνδέσεις.
- *Απορριπτικός – αποφευκτικός δεσμός (dismissive – avoidant attachment):* Συνήθως κρατούν αποστάσεις από τους άλλους. Ίσως νοιώθουν ότι δεν χρειάζονται ανθρώπινη σύνδεση για να επιβιώσουν ή να ευδοκιμήσουν και επιμένουν στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και της απομόνωσής τους από τους άλλους. Συχνά είναι σε θέση να «κλείσουν» συναισθηματικά όταν εμφανίζεται ένα δυνητικά επιζήμιο σενάριο, όπως μια σοβαρή διαφωνία με το ταίρι τους ή μια απειλή για τη συνέχιση της σχέσης τους.
- *Αγχώδης – ανήσυχος δεσμός (anxious - preoccupied attachment):* Είναι εκείνοι που σχηματίζουν λιγότερο ασφαλείς δεσμούς με τους συντρόφους τους, μπορεί να αισθάνονται απελπισμένοι για αγάπη ή στοργή και νοιώθουν ότι οι σύντροφοί τους πρέπει να τους «ολοκληρώσουν» ή να

λύσουν τα δικά τους προβλήματα. Ενώ επιθυμούν την ασφάλεια στις ρομαντικές σχέσεις τους, μπορεί κάποιες φορές να διώχνουν μακριά τον σύντροφό τους παρά να τον προσκαλούν. Η συμπεριφορά τους εκδηλώνει τους φόβους τους με το να είναι προσκολλημένοι, απαιτητικοί, ζηλότυποι ή να αναστατώνονται εύκολα από μικρά θέματα.

- *Φοβισμένος – αποφευκτικός δεσμός* (fearful – avoidant or disorganized attachment): Ο δεύτερος τύπος αποφυγής εκδηλώνεται περισσότερο ως αμφιβολία παρά ως απομόνωση. Γενικά προσπαθούν να αποφύγουν τα συναισθήματα τους επειδή είναι εύκολο να τους κατακλύσουν. Μπορεί να υποφέρουν από απρόβλεπτες ή απότομες μεταβολές της διάθεσης και φοβούνται να πληγωθούν από έναν ερωτικό σύντροφο. Δεν αποτελεί έκπληξη ότι αυτό το στυλ καθιστά δύσκολο τον σχηματισμό και τη διατήρηση ουσιαστικών, υγιών σχέσεων με τους άλλους.

Οι παραπάνω τύποι πρέπει να θεωρούνται ως ένας τρόπος περιγραφής και κατανόησης της συμπεριφοράς ενός ατόμου και όχι μιας ακριβούς περιγραφής της προσωπικότητας κάποιου.

Τις τελευταίες δεκαετίες, τα αποτελέσματα της διεπιστημονικής, αναπτυξιακής και νευροβιολογικής έρευνας οδήγησαν στην επέκταση των ιδεών του Bowlby σε ένα πιο περίπλοκο και κλινικά σχετικό μοντέλο. Σήμερα, οποιαδήποτε θεωρία ανάπτυξης και η αντίστοιχη θεωρία της θεραπείας πρέπει να περιλαμβάνει τα ψυχοβιολογικά ευρήματα για το πώς οι πρώιμες συναισθηματικές συναλλαγές επηρεάζουν την ψυχική δομή, δηλαδή την ωρίμανση των συστημάτων του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην επιρροή και την αυτορύθμιση (Schore & Schore, 2007: 10).

Ας επανέλθουμε, όμως, στο πώς διαμορφώνονται οι πεποιθήσεις του θεραπευόμενου για τη σημασία των ενεργειών των άλλων ανθρώπων, οι οποίες

οργανώνονται από βασικές γνωστικές δομές ή σχήματα (Safran et al., 1990: 155). Αυτές οι βασικές γνωστικές δομές μπορούν να θεωρηθούν ως γενικευμένες προσδοκίες για αλληλεπιδράσεις ή διαπροσωπικές σχέσεις, που βασίζονται σε εμπειρίες του παρελθόντος. Όταν αυτές οι βασικές γνωστικές δομές είναι δυσλειτουργικές, ενεργοποιούν τρόπους συμπεριφοράς που προκαλούν προβλέψιμες διαπροσωπικές συνέπειες οι οποίες τελικά επιβεβαιώνουν τις δυσλειτουργικές προσδοκίες του (Safran et al., 1990: 155). Αν ο θεραπευτής ενεργεί με τρόπο που να ταιριάζει με το δυσλειτουργικό διαπροσωπικό σχήμα του θεραπευόμενου, τότε διαιωνίζει τον υπάρχοντα κύκλο. Αντίθετα, αν ο θεραπευτής είναι ικανός να αποφύγει να συμμετάσχει σε αυτό, ο θεραπευόμενος βρίσκεται μπροστά σε μια σημαντική βιωματική πρόκληση (Safran et al., 1990: 155).

1.3. Διαφύλαξη της θεραπευτικής σχέσης, ρωγμές και ρήξεις

Η εγκαθίδρυση της κατάλληλης σχέσης δεν είναι αρκετή και δεν εγγυάται το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη και τη συνέχεια της θεραπείας (Παπακώστας & Μιχόπουλος, 2015: 78). Ο θεραπευτής πρέπει να βρίσκεται διαρκώς σε εγρήγορση, ώστε να αντιληφθεί πιθανές ρωγμές ή ρήξεις της θεραπευτικής σχέσης. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, ακόμα και οι πιο επιτυχημένες περιπτώσεις θεραπείας χαρακτηρίζονται από τουλάχιστον μία ή περισσότερες ρήξεις (Safran et al., 1990: 154). Οι αναδυόμενες δυσκολίες μπορεί να προκύψουν τόσο από την πλευρά του θεραπευόμενου όσο και από την πλευρά του θεραπευτή και η ακριβής συμβολή του καθενός ποικίλει ανάλογα με τη συγκεκριμένη ρωγμή. Όμως, η έγκαιρη ανίχνευση των ρήξεων από τον θεραπευτή είναι κρίσιμη για την επιτυχή θεραπεία και η επίλυση ή η επούλωση των ρήξεων μπορεί να καταστούν ισχυρά γεγονότα αλλαγής (Safran et al., 1990: 154).

Ρωγμή μπορεί να αποτελέσει κάθε κατάσταση που απειλεί να διαταράξει τη σχέση και ποικίλλουν ως προς την ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητα, ανάλογα με το συγκεκριμένο ζεύγος θεραπευτή – θεραπευόμενου (Safran et al., 1990: 154). Η ύπαρξη της ρωγμής ή της ρήξης παρέχει στον θεραπευτή μια μοναδική ευκαιρία να διερευνήσει τις προσδοκίες, τα συναισθήματα και τις διαδικασίες αξιολόγησης που διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στον δυσλειτουργικό γνωστικό – διαπροσωπικό κύκλο του θεραπευόμενου (Safran et al., 1990: 156). Οι ρωγμές μπορεί να εμφανίζονται είτε με τη μορφή της αντιπαράθεσης είτε με τη μορφή της απόσυρσης (Παπακώστας & Μιχόπουλος, 2015: 79). Μπορεί να υπάρξει άμεση ή έμμεση έκφραση αρνητικών συναισθημάτων από την πλευρά του θεραπευόμενου, όπως θυμός και επίθεση στην ικανότητα του θεραπευτή ή/και της θεραπείας αλλά και μέσω σαρκασμού, μη λεκτικής συμπεριφοράς ή διαφωνίας με τους στόχους ή τα καθήκοντα της θεραπείας. Επίσης, ο θεραπευόμενος μπορεί να αποστασιοποιείται από τον θεραπευτή είτε μέσω της διαδικασίας της *συμμόρφωσης* (compliance) είτε μέσω χειρισμών αποφυγής. Οι θεραπευόμενοι χρησιμοποιούν ελιγμούς αποφυγής στην προσπάθειά τους να μειώσουν το άγχος που συνδέεται με τη ρήξη της θεραπευτικής σχέσης. Για παράδειγμα μπορεί να αντιδρά με το να μην ανταποκρίνεται στις παρεμβάσεις του θεραπευτή, είτε με το να περνά από το ένα θέμα στο άλλο εμποδίζοντας την διερεύνηση σε βάθος. Άλλες, πιο ακραίες περιπτώσεις, περιλαμβάνουν τον θεραπευόμενο που φτάνει αργοπορημένος στο ραντεβού ή που ακυρώνει συστηματικά μια συνεδρία (Safran et al., 1990: 157-158).

2. Η Συστημική Προσέγγιση

2.1. Από την ατομική στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Οι ψυχικές ασθένειες ή διαταραχές αποτελούσαν πεδίο έρευνας, ακόμη και όταν δεν ήταν αποδεκτές ως τέτοιες. Σε πολλές περιπτώσεις αποδίδονταν σε θεϊκή τιμωρία, σε κατάληψη από κάποιο κακό πνεύμα, σε ανισορροπία των ζωτικών χυμών ή στο *σαλεμένο* λογικό του ανθρώπου. Μόλις στο ξεκίνημα του 20^{ου} αιώνα υπήρξαν θέσεις και απόψεις που μπορούσαν να χαρακτηριστούν επιστημονικές ή απλώς «που έδιναν λογικές εξηγήσεις». Σε κάθε περίπτωση, όμως, οι ασθένειες αυτές θεωρούνταν πάντα ατομικές. Ένα συγκεκριμένο άτομο κατείχε μια συγκεκριμένη διαταραχή (ή περισσότερες), από τις χιλιάδες που έχουν καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως τέτοιες και οι επαγγελματίες του χώρου έπρεπε να βρουν και να περιγράψουν την αιτία ή τις αιτίες αυτών των διαταραχών. Ως συνέπεια αυτής της ατομοκεντρικής αντίληψης, σχετικά με το τι είναι και που οφείλεται η ψυχοπαθολογική εκδήλωση, η ψυχοθεραπεία διαμορφώθηκε σε ατομικό πλαίσιο, με το ζευγάρι θεραπευτής – ασθενής να είναι η κυρίαρχη δομή της θεραπευτικής διαδικασίας. Ακόμη και όταν κλινικές και κοινωνικές ανάγκες έφεραν στο προσκήνιο πρακτικές που ξεπερνούσαν τη δυάδα «θεραπευτής – θεραπευόμενος», αυτό έγινε με όρους ατομοκεντρικούς.

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία, η συμβουλευτική και γενικότερα η ψυχοθεραπευτική φροντίδα για την οικογένεια ξεκίνησε να εφαρμόζεται στα τέλη της δεκαετίας του 1940 και στις αρχές της δεκαετίας του 1950 (Yalom, 2006: 14 · Schlippe & Schweitzer, 2008: 27). Αναγνωρίστηκε ως μια προσέγγιση που βοηθά καλύτερα στην πληρέστερη αντιμετώπιση των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων των ατόμων που ζητούσαν θεραπεία. Ταυτόχρονα προσπάθησε να καλύψει την ανάγκη θεραπευτικών παρεμβάσεων στον θεσμό της οικογένειας, ο οποίος είχε αποσταθεροποιηθεί από διάφορους παράγοντες, με πιο σημαντικό τον Β' παγκόσμιο

πόλεμο και τις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που επακολούθησαν. (Μπούσουλας, 2011: 8).

Για πολύ καιρό, το επιστημονικό ενδιαφέρον επικεντρωνόταν στην αναζήτηση των αιτιών των ψυχικών διαταραχών. Η στροφή προς την μελέτη της οικογένειας εκδηλώθηκε ιδιαίτερα έντονα στα πλαίσια της έρευνας για την σχιζοφρένεια. Η ανακάλυψη της επίδρασης της μητέρας στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας του παιδιού έφερε στο προσκήνιο την οικογενειακή θεραπεία, αν και όχι με τη σημερινή της έννοια. Αυτό που γινόταν ήταν να εφαρμόζονται τεχνικές ομαδικής ψυχοθεραπείας στην οποία συμμετείχαν μητέρες και κόρες ή με τη δημιουργία ομάδων θεραπείας για γονείς ασθενών (Schlippe & Schweitzer, 2008: 28-29).

Όμως, ενώ αναγνωρίστηκε ότι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ενός μέλους της οικογένειας είναι αποτελεσματικότερη όταν στη θεραπευτική διαδικασία προσκαλείται ολόκληρη η οικογένεια, εντούτοις, οι θεραπευτές δεν εστίαζαν στην οικογένεια ως σύνολο, αλλά στο άτομο και τις εσωτερικές διεργασίες που συντελούνται σε αυτό, επεκτείνοντας το γραμμικό ατομικό μοντέλο της εκάστοτε προσέγγισης σε ένα πολυπρόσωπο και επομένως μη γραμμικό σύστημα, όπως είναι η οικογένεια (Schlippe & Schweitzer, 2008: 29).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, κάποιοι ψυχοθεραπευτές εφήρμοσαν στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία τις εξελίξεις από το χώρο της φυσικής, της φιλοσοφίας, της κυβερνητικής και της μελέτης της επικοινωνίας διαμορφώνοντας έναν νέο τύπο οικογενειακής ψυχοθεραπείας, τη *συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία* (Μπούσουλας, 2011: 12). Αυτό που την διαφοροποιούσε ήταν η αλλαγή εστίασης από το άτομο στο σύστημα. Το επίκεντρο της θεραπείας μετακινήθηκε από τις ενδοψυχολογικές διαδικασίες του ασθενή, στις αλληλεπιδραστικές διαδικασίες μέσα στην οικογένεια. Οι οικογένειες άρχισαν να αντιμετωπίζονται ως αυτορρυθμιζόμενα

συστήματα με ευδιάκριτους κανόνες και επαναλαμβανόμενα πρότυπα αλληλεπίδρασης, ενώ η συμπτωματική συμπεριφορά επαναπροσδιορίστηκε ως μια εκδήλωση δυσλειτουργίας του οικογενειακού συστήματος (Γιωτσίδη, 2011: 233).

Στη βάση του οικοδομήματος αυτής της νέας προσέγγισης υπήρχαν δύο επιστημονικές θεωρίες. Η γενική θεωρία συστημάτων και οι θεωρίες της επικοινωνίας (Τομαράς, 2001: 472).

2.1.1. Θεωρίες Συστημάτων και Επικοινωνίας

Η συστημική θεωρία αναπτύχθηκε αρχικά στη βιολογία³ και τη φυσιολογία και έγινε γνωστή ως κυβερνητική, δηλαδή ως θεωρία χειρισμού τεχνικών συστημάτων (Schlippe & Schweitzer, 2008: 64). Η κυβερνητική είναι περισσότερο ένας τρόπος σκέψης παρά μια συγκροτημένη και λεπτομερής θεωρία. Βασίστηκε στην υπόθεση ότι στα συστήματα η λειτουργία του ελέγχου, της ρύθμισης, της ανταλλαγής, της επεξεργασίας και αποθήκευσης πληροφοριών, της προσαρμογής, της αυτοοργάνωσης και οι στρατηγικές συμπεριφοράς ακολουθούν τις ίδιες αρχές είτε αφορά μηχανές, είτε οργανισμούς, είτε κοινωνικές δομές (Simon et al., 1985).

Το θεμέλιο όλης της θεωρίας αποτελεί η έννοια του *συστήματος* το οποίο ορίζεται ως το «*σύνολο στοιχείων ή αντικειμένων μαζί με τις σχέσεις, ανάμεσα σε αυτά τα αντικείμενα και τα χαρακτηριστικά τους*» (Schlippe & Schweitzer, 2008: 69). Ένα σύστημα μπορεί επομένως να περιγραφεί ως ένα σύνολο στοιχείων τα οποία βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους, αλλά και με άλλα συστήματα, από τα οποία διακρίνεται. Ως τέτοιο θεωρήθηκε και η οικογένεια, της οποίας τα μέλη

³ Ο βιολόγος Ludwig von Bertalanffy προσπάθησε να καταρτίσει μια «γενική θεωρία των συστημάτων» μελετώντας τις σχετικές με την ανάπτυξη συστημάτων επιστήμες ανεξαρτήτως αν τα συστήματα είναι φυσικά, βιολογικά ή κοινωνικά (Μπούσουλας, 2011: 76), ενώ οι Χιλιανοί βιολόγοι H.Maturana και F.Varela είχαν αναπτύξει έννοιες για τις ιδιαιτερότητες των βιολογικών συστημάτων, οι οποίες εφαρμόστηκαν τόσο στα ψυχικά όσο και στα κοινωνικά συστήματα (Schlippe & Schweitzer, 2008: 83).

αλληλεπιδρούν μεταξύ τους αλλά και με άτομα, ομάδες και πλαίσια εκτός της οικογένειας (φίλοι, συνάδελφοι, ψυχοθεραπευτές, η ευρύτερη κοινότητα, κλπ).

Μια σειρά από έννοιες της θεωρίας συστημάτων υιοθετήθηκαν από τη συστημική σκέψη και χρησιμοποιήθηκαν στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

- *Ολιστικότητα* (wholeness) ενός συστήματος: Είναι η κοινή αίσθηση των μελών του συστήματος ότι αποτελούν μέρος ενός διακριτού συνόλου. Στην περίπτωση της οικογένειας αυτό σημαίνει ότι τα μέλη της αναπτύσσουν την αίσθηση ότι οι ατομικές τους ταυτότητες είναι μέρος μιας άλλης ταυτότητας, της οικογενειακής. Η ολιστικότητα εμπεριέχει τη *μη αθροιστικότητα*, δηλαδή την ιδιότητα το όλον να είναι περισσότερο από το άθροισμα των μερών του. Επομένως, κανένα σύστημα δεν μπορεί να γίνει κατανοητό απλώς με τη μελέτη των μερών του (Τομαράς, 2001: 472).
- *Δομή* (construct) ενός συστήματος: Ονομάζεται το σύνολο των κανόνων που διέπουν τις σχέσεις μεταξύ των μελών του συστήματος. Όπως αναφέρει και ο Minuchin, δομή είναι «... ένα αόρατο σύνολο από λειτουργικά αιτήματα τα οποία οργανώνουν τους τρόπους με τους οποίους αλληλεπιδρούν τα μέλη μεταξύ τους» (Minuchin, 1974: 51). Στον πυρήνα της έννοιας αυτής υπάρχουν άλλες έννοιες, όπως των υποσυστημάτων, των ορίων και της ιεραρχίας.

Τα συστήματα, σύμφωνα με τις αρχές της κυβερνητικής, έχουν οργάνωση, δηλαδή οι δομικές μονάδες τους είναι οργανωμένες. Ο τρόπος οργάνωσής τους ορίζεται από τη μορφή με την οποία συνδέονται και σχετίζονται μεταξύ τους. Ένα πολύπλοκο σύστημα, για να διατηρήσει μια σταθερή δομή, χρειάζεται να σχηματίσει *υποσυστήματα* (Schlippe & Schweitzer, 2008: 72). Κάθε υποσύστημα επιτελεί ένα εξειδικευμένο έργο, απαραίτητο για το σύνολο. Στην περίπτωση της οικογένειας

δημιουργούνται υποσυστήματα που οφείλουν να έχουν σαφή ταυτότητα. Σε αντίθετη περίπτωση δεν θα μπορούν να επιτελέσουν τις ιδιαίτερες λειτουργίες τους και έτσι θα δημιουργηθεί δυσλειτουργία στο σύστημα και αυτή με τη σειρά της θα οδηγήσει στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας (Μπούσουλας, 2011: 46).

Η έννοια του *ορίου* καθορίζει την ικανότητα του συστήματος να ρυθμίζει πληροφορίες που εισάγονται στο εσωτερικό του από το περιβάλλον και ανάμεσα στα υποσυστήματά του, καθώς επίσης και την ικανότητα για ρύθμιση της συναισθηματικής απόστασης μεταξύ των μελών και υποσυστημάτων της οικογένειας. Ο Minuchin αναγνωρίζει τρία είδη ορίων: τα *ελεύθερα* ή *απεμπλεγμένα* (disengaged) στα οποία η εγγύτητα είναι ανεπαρκής, τα *περιπλεγμένα* (enmeshed) στα οποία η εγγύτητα είναι υπερβολική και τα *σαφή όρια*, στα οποία υπάρχει η σωστή δόση εγγύτητας και απόστασης (Schlippe & Schweitzer, 2008: 74) .

Η *ιεραρχία* αποτελεί επίσης ένα δομικό χαρακτηριστικό του συστήματος. Συστήματα στα οποία δεν υπάρχει σαφής ιεραρχία μεταξύ των μελών και των υποσυστημάτων δημιουργούν παθολογικές εκδηλώσεις της λειτουργίας τους.

- *Πολυπλοκότητα* (complexity): Ένα σύστημα γίνεται τόσο πιο πολύπλοκο και σύνθετο όσο αυξάνονται τα μέλη του και αυτά αλληλεπιδρούν με πιο σύνθετους τρόπους. Η πολυπλοκότητα του οικογενειακού συστήματος σχετίζεται και με την εμφάνιση συμπτωμάτων, διότι για παράδειγμα, είναι δυνατό τα μέλη του συστήματος να επιδιώκουν στόχους αντικρουόμενους, απραγματοποίητους ή μη λειτουργικούς.
- *Περιπλοκότητα* (perplexity): Δηλώνει τον βαθμό πολυμορφίας και διαπλοκής ενός συστήματος. Αυτό σημαίνει ότι ένα σύστημα έχει περισσότερα υποσυστήματα, εξειδικευμένα και επομένως διαφορετικά μεταξύ τους, τα οποία όμως αλληλοεξαρτώνται. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται η ανάγκη

μηχανισμών που θα απομειώνουν και θα ρυθμίζουν την πολυπλοκότητα (Willke, 1996: 35, 42).

- *Ενδεχομενικότητα* (contingency) ενός συστήματος: Η έννοια αυτή δηλώνει τη δυνατότητα ενός πράγματος να έχει διαφορετικές πιθανές αντιδράσεις κάθε φορά που δέχεται ένα ερέθισμα. Οι άνθρωποι έχουν κατ' αρχήν τη δυνατότητα να ενεργήσουν απρόβλεπτα, απροσδόκητα και επομένως ενδεχομενικά και το ίδιο ενδεχομενικά μπορούν να αντιδράσουν. Έτσι η ενδεχομενικότητα αναφέρεται στους εναλλακτικούς τρόπους δράσης που διαθέτει ένα σύστημα σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, οι οποίοι μειώνουν τη δυνατότητα πρόβλεψης για τον μελετητή του συστήματος (Willke, 1996: 45-46, 50).
- *Ανοιχτότητα (Κλειστότητα)*: Ανοιχτό ονομάζεται ένα σύστημα που επιτρέπει την ανταλλαγή πληροφορίας με το περιβάλλον, με άλλα συστήματα από το περιβάλλον του και την ελεύθερη ροή πληροφορίας εντός του προς όλες τις κατευθύνσεις, ιεραρχικά ανώτερες ή κατώτερες. Αντίθετα, κλειστό χαρακτηρίζεται ένα σύστημα, όταν δεν ανταλλάσει πληροφορίες με το περιβάλλον του και η ροή πληροφορίας μέσα στο σύστημα είναι πολύ περιορισμένη και ιεραρχικά ρυθμισμένη με άκαμπτο τρόπο.
- *Κυκλική αιτιότητα*: Ο όρος αναφέρεται σε μια αλληλουχία αιτιών και αποτελεσμάτων (causes and effects) τα οποία οδηγούν πίσω στην αρχική αιτία την οποία επιβεβαιώνουν ή ακυρώνουν. Πρόκειται για μια διαδικασία στην οποία τα μέρη ενός συστήματος αλληλεπιδρούν το ένα πάνω στο άλλο και κάθε πράξη έχει αντίκτυπο στο ίδιο το άτομο που δρα (Schlippe & Schweitzer, 2008: 108).

- *Ανάδραση* (feedback): Ορίζεται ως η διαδικασία επεξεργασίας και διαχείρισης της πληροφορίας. Είναι η παραδοχή ότι ένα σύστημα θα απαντήσει σε ένα ερέθισμα, το οποίο προέρχεται από κάποιο μέλος του ή από το περιβάλλον, με την ενίσχυση ή την απαλοιφή ενός προτύπου αλληλεπιδραστικής συμπεριφοράς (pattern) ώστε να εξασφαλίσει τη συνέχειά του. Η ανάδραση είναι κυκλική διεργασία, η οποία ανατροφοδοτεί το σύστημα με πληροφορίες κατά τη διάρκεια της δράσης του, ώστε να βελτιώσει την κατάστασή του. Υπάρχει θετική και αρνητική ανάδραση. Στην θετική ανάδραση το σύστημα πληροφορείται ότι πρέπει να συνεχίσει μια συγκεκριμένη ενέργεια ή να την επιτείνει, ενώ με την αρνητική ανάδραση προστατεύεται το σύστημα από τις μεγάλες διακυμάνσεις που υπονομεύουν τη σταθερότητά του. Τα συστήματα χρειάζονται και τα δύο είδη αναδράσεων. Το ένα για να διατηρήσουν την υπάρχουσα κατάσταση και το άλλο για να προσαρμοστούν σε αλλαγές του περιβάλλοντος.
- *Ομοιόσταση* (Homeostasis): Αναφέρεται στην εσωτερική δυναμική σταθερότητα του συστήματος, η οποία διατηρείται παρά τις αλλαγές που συμβαίνουν στα μέρη του συστήματος. Η ομοιόσταση εξασφαλίζεται από την αρνητική ανατροφοδότηση (ανάδραση) αλλά και από μηχανισμούς αλλαγής, οι οποίοι επιβάλλουν τροποποιήσεις στο σύστημα οδηγώντας το σε μια νέα ισορροπία, όταν αυτό είναι αναγκαίο. Με την έννοια αυτή η κατάσταση σταθερότητας δεν είναι στατική. Ένα σύστημα μπορεί να συντηρεί την ομοιόστασή του προωθώντας την ατομική αλλαγή μεταξύ των μελών του αλλά και τη συνολική αλλαγή όλου του συστήματος ώστε να πετύχει την προσαρμογή στο περιβάλλον και να διασφαλίσει την εσωτερική σταθερότητα και συνοχή (Μπούσουλας, 2011: 74,75).

- *Ηνιόχηση (steering)* : Είναι μια δυναμική μορφή ρύθμισης του συστήματος με πολλαπλές θετικές και αρνητικές αναδράσεις. Το ηνιοχούμενο σύστημα επιλέγει ενεργητικά μια ορισμένη κατεύθυνση στην αντιπαράθεση με το περιβάλλον και την ακολουθεί. Η ηνιόχηση περιλαμβάνει μια μορφή οργάνωσης, που, σε αντίθεση με την ενσωμάτωση, αποσκοπεί σε ένα *modus procedendi* του συστήματος ενάντια στο περιβάλλον του και αποτελεί το χαρακτηριστικό μιας ποιότητας στην εξέλιξη του συστήματος. Από την οπτική του συστήματος καλή είναι η ηνιόχηση η οποία μακροπρόθεσμα επιτρέπει την ανταγωνιστικότητα και την επιβίωση του συστήματος στο περιβάλλον του, αλλά επίσης και τη βελτιώνει έτσι, ώστε να είναι δυνατή η περαιτέρω εξέλιξη του συστήματος (Willke, 1996: 146, 147). Τα μέσα για αυτή την οργάνωση αναφέρονται ως ειδικές γλώσσες του συστήματος (*hardware-codes*). Τέτοιες είναι για παράδειγμα η ισχύς, η γνώση, η πίστη, ο γενετικός κώδικας, η εμπιστοσύνη, κ.ά. Στα πλαίσια της οικογένειας η ηνιόχηση πραγματοποιείται μέσα από ένα σύστημα ιδεών και αξιών το οποίο μοιράζονται όλοι (π.χ. θρησκεία) και μέσω αυτού καθορίζονται οι συμπεριφορές των μελών σε πολλά θέματα, όπως στο σεξ, στις διατροφικές συνήθειες, στη σχέση με τα χρήματα, στον επαγγελματικό προσανατολισμό, στους προσωπικούς στόχους των μελών, κλπ. (Μπούσουλας, 2011: 105).

Ο δεύτερος πυλώνας στον οποίο στηρίχθηκε η συστημική ψυχοθεραπεία ήταν η θεωρία της επικοινωνίας. Εφόσον οι ζωντανοί οργανισμοί είναι «οργανωμένοι» πρέπει με κάποιο τρόπο να επικοινωνούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον τους. Στον κόσμο της επικοινωνίας, η σημασία ενός πράγματος έγκειται στην παρουσία άλλων πραγμάτων. Σύμφωνα με τον Bateson, η επικοινωνία είναι μια διαδικασία

μεταφοράς πληροφορίας εντός ενός πλαισίου. Χωρίς πλαίσιο δεν υπάρχει νόημα, δηλαδή δεν υπάρχει δυνατότητα κατανόησης. Οτιδήποτε έχει νόημα, έχει χάριν της τοποθέτησής του σε ένα μεγαλύτερο πλαίσιο, χάριν της αναφοράς του στις σχέσεις του (Μουρέλη, 2002: 35). Οι διάυλοι επικοινωνίας μπορεί να είναι ο λόγος, το συναίσθημα, η συμπεριφορά αλλά και κάθε άλλη μορφή ανταλλαγής πληροφορίας.

Τα αξιώματα που διατύπωσε ο Watzlawick και οι συνεργάτες του περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιείται η ανταλλαγή πληροφοριών στο σύστημα και τις συνέπειες που έχει στην υγεία, την ψυχοπαθολογία, τη θεραπευτική αλλαγή και τη θεραπευτική διαδικασία και μπορούν να συνοψιστούν ως εξής (Τομαράς, 2001: 472 - 473):

Πίνακας 2.1: Αξιώματα Επικοινωνίας

- 1ο** Σε διαπροσωπικό πλαίσιο είναι αδύνατον για οποιονδήποτε να μην επικοινωνεί. Κάθε συμπεριφορά περιέχει ένα μήνυμα. Η μη επικοινωνία είναι κι αυτή ένα μήνυμα.
 - 2ο** Κάθε επικοινωνία έχει δύο πλευρές: Αυτή του περιεχομένου και εκείνη της σχέσης. Η δεύτερη κατηγοριοποιεί (κατατάσσει) την πρώτη, αποτελώντας έτσι μια μετα-επικοινωνία.
 - 3ο** Οι άνθρωποι επικοινωνούν «ψηφιακά» και «αναλογικά»⁴. Η ψηφιακή (λεκτική) γλώσσα έχει συντακτική αξία, αλλά στερείται σημασιολογικής δυνατότητας στο πεδίο της σχέσης. Η αναλογική (εξωλεκτική) γλώσσα έχει σημασιολογική αξία, αλλά στερείται επαρκούς σύνταξης για το σαφή ορισμό της φύσης των σχέσεων.
 - 4ο** Η φύση μιας σχέσης μεταξύ δύο προσώπων καθορίζεται από τον τρόπο που αυτά θέτουν στίξη στην επικοινωνία τους.
 - 5ο** Όλες οι επικοινωνιακές συναλλαγές είναι είτε συμμετρικές (από ίση θέση) είτε συμπληρωματικές (από άνιση, διαφορετική θέση)⁵.
-

⁴ Ως αναλογική γλώσσα ορίζεται κάθε μη λεκτική πλευρά της επικοινωνίας, όπως για παράδειγμα η γλώσσα του σώματος, η έκφραση του προσώπου, η χροιά, ο τόνος ή ο χρωματισμός της φωνής, κ.ά.

⁵ Συμμετρική είναι μια επικοινωνιακή συναλλαγή που γίνεται από θέση ίσης ισχύος, όπως μεταξύ δύο ενηλίκων, οι οποίοι είναι ισότιμοι και ισοδύναμοι σε μια συζυγική σχέση και επικοινωνούν από ισοδύναμη θέση, ενώ συμπληρωματική είναι η επικοινωνία από θέση άνισης ισχύος, όπως για

Επομένως δεν υπάρχει σχέση χωρίς επικοινωνία. Είναι αδύνατο για οποιονδήποτε να μην επικοινωνεί. Ακόμη και η μη επικοινωνία στο πλαίσιο μιας σχέσης είναι κι αυτή μια μορφή επικοινωνίας, με την έννοια της μεταφοράς πληροφορίας. Με τον τρόπο αυτό, κάθε συγκεκριμένη συμπεριφορά – φυσιολογική ή παθολογική – είναι αποτέλεσμα μιας διαδικασίας επικοινωνίας σε κάποιο κοινωνικό πλαίσιο (context), που είναι ταυτόχρονα και σύστημα επικοινωνίας. Έτσι και το σύμπτωμα πρέπει να κατανοείται ως μήνυμα προς τα άλλα μέλη του συστήματος, ως κρίκος της επικοινωνιακής αλυσίδας ή και ως ρυθμιστής κάποιας δυσλειτουργίας σε αυτήν (Τομαράς, 2001: 473).

Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας έπαιξε και η έννοια της *παράδοξης επικοινωνίας*. Παράδοξη ονομάζεται μια επικοινωνιακή αλληλουχία κατά την οποία ένα άτομο θέτει σε ένα άλλο αντικρουόμενες οδηγίες. Ο Bateson για να εξηγήσει τις παράδοξες πλευρές στην ανθρώπινη επικοινωνία χρησιμοποίησε την έννοια της ιεραρχίας των λογικών τύπων, την οποία είχαν εισάγει οι Russell και Whitehead και σύμφωνα με την οποία πρέπει να γίνεται διάκριση μεταξύ μιας τάξης πραγμάτων και των στοιχείων της τάξης αυτής. Μια δήλωση που αναφέρεται σε μια τάξη παρουσιάζει μεγαλύτερο βαθμό αφαίρεσης από μια δήλωση που αναφέρεται στα μέλη της τάξης αυτής. Αυτή η διαφοροποίηση είναι σημαντική γιατί μπορεί να υπάρξουν δύο δηλώσεις οι οποίες παρουσιάζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην είναι σαφές αν αναφέρονται στην τάξη ή σε κάποιο στοιχείο της τάξης αυτής. Για παράδειγμα η λέξη «άνθρωπος» μπορεί να αναφέρεται σε ένα άτομο (στοιχείο μιας τάξης) ή στο ανθρώπινο είδος (μια τάξη).

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, η πληροφορία αποκτά, σύμφωνα με τον Bateson, νόημα εντός ενός πλαισίου. Η ικανότητα ενός οργανισμού να αναγνωρίζει

παράδειγμα μεταξύ δασκάλου – μαθητή, όταν ο μαθητής θέτει ερωτήσεις για να κατανοήσει κάποια σημεία της διδασκαλίας ή η επικοινωνία γονέα – παιδιού, όπου οι επικοινωνούντες βρίσκονται σε θέση ανίσχυρου προς ισχυρό.

το πλαίσιο ή να επιλέγει το κατάλληλο πλαίσιο ώστε να αποκτά νόημα το μήνυμα που δέχεται, ονομάστηκε «μάθηση της μάθησης» (learning to learn). Για να περιγράψει τις συνθήκες στις οποίες η ικανότητα αυτή δεν αναπτύσσεται (ή καταστρέφεται) καθώς και τις συνέπειες αυτής της εξέλιξης στον σχιζοφρενικό ασθενή, εισήγαγε την *θεωρία του διπλού δεσμού* (Μουρέλη, 2002: 35).

Βασική προϋπόθεση για τον διπλό δεσμό αποτελεί καταρχάς η ύπαρξη μιας στενής συμπληρωματικής σχέσης (π.χ. για το παιδί σε μια οικογένεια, αλλά και σε άλλα πλαίσια όπως στην ψυχοθεραπεία, την οικονομική εξάρτηση, την αρρώστια κτλ.). Η εμπειρία πρέπει να είναι επαναλαμβανόμενη, να υπάρχει μια αρχική αρνητική εντολή, μια δεύτερη εντολή να ακολουθεί, η οποία να είναι σε σύγκρουση με την πρώτη, σε ένα πιο αφαιρετικό επίπεδο, ενώ ταυτόχρονα οι δύο εντολές επιβάλλονται τιμωρητικά ή με ενδείξεις απειλής για την επιβίωση. Για παράδειγμα ο γονέας ζητάει από το παιδί να εκφράσει μια θαρραλέα γνώμη ενώ όταν την εκφράσει, τη χαρακτηρίζει ως άστοργη ή ύπουλη ή ανυπάκουη κτλ. Ταυτόχρονα το πλαίσιο συμπληρώνεται από μια σειρά απαγορεύσεων. Απαγόρευση της επισήμανσης της ασυνέπειας του γονιού (η μεταεπικοινωνία αποτελεί ταμπού), απαγόρευση να εγκαταλείψει κάποιος το πεδίο, απαγόρευση της μη ανταπόκρισης. Ο διπλός δεσμός προκαλεί ένα ανυπόφορο δίλημμα για το παιδί, που έχει περίπου την εξής μορφή: αν θέλω να διατηρήσω τη σχέση με το γονιό μου δεν πρέπει να του δείξω τέτοια συναισθήματα, αλλά αν δεν του τα δείξω θα τον χάσω. Δεν είναι απλώς μια δυσάρεστη κατάσταση στην οποία κάποιος είναι καταδικασμένος εάν πράξει με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο. Είναι περισσότερο μια κατάσταση ταλάντευσης, όπου θα προτιμούσε να μη διαλέξει τίποτα. Η περίπτωση όμως επιβάλλει την επιλογή. Για τον Bateson ο διπλός δεσμός είναι φαινόμενο που εμφανίζεται σε όλα τα αναδρομικά συστήματα. Διπλός δεσμός υπάρχει για παράδειγμα όταν υπάρχουν αντιφατικές

απαιτήσεις από το περιβάλλον, οι οποίες απαιτούν την αύξηση και συγχρόνως την ελάττωση ενός και του αυτού παράγοντα (Μουρέλη, 2002: 35-37).

2.2. Η εξέλιξη της συστημικής ψυχοθεραπείας

Η συστημική ψυχοθεραπεία δεν αποτελεί μια ενιαία θεωρητική ή πρακτική κατασκευή, αλλά, σε αντίθεση με την περίπτωση της ψυχαναλυτικής προσέγγισης, στη συστημική (οικογενειακή) ψυχοθεραπεία δεν μπορεί να γίνει λόγος για έναν ιδιοφυή θεμελιωτή. Περισσότερο έχουμε να κάνουμε με μια σειρά από θεραπευτές που στράφηκαν στην οικογενειακή θεραπεία τις δεκαετίες του 1950 και του 1960 (Τομαράς, Πομίνι & Γουρνέλλης, 2013). Στην αφετηρία μπορούμε να αναφέρουμε κυρίως τρία ινστιτούτα που προώθησαν την ανάπτυξη της συστημικής θεραπείας με τις έρευνές τους για τη σχιζοφρένεια. Στο Yale υπήρχε η ομάδα του Theodore Lidz και στην Ουάσινγκτον, στο Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας διεξήγαγε έρευνες ο Lyman Wynne με τους συνεργάτες του. Τέλος, στο Πάλο Άλτο δημιουργήθηκε το Ινστιτούτο Ψυχικών Ερευνών (Mental Research Institute – MRI). Ιδρύθηκε το 1959 από τον Don Jackson, τον Jules Riskin και την Virginia Satir. Αν θέλαμε να αναφέρουμε κάποια ακόμη ονόματα πρωτοπόρων και θεμελιωτών σχολών της οικογενειακής θεραπείας δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τον Nathan Ackerman στη Νέα Υόρκη, τον Carl Whitaker, τον John Bowlby, τον Murray Bowen, τον Robin Skynner, αλλά και τον Salvador Minuchin, ο οποίος ανέπτυξε τη δομική οικογενειακή θεραπεία, που ήταν αρκετά δημοφιλής τη δεκαετία του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Ιδιαίτερη αίσθηση προκάλεσε στα μέσα της δεκαετίας του 1970 η ομάδα της Mara Selvini Palazzoli από το Μιλάνο, η οποία επηρέασε σημαντικά όλες τις προσεγγίσεις της συστημικής θεραπείας (Schlippe & Schweitzer, 2008: 29, 30, 32).

Αυτή η πρώτη φάση της συστημικής προσέγγισης, την οποία οι ιστοριογράφοι της συστημικής θεωρίας ονομάζουν συχνά Κυβερνητική Α΄ φάσης, περιλαμβάνει ένα χρονικό όριο από το 1950 έως περίπου το 1980. Ήταν μια φάση ανάπτυξης θεωριών για τα παρατηρούμενα συστήματα (Schlippe & Schweitzer, 2008: 67). Υπέθετε ότι ήταν δυνατόν να διαχωριστεί το παρατηρούμενο σύστημα από το σύστημα που παρατηρεί και ότι ο παρατηρητής μπορούσε να είναι ουδέτερος. Η Κυβερνητική Α΄ τάξης βασιζόταν σε ελεγκτικούς μηχανισμούς και επικεντρωνόταν στην έννοια της αρνητικής ανατροφοδότησης και της ομοιόστασης, η οποία γινόταν κατανοητή ως ένας τρόπος αντίστασης της οικογένειας στην αλλαγή, με την επιστροφή στην προ της απειλής σταθερή κατάσταση (Boscolo & Bertrando, 2008: 50). Για τους συστημικούς ψυχοθεραπευτές η παράκαμψη της ομοιόστασης απέκτησε ιδιαίτερα θεραπευτική σημασία, όπως και μια σειρά άλλων παρεμβάσεων όπως η σταθεροποίηση των υποσυστημάτων, η ρύθμιση των ορίων και της ιεραρχίας μέσα στην οικογένεια, κ.ά. (Μπούσουλας, 2011: 75, 79, 80). Σύμφωνα με το συστημικό στρατηγικό μοντέλο, η σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου περιγραφόταν με ανάλογη ορολογία. Ο θεραπευτής έπρεπε να κρατήσει τον έλεγχο της θεραπευτικής σχέσης, έπρεπε να προσέχει ώστε να μην ακυρώνεται η δράση του από την ανάδραση της οικογένειας και τις ομοιοστατικές της τάσεις, έπρεπε να παρακάμψει τις άμυνες και την αντίσταση του συστήματος, να προβλέψει τις κινήσεις κάθε μέλους της οικογένειας προς τον εαυτό του, αλλά και προς τα άλλα μέλη της οικογένειας, κ.ά. Με λίγα λόγια, η θέση του θεραπευτή ήταν αμυντική απέναντι στην οικογένεια και ταυτόχρονα στρατηγικά επιθετική με στόχο την πρόκληση της αλλαγής (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 90).

Η δεκαετία του 1970 επέφερε αλλαγές στην κυβερνητική και κατά συνέπεια και στον τρόπο που αυτή επιδρούσε στην συστημική θεωρία. Η αποκαλούμενη

Κυβερνητική Β΄ τάξης ονομάστηκε και *κυβερνητική των παρατηρούμενων συστημάτων*, γιατί επρόκειτο για μια φάση ανάπτυξης θεωριών για τους παρατηρητές. Προήλθε από τις εξελίξεις στην κβαντική φυσική και τη φιλοσοφία της επιστήμης αλλά πιο συγκεκριμένα από τις εργασίες ερευνητών από διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα, οι οποίοι εισήγαγαν στη μελέτη τους τη νέα επιστημολογία. Οι κυριότεροι από αυτούς ήταν οι βιολόγοι Maturana και Varela, που υπήρξαν θεμελιωτές της κονστρουκτιβιστικής επιστημολογίας (ριζοσπαστικός κονστρουκτιβισμός) και ο ερευνητής της κυβερνητικής Heinz von Foester (Boscolo & Bertrando, 2008: 55).

Με τη Β΄ Κυβερνητική αμφισβητήθηκε η δυνατότητα αντικειμενικής παρατήρησης από κάποιον εξωτερικό παρατηρητή αλλά και η μεταβολή του συστήματος με έξωθεν παρέμβαση. Ο παρατηρητής τοποθετήθηκε μέσα στο παρατηρούμενο σύστημα δημιουργώντας έτσι ένα νέο, ευρύτερο σύστημα. Με τον τρόπο αυτό εισήχθη η δυνατότητα της αυτοπαρατήρησης και της αυτοαναφοράς ως μέρος της συστημικής σκέψης (Τομαράς, Πομίνι & Γουρνέλλης, 2013). Η Κυβερνητική δεύτερης τάξης επιτρέπει επομένως το άνοιγμα του «μαύρου κουτιού»⁶, δηλαδή τη μελέτη του ατόμου ως παράγοντα που επηρεάζει το σύστημα. Έτσι, καμία παρατήρηση δεν μπορεί να γίνει χωρίς τη συμμετοχή του παρατηρητή και ταυτόχρονα στη μελέτη της δυναμικής μιας οικογένειας πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η δυναμική που δημιουργεί το σύστημα θεραπευτής – οικογένεια (Μπούσουλας, 2011: 80-81).

Η επίδραση της Β΄ Κυβερνητικής στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία οδήγησε στη δημιουργία νέων θεραπευτικών σχολών, όπως ήταν η συστημική

⁶ Σύμφωνα με τη θεωρία του «μαύρου κουτιού», ένας παρατηρητής μπορούσε να δει μόνο την αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμων, δηλαδή εισροή και εκροή. Η θεωρία αυτή είχε υιοθετηθεί από τους πρώτους οικογενειακούς θεραπευτές για να περιορίσουν την πολυπλοκότητα που υπήρχε στις θεωρίες προσωπικότητας (Boscolo & Bertrando, 2008: 51).

κονστρουκτιβιστική θεραπεία των Boscolo και Bertrando, η αναστοχαστική ομάδα του Andersen, οι αφηγηματικές προσεγγίσεις, αλλά και η σχολή του Μιλάνου, η οποία ήταν η μοναδική πρωτοκυβερνητική σχολή που ενσωμάτωσε και προώθησε τις ιδέες της Β΄ Κυβερνητικής (Schlippe & Schweitzer, 2008: 35 · Μπούσουλας, 2011: 106).

Τη δεκαετία του 1990, νέες θεωρίες βασισμένες στη γλωσσολογία, στην ερμηνευτική και τον κοινωνικό κονστρουξιονισμό έκαναν δυνατή τη σύνδεση του ατόμου και της ομάδας. Αυτή η επίδραση έφερε αυτό που ονομάζεται Γ΄ Κυβερνητική. Ο κοινωνικός κονστρουξιονισμός πήρε ως αφετηρία τη συσχέτιση και τον συντονισμό των ατόμων μεταξύ τους. Η ατομικότητα θεωρήθηκε μάλλον ως δευτερεύον προϊόν. Έδωσε έμφαση στο μοίρασμα και την κοινωνική γένεση της γνώσης μέσω των διαδικασιών της ανθρώπινης επικοινωνίας εντός ενός συγκεκριμένου ιστορικού πλαίσιο κάθε φορά (Schlippe & Schweitzer, 2008: 95). Οι ιδέες, οι έννοιες και οι αναμνήσεις αναδύονται από την κοινωνική ανταλλαγή και μεταβιβάζονται διαμέσου της γλώσσας. Μια αντικειμενική πραγματικότητα είναι βασικά αδιανόητη. Όλη η γνώση αναπτύσσεται στον «κοινό χώρο» μεταξύ των ανθρώπων και μόνο μέσα από τη συνεχιζόμενη συζήτηση με οικείους, αναπτύσσει το άτομο μια αίσθηση ταυτότητας ή μια εσωτερική φωνή. Οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες κάθε ατόμου τονίζονται περισσότερο. Ο κόσμος μας δημιουργείται μέσα από αλληπάλληλες κοινωνικές συναλλαγές που βασίζονται στη γλώσσα. Με λίγα λόγια, ενώ ο κονστρουκτιβισμός επικεντρωνόταν στον παρατηρητή και τις νοητικές του κατασκευές, ο κοινωνικός κονστρουξιονισμός τόνιζε την ιδέα των σχέσεων. Όχι όμως ως εκφράσεις δομών ή προτύπων συμπεριφοράς, αλλά ως συστήματα γλώσσας και νοήματος (Boscolo & Bertrando, 2008: 56, 57).

2.2.1 Διαλεκτική Συστημική Προσέγγιση

Η Διαλεκτική Συστημική Προσέγγιση (Βασιλείου, 1983) αναπτύχθηκε στον Ελλαδικό χώρο μέσα από το Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου (Α.Κ.Μ.Α.), αρχικά από τον Γιώργο και τη Βάσω Βασιλείου και στη συνέχεια από τους νεότερους συνεργάτες του κέντρου, έως και σήμερα.

Κεντρικό σημείο αυτής της προσέγγισης είναι η μελέτη των *φαινομένων της Ζωής* και ειδικά αυτά που αφορούν τον Άνθρωπο και τις κοινωνικές ομάδες που αναπτύσσει. Η υπόθεση είναι ότι, δεν είναι δυνατό να μελετώνται και να κατανοούνται στατικά και ανεξάρτητα από το περιβάλλον τους, αλλά μόνο εάν προσεγγίζονται δυναμικά, ως διεργασίες.

Διεργασία ονομάζεται η αλληλουχία γεγονότων, που εξελίσσεται ακατάπαυστα στον χωροχρόνο. Αν ο παρατηρητής διακόψει μια διεργασία για να μελετήσει τα γεγονότα που εξελίσσονται σε μια ορισμένη χρονική στιγμή, τότε αυτό που μελετά δεν είναι πλέον η διεργασία, αλλά το τεχνητό αποτέλεσμα της δικής του παρέμβασης.

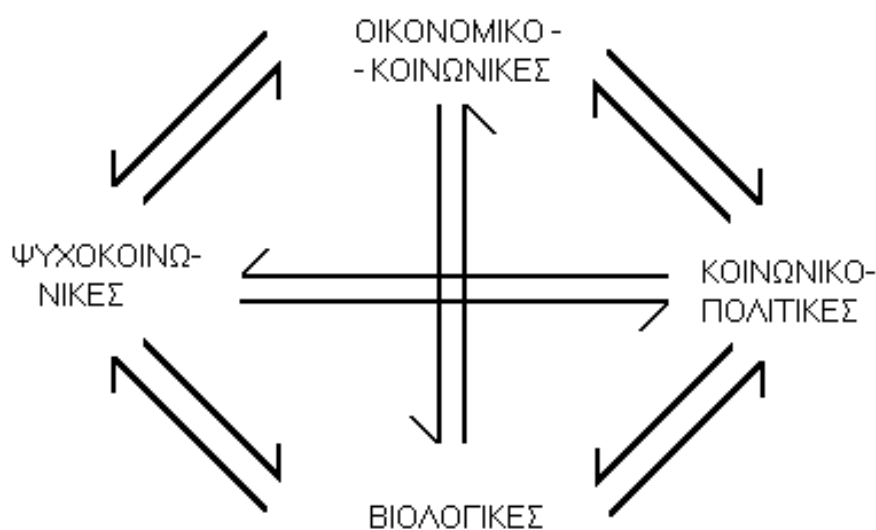
Σύστημα είναι ένα σύνολο διεργασιών που ανελίσσονται σε αλληλεξάρτηση, αλληλοσυσχέτιση και αμοιβαία ολόπλευρη συναλλαγή, με τέτοιο τρόπο που η κάθε διεργασία αλλάζει με τρόπο αμφίδρομο όλες τις άλλες, ενώ συγχρόνως μεταβάλλεται από αυτές.

Οι ιδιότητες ενός Συστήματος δεν μπορούν να αναχθούν στο άθροισμα των ιδιοτήτων των μερών του, και είναι αδύνατο για έναν παρατηρητή να διακρίνει γραμμικές σχέσεις αιτίου - αιτιατού μεταξύ των διεργασιών που απαρτίζουν το Σύστημα.

Οι ζωντανοί οργανισμοί είναι επομένως συστήματα **αυτόνομα**, διότι αυτορυθμίζονται και αυτό-αναπαράγονται, επομένως είναι **αυτορυθμιζόμενα** ως

προς τα όριά τους και **ανοικτά** ως προς την δομή τους. Έτσι, μέσα από μια διαδικασία συνεχών αποδομήσεων και αναδομήσεων, κατορθώνουν να διατηρούν σταθερή την οργάνωση και συνεπώς, την ταυτότητά τους. Επίσης είναι συστήματα **ανωτροπικά**, διότι προκειμένου να λειτουργούν, χρειάζεται να βρίσκονται μέσα σε ένα βιολογικό περιβάλλον υπόστρωμα, από το οποίο λαμβάνουν ενέργεια και πληροφόρηση. Κάθε σύστημα, προκειμένου να διατηρεί και να αναπτύσσει την λειτουργικότητά του, χρειάζεται να εντάσσεται στα πλαίσια ενός κατάλληλου υπερ-συστήματος, μέσα στο οποίο βρίσκεται σε διαρκή αλληλεξάρτηση, αλληλοσυσχέτιση και συναλλαγή.

Με βάση τα παραπάνω ο Άνθρωπος ορίζεται ως ένα Σύστημα αυτόνομο και βιο-ψυχο-κοινωνικό, το οποίο συναπαρτίζεται από διεργασίες βιολογικές, ψυχοκοινωνικές, κοινωνικοπολιτικές και οικονομικοκοινωνικές, που βρίσκονται σε ολόπλευρη συναλλαγή μεταξύ τους.



Ο Άνθρωπος, προκειμένου να λειτουργεί και να ανεξίσσεται σε πιο οργανωμένη συμπλοκότητα χρειάζεται να δομεί και να εντάσσεται σε ευρύτερα συστήματα και κοινωνικές ομάδες. Αυτές είναι η Οικογένεια, η Κοινότητα, η Κοινωνία, οι δευτερογενείς ομάδες κλπ.

Προκειμένου ο Άνθρωπος και οι Κοινωνικές Ομάδες, μέσα στις οποίες εντάσσεται, να μπορούν να λειτουργούν, να διαφοροποιούνται και να εξελίσσονται, χρειάζεται τα μέλη των ομάδων αυτών να αναπτύσσουν μεταξύ τους συνεργατικές συλλογικές σχέσεις. Αντιθέτως, όταν οι κοινωνικές ομάδες στηρίζονται σε ανταγωνιστικές και εκμεταλλευτικές σχέσεις, τότε εμφανίζεται ψυχοκοινωνική εκμετάλλευση ανάμεσα στα μέλη τους, με βαρύτερες δυσλειτουργικές συνέπειες που σταδιακά γενικεύονται.

Η εφαρμογή της Συστημικής Διαλεκτικής Προσέγγισης στην Θεραπεία και Εκπαίδευση περιλαμβάνει πολλά στοιχεία από τις κυριότερες Συστημικές προσεγγίσεις: Βιωματικές Τεχνικές (Satir), Θεραπευτικά Παράδοξα (Σχολή Palo Alto), Ιεραρχία, Υποσυστήματα, Όρια και ρόλοι μελών της Οικογένειας (Minuchin), Προσωπική Διαφοροποίηση, Τρίγωνα, Γενεόγραμμα (Bowen), Στοιχεία Ψυχοδράματος (Moreno), Νοηματοδότηση (Υπαρξισμός) κλπ.

Η Συστημική Διαλεκτική Θεραπευτική Προσέγγιση (ΣΔΘΠ) στοχεύει στην επίλυση των εσωτερικών αντιφάσεων του θεραπευόμενου, καθώς και των αντιφάσεων ανάμεσα στα μέλη της Οικογένειας ή της Ομάδας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την ανάπτυξη ενημερότητας, συγκινησιακής κατανόησης, γνωστικής και συγκινησιακής διαφοροποίησης των θεραπευόμενων, την ανάπτυξη εμπιστοσύνης, υπευθυνότητας και οικειότητας ανάμεσα στα μέλη της Οικογένειας, άλλης κοινωνικής Ομάδας ή της θεραπευτικής σχέσης.

Η ΣΔΘΠ είναι α) **πολυεπίπεδη**: για να κατανοηθεί η λειτουργία της οικογένειας, εξετάζονται οι σχέσεις μεταξύ των μελών ή των υποσυστημάτων της όπως για παράδειγμα το γονεϊκό ζευγάρι, το αδελφικό υποσύστημα, κλπ., καθώς και η σχέση της οικογένειας με τις ευρύτερες κοινωνικές ομάδες στις οποίες είναι ενταγμένη σαν σύνολο ή εν μέρει όπως για παράδειγμα η ευρύτερη οικογένεια, η

κοινότητα, το σχολείο κλπ., και β) **πολυεστιακή**: ο θεραπευτής εστιάζει στην οικογένεια ή στην ομάδα σαν σύνολο ή σε κάποια υποσυστήματα ή μέλη τους, τα οποία είναι έτοιμα στον καθορισμένο χρόνο, να υιοθετήσουν αλλαγές.

Θεωρώντας ότι η εξέλιξη του ενός επιφέρει πάντα αλλαγές στα άλλα μέλη της Οικογένειας, Ομάδας κλπ και αντίστροφα, δηλαδή, ότι τα υποσυστήματα και τα μέλη του θεραπευτικού συστήματος (το οποίο περιλαμβάνει και τον θεραπευτή), συνεξελίσσονται, εφόσον αναπτύσσονται υγιείς θεραπευτικές διεργασίες σε αυτά, και προκειμένου να αναπτυχθεί αυτή η διαλεκτική συνεξέλιξη, καλλιεργείται δημιουργικός διάλογος ανάμεσα στα μέλη της Οικογένειας ή της Ομάδας (Θέση-Αντίθεση- Σύνθεση- Νέα Θέση σε ανώτερο επίπεδο).

2.3. Η θεραπευτική σχέση στη συστημική προσέγγιση

Για αρκετά χρόνια, η θεραπευτική σχέση παραμελήθηκε ως έννοια από τους συστημικούς θεραπευτές, πιθανώς ως ανάγκη διαφοροποίησης από την ψυχοδυναμική προσέγγιση, της οποίας η θεραπευτική σχέση αποτελεί κεντρικό σημείο. Η επίδραση άλλωστε της Α΄ Κυβερνητικής έδινε στον θεραπευτή μια θέση αυθεντίας που «απαγόρευε» τη δημιουργία οποιασδήποτε σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου εκτός από εκείνης του ειδικού απέναντι στον ασθενή. Όμως, το δομικό μοντέλο του S.Minuchin, που διατυπώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1970, έδωσε έμφαση στη θεραπευτική σχέση, αποδίδοντάς της κεντρικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία (Τομαράς, Πομίνι & Γουρνέλλης, 2013). Συμπεριέλαβε κάποιες θεμελιώδεις έννοιες, οι οποίες αναφέρονται στη στάση και τη συμπεριφορά του θεραπευτή απέναντι στην οικογένεια και στο κάθε μέλος της, στην κάθε φάση της θεραπευτικής διαδικασίας:

- *Σύνδεση* (joining): Αναφέρεται στην απαραίτητη διαδικασία ώστε να συνδεθεί ο θεραπευτής με την οικογένεια από την πρώτη συνάντηση, λειτουργώντας ως ομπρέλα κάτω από την οποία θα διεξαχθεί η θεραπευτική διαδικασία.
- *Προσαρμογή* (accommodation): Αναφέρεται στις κινήσεις και στάσεις προσαρμογής του θεραπευτή στη συγκεκριμένη οικογένεια και σε κάθε μέλος της (υποστήριξη, συμμαχία, κ.ά.).
- *Δέσμευση* (engagement) ή εγκατάσταση της θεραπευτικής σχέσης.
- *Σταδιακή αποδέσμευση* (dis-joining): αναφέρεται στη διαδικασία αποχωρισμού και αυτονόμησης της οικογένειας.

Το δομικό μοντέλο περιελάμβανε ξεκάθαρες οδηγίες για το είδος της σχέσης και για τον τρόπο με τον οποίο θα έπρεπε να κινηθεί ο θεραπευτής ώστε να επιτύχει την αναδόμηση και την αλλαγή του οικογενειακού συστήματος. Ο θεραπευτής είναι που επιλέγει τον βαθμό εγγύτητας ή απόστασης από την οικογένεια, ανάλογα με την προσωπικότητά του και την ικανότητα ενσυναίσθησης που διαθέτει (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 91).

Είναι φανερή η επίδραση της Α΄ Κυβερνητικής στις θέσεις του Minuchin, όπως και στις οδηγίες που διατυπώθηκαν, λίγα χρόνια αργότερα, από την ομάδα του Μιλάνου και οι οποίες έγιναν θεμελιώδεις για τις στάσεις και τη συμπεριφορά του θεραπευτή στο ομώνυμο μοντέλο. Παρόλα αυτά και οι τρεις βασικές έννοιες (κυκλικότητα, διαδικασία των υποθέσεων και ουδετερότητα) που εισήγαγαν είναι σχεσιακές, δηλαδή βασίζονται, αναφέρονται και υπολογίζουν τις σχεσιακές διαδικασίες που αναπτύσσονται μεταξύ των συν-θεραπευτών⁷ και των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 91 – 92).

⁷ Το «κλασικό» θεραπευτικό πλαίσιο στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται από τη δεκαετία του 1950 και αποτελείται από δύο δωμάτια, χωρισμένα από μονόδρομο καθρέφτη. Στο πρώτο δωμάτιο, το δωμάτιο θεραπείας, δύο θεραπευτές συναντούν την οικογένεια και συντονίζουν

- *Ουδετερότητα* (neutrality) του θεραπευτή: Αναφέρεται στην προσπάθεια του θεραπευτή να αποφύγει κάποιες σταθερές συμμαχίες με ένα μέλος της οικογένειας ή με ένα υποσύστημά της. Το ιδανικό αποτέλεσμα θα ήταν κάθε μέλος της οικογένειας να αισθάνεται ότι ο θεραπευτής είναι «με το μέρος του» και τον κατανοεί. Η ουδετερότητα δεν σημαίνει να μην έχει κάποιος προσωπική γνώμη, αλλά να μην την καταθέτει δογματικά. Επίσης δεν σημαίνει καθόλου ψυχρή αποστασιοποίηση αλλά απεναντίας, η οικοδόμηση μιας ζεστής σχέσης αποτελεί μια σημαντική βάση για τη συνεργασία κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Εκτός από την ουδετερότητα απέναντι στα πρόσωπα μπορούν να αναφερθούν επίσης η ουδετερότητα απέναντι στα προβλήματα ή τα συμπτώματα και η ουδετερότητα απέναντι στις ιδέες.
- *Κυκλικότητα* (circularity): Αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να δρα βασιζόμενος στις ανατροφοδοτήσεις των μελών της οικογένειας στις δικές του παρεμβάσεις. Ο θεραπευτής οφείλει να λαμβάνει υπόψη του συνεχώς τις αντιδράσεις των μελών της οικογένειας και να υιοθετεί μια αναστοχαστική στάση. Προτιμώνται οι κυκλικές ερωτήσεις, στις οποίες ένα μέλος της οικογένειας ερωτάται για τα συναισθήματα, τη συμπεριφορά, κτλ. ενός άλλου μέλους. Η θεωρητική αφετηρία της κυκλικότητας βρίσκεται στο αξίωμα του Bateson ότι πληροφορία είναι κάθε διαφορά που με τη σειρά της παράγει διαφορά (Μουρέλη, 2002: 29). Βασικός στόχος των κυκλικών ερωτήσεων είναι η ανάδειξη διαφορών μεταξύ των μελών και ο προσδιορισμός της κάθε σχέσης.
- *Η διαδικασία των υποθέσεων* (hypothesizing): Ο θεραπευτής οφείλει να χρησιμοποιεί τις υποθέσεις ως μέσο επαφής με την οικογένεια και να τις

το διάλογο. Στο δεύτερο, το δωμάτιο παρατήρησης, ο επόπτης και τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας παρατηρούν τη συνάντηση (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 87-88).

χρησιμοποιεί ως έναυσμα για να αρχίσει τον διάλογο, ανεξάρτητα από την ικανότητά του να εξηγήσει την πραγματικότητα. Η αξία μιας υπόθεσης δεν βρίσκεται στην αλήθεια της αλλά στη χρησιμότητά της, δηλαδή στο κατά πόσον λειτουργεί ταξινομικά και παροτρυντικά. Η ποικιλία υποθέσεων οδηγεί σε ποικιλία οπτικών και δυνατοτήτων. Μια υπόθεση θα πρέπει να διατυπώνεται κατά το δυνατόν με τέτοιο τρόπο ώστε να συμπεριλαμβάνει όλα τα μέλη ενός συστήματος γύρω από ένα πρόβλημα και να συνδέει είτε καλές προθέσεις με αθέλητες αρνητικές συνέπειες ή αντίστροφα τον πόνο λόγω ενός προβλήματος με θετικές παρενέργειες του προβλήματος (Schlippe & Schweitzer, 2008: 137).

Το μοντέλο της Σχολής του Μιλάνου θεωρείται ότι έκανε την εμφάνισή του το 1975 με το βιβλίο «Το Παράδοξο και Αντιπαράδοξο», από τους Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin και Giuliana Prata οι οποίοι προσπάθησαν από πολύ νωρίς να εφαρμόσουν έναν «κυβερνητικό κονστρουκτιβισμό» (Schlippe & Schweitzer, 2008:37, 38, 40), γεγονός που τους τοποθετεί στο πέρασμα από την πρώτη στη δεύτερη κυβερνητική, αφού η προσοχή δεν ήταν πλέον αποκλειστικά στραμμένη στα δυναμικά της οικογένειας αλλά μετατοπίστηκε και στο πρόσωπο του θεραπευτή καθώς και στις μεταξύ τους σχέσεις.

Με την Β΄ Κυβερνητική, ο θεραπευτής δεν είναι πλέον αντικειμενικός παρατηρητής αλλά μέλος του θεραπευτικού συστήματος, συγκατασκευάζει με την οικογένεια μια καινούρια πραγματικότητα (και μια γλώσσα), που εξελίσσεται κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Εστιάζει στις αφηγήσεις, στις πεποιθήσεις, στα συναισθήματα καθώς και στα νοήματα των συμπεριφορών παρά στις ίδιες τις συμπεριφορές. Αποποιείται τον ρόλο του γνώστη – ειδικού και υιοθετεί τον ρόλο του συζητητή (Τομαράς, Πομίνι & Γουρνέλλης, 2013), αντιλαμβανόμενος τη θεραπεία ως

διάλογο μεταξύ ισότιμων και με την πεποίθηση ότι η θεραπευτική αλλαγή δεν μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα μιας σχέσης διδακτικής – καθοδηγητικής. Η θεραπευτική σχέση (θεραπευτής-οικογένεια) χρήζει τουλάχιστον ίσης προσοχής με τα παρατηρούμενα ενδοοικογενειακά δυναμικά (Τομαράς, 2001: 477).

Από την δεκαετία του 1990, η θεραπευτική σχέση φωτίστηκε με το ενδιαφέρον της συστημικής κοινότητας και όλο και περισσότεροι συστημικοί θεραπευτές άρχισαν να διατυπώνουν καινούριες έννοιες ή να ανανεώνουν τις παλιές, ενώ σταδιακά ξεκίνησαν να ενσωματώνουν και να αξιοποιούν έννοιες κοινές με άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως την *ενσυναίσθηση* (empathy), την *ικανότητα αφούγκρασης* (listening), *προσοχής*, *κατανόησης*, *μοιράσματος*, *συμπόνιας* καθώς και τον *συναισθηματικό συντονισμό* (attunement) μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Επίσης, άρχισε να αποκτά σημασία η έννοια της *θεραπευτικής συμμαχίας*, της *δέσμευσης* και της *κατανόησης* (understanding) εκ μέρους του θεραπευτή αλλά και της αίσθησης ότι *γίνεται καταληπτός* (feeling understood) εκ μέρους του θεραπευόμενου (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 93–95). Η *ασφαλής βάση* (secure base) και η *αρκετά καλή δέσμευση* είναι έννοιες που είχαν αναπτυχθεί στο πλαίσιο της *θεωρίας του δεσμού* ή της *συναισθηματικής πρόσδεσης* (attachment theory) του Bowlby και υιοθετήθηκαν από διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις για την περιγραφή και κατανόηση της θεραπευτικής σχέσης. Το *σύστημα δεσμού* (attachment system) αποτελεί ένα ενεργό σύστημα που ρυθμίζει τις διαπροσωπικές σχέσεις σε όλη τη διάρκεια της ζωής, τόσο για τον θεραπευόμενο όσο και για τον θεραπευτή. Ένας *ασφαλής* (secure) θεραπευτής βοηθά τον θεραπευόμενο να μετατρέψει τον ανασφαλή δεσμό σε ασφαλή, ενώ αντίθετα ένας *ανασφαλής* (insecure) θεραπευτής κινδυνεύει να επιβεβαιώνει τον ανασφαλή δεσμό του θεραπευόμενου. Τα κύρια συστατικά για τη διαμόρφωση μιας θεραπευτικής ασφαλούς βάσης θεωρούνται

η *συναισθηματική συνεκτικότητα* (emotional connectedness), η ικανότητα του θεραπευτή να *αντανακλά και να τονίζει* (mirroring and marking) τις συναισθηματικές αντιδράσεις του θεραπευόμενου λειτουργώντας σαν καθρέφτης, η ικανότητα να *εναρμονιστεί* συναισθηματικά ο θεραπευτής με τον θεραπευόμενο (attunement), η ικανότητα να *συγκρατεί το άγχος* του (soothing) και να του *εμπνέει αίσθηση ενδυνάμωσης* (empowering) καθώς και *συναισθηματικής εξισορρόπησης* (affect regulation). Επομένως η ψυχοθεραπεία είναι μια *αναδρομική διαδικασία* (recursive process) σε ένα πλαίσιο διαπροσωπικού διαλόγου, που αυξάνει την *αναστοχαστική λειτουργία* (reflective function) και την ικανότητα *ψυχικοποίησης* (mentalisng), δηλαδή την αντίληψη του εαυτού και των άλλων ως ξεχωριστών αλλά και συνδεδεμένων ανθρώπινων όντων με επιθυμίες, στόχους, κίνητρα κλπ. (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 97-98).

Ανάμεσα στις έννοιες που εισήγαγαν ή αναθεώρησαν οι συστημικοί ψυχοθεραπευτές ήταν και οι παρακάτω (Schlippe & Schweitzer, 2008: 140 – 142):

- *Περιέργεια* (curiosity): Η έννοια της ουδετερότητας επαναπροσδιορίστηκε και συμπληρώθηκε με αυτή της περιέργειας, με την έννοια της διατήρησης μιας στάσης ενεργού ενδιαφέροντος από την πλευρά του θεραπευτή προς το σύστημα και τους τρόπους λειτουργίας του. Μπορούμε να πούμε ότι η διαμόρφωση υποθέσεων και οι κυκλικές ερωτήσεις αποτελούν τα τεχνικά μέσα, για να διατηρήσουμε μια στάση *περιέργειας*. Ανάμεσα σε αυτά τα τρία υπάρχει μια αναδρομική σχέση – το ένα παράγει το άλλο.
- *Ασέβεια* (irreverence): Ο θεραπευτής προφυλάσσεται από το να είναι πολύ υπάκουος στις κυρίαρχες επιστημονικές και ιδεολογικές πεποιθήσεις του και σε αυτές των θεσμών όπου εργάζεται καθώς και από το να επηρεάζεται

υπερβολικά από τις προκαταλήψεις του ή να επαναπαύεται σε δοκιμασμένες λύσεις και να τις επαναπροτείνει μηχανικά.

- *Συνήχηση* (resonance): Η έννοια αυτή εισήχθη στην ψυχοθεραπεία από τον Sigmund Heinrich Foulkes (1898 – 1976) και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε από τον Mony Elkaïm για να περιγράψει την εσωτερική ηχώ που δημιουργεί στον θεραπευτή το υλικό (βιώματα, συναισθήματα αλλά και μοντέλα σχέσεων) που φέρνουν οι θεραπευόμενοι στη θεραπεία, το οποίο αγγίζει κάποια «εσωτερική χορδή» (βιώματα, συναισθήματα, αναμνήσεις) του ίδιου του θεραπευτή. Όπως στη Φυσική η συνήχηση αφορά τον συντονισμό παλλόμενων αντικειμένων, έτσι και στις ανθρώπινες σχέσεις, ο όρος περιγράφει την ικανότητα συντονισμού μεταξύ των μελών της θεραπευτικής σχέσης, που οδηγεί στην «ταλάντωση» εσωτερικών χορδών τους. Η θεραπευτική σχέση μπορεί να επηρεαστεί είτε θετικά είτε αρνητικά από τη συνήχηση. Θετικά όταν το κοινό σημείο αξιοποιείται θεραπευτικά, αυξάνοντας καταρχάς την ενσυναίσθηση του θεραπευτή, και αρνητικά όταν ο θεραπευτής προσπαθεί να επιβάλλει δικές του αρχές και αξίες στο σύστημα. Ένα σημαντικό ηθικό και δεοντολογικό θέμα που προκύπτει με την εμφάνιση της συνήχησης είναι η ευθύνη του θεραπευτή σχετικά με το πώς θα προστατεύσει τη θεραπευτική διαδικασία από θέματα που σχετίζονται με την οικογένειά του, το πολιτισμικό του υπόβαθρο, το φύλο του και τις ηθικές αρχές του. Γι' αυτό τον λόγο προτείνεται η εκπαίδευση των θεραπευτών να περιλαμβάνει προσωπική τους θεραπεία και εποπτεία (Καλδιριμιτζιάν, 2015).

2.3.1. Η θεραπευτική σχέση στην ομαδική⁸ συστημική ψυχοθεραπεία

Η θεραπευτική σχέση απέκτησε, λοιπόν, το ενδιαφέρον που της αναλογούσε, από μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που προτάσσει θεμελιακά την έννοια των σχέσεων και των τρόπων αλληλεπίδρασης, ως βάση της θεωρητικής της επεξεργασίας, όπως είναι η συστημική προσέγγιση. Όμως, ακόμη και πρόσφατα, οι περισσότερες αναφορές σχετικά με τη θεραπευτική σχέση αναφέρονται στη δυαδική σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου και μάλιστα κάποιες φορές αφήνεται να εννοηθεί ότι τα μέλη μιας οικογένειας ή ενός ζεύγους αντιμετωπίζονται ως σύνολο και όχι ως ξεχωριστά άτομα (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 87). Κάτι τέτοιο, αποτελεί μια νέα αντίφαση στους κόλπους της συστημικής προσέγγισης.

Όπως είδαμε, από τα βασικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος είναι η πολυπλοκότητα και η περιπλοκότητά του, δηλαδή αναγνωρίζεται ότι όσο αυξάνονται τα μέλη ενός συστήματος τόσο αυτό γίνεται πιο σύνθετο. Από την άλλη μεριά, η Β΄ Κυβερνητική απάλλαξε τον θεραπευτή από τον ρόλο του ανεξάρτητου παρατηρητή και τον καθιέρωσε ως μέλος του συστήματος. Επομένως, στη θεραπευτική σχέση που διαμορφώνεται σε ένα πλαίσιο που περιλαμβάνει περισσότερους συμμετέχοντες, είναι αναμενόμενο η πολυπλοκότητα των αλληλεπιδράσεων να αυξάνεται ριζικά.

Όπως συμβαίνει σε μια πολυφωνική ορχήστρα, που πολλαπλασιάζει τις δυνατότητες των μουσικών δημιουργιών συγκριτικά με ένα ντουέτο οργάνων, αυξάνοντας το φάσμα των τόνων και των χρωμάτων, έτσι και στην περίπτωση της

⁸ Η ομαδική συστημική ψυχοθεραπεία διαφέρει από την θεραπεία με την οικογένεια ως ομάδα. Η οικογένεια χαρακτηρίζεται ως «φυσική» ομάδα, η οποία εισέρχεται στη διαδικασία της ψυχοθεραπείας με ήδη εγκατεστημένες σχέσεις μεταξύ των μελών και των υποσυστημάτων της. Αντιθέτως, η ομάδα που σχηματίζεται στην ομαδική συστημική θεραπεία αποτελείται από άτομα που πρέπει, καταρχάς, να συνδεθούν. Η επιλογή, επομένως, της εισόδου ενός ατόμου σε μια τέτοια ομάδα έχει διττό ρόλο. Αφενός μεν να βοηθήσει το άτομο που μπαίνει στην ομάδα αλλά, ταυτόχρονα, να αναδιαμορφώσει τις σχέσεις μεταξύ των μελών της ομάδας.

Σε αυτό το υποκεφάλαιο, η έμφαση δίνεται στην ομαδική συστημική ψυχοθεραπεία, δηλαδή στη θεραπεία με άτομα που δεν γνωρίζονται πριν τη συμμετοχή τους στην ομάδα. Η είσοδος ενός μέλους σε μια ομάδα επιλέγεται από τον θεραπευτή αφού πρώτα έχει προηγηθεί ατομική ψυχοθεραπεία. Ο θεραπευτής επιλέγει, συνήθως, το χρόνο και το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα γίνει προσπάθεια να ενταχθεί το νέο μέλος της ομάδας.

θεραπευτικής ομάδας⁹, η παρουσία περισσότερων ατόμων πολλαπλασιάζει τις δυνατότητες. Ασφαλώς απαιτείται μεγαλύτερος συντονισμός, συνεργασία και σκληρή προσπάθεια, αλλά το αποτέλεσμα είναι πάντοτε πλουσιότερο. Βασικός παράγοντας που διαμορφώνει τις συνθήκες για πιο αποδοτική δουλειά είναι το ενδιαφέρον και ο ενθουσιασμός. Είναι επομένως σημαντικό οι θεραπευτές και οι συν-θεραπευτές να διαμορφώνουν ένα πλαίσιο συνολικής υποστήριξης (holding) για τα μέλη της ομάδας αλλά και μεταξύ τους. Άλλωστε, τα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει ένας θεραπευτής, όπως αναλύθηκαν στο πρώτο κεφάλαιο, αφορούν πλέον όλους τους θεραπευτές που συμμετέχουν στη θεραπευτική ομάδα, μπροστά και πίσω από τον καθρέφτη (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 106, 107).

Το ζητούμενο εξακολουθεί να είναι η ανάπτυξη μιας «αρκετά καλής δέσμευσης» και αυτό μπορεί καλύτερα να επιτευχθεί σε μια οικογενειακή/ομαδική ψυχοθεραπεία, όπου τα συστατικά της θεραπευτικής σχέσης μοιράζονται στα μέλη της οικογένειας και της θεραπευτικής ομάδας. Στη λειτουργία της ομάδας η έμφαση συνεχώς μετακινείται από τις ενδοπροσωπικές στις διαπροσωπικές διεργασίες, που περιλαμβάνουν τους θεραπευτές, το κάθε μέλος και την ομάδα-ως-όλον. Η μετακίνηση της εστίασης τόσο σε οριζόντιο (από άτομο σε άτομο) όσο και σε κάθετο επίπεδο (άτομο, μέλη ομάδας, ομάδα-ως-όλον) αποτελεί τον πολυεπίπεδο και πολυεστιακό χαρακτήρα της συστημικής προσέγγισης (Γουρνάς, 2015: 238).

Η πολλαπλή θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται προσφέρεται ως ένας πιο σύνθετος χώρος όπου διαδραματίζονται οι συγκινησιακές και συναισθηματικές σχέσεις, τόσο αυτές που είναι κυρίαρχες όσο και αυτές που είναι άρρητες. Τα μέλη της ομάδας έχοντας στη διάθεσή τους ποικιλία συνομιλητών και θεραπευτικών

⁹ Ο θεραπευτής δεν είναι ένα μεμονωμένο άτομο, αλλά ένα ζωντανό σύστημα που απαρτίζεται από εσωτερικές διεργασίες, ένας πολυφωνικός εαυτός. Στη θεραπευτική σχέση, στη συναλλαγή του θεραπευτή με κάθε μέλος της ομάδας, αναδύεται κάθε φορά μια φωνή του πολυφωνικού εαυτού. Ταυτόχρονα όμως και κάθε μέλος της ομάδας είναι ένα πολυφωνικό σύστημα που παράγει τη δική του «μελωδία» (Γουρνάς, 2015: 241).

συμπεριφορών, έχουν περισσότερες επιλογές για την ανάπτυξη μιας προσωπικής θεραπευτικής σχέσης και αυτό μπορεί να διευκολύνει τη δέσμευση προς το θεραπευτικό πλαίσιο. Η θεραπευτική σχέση, επομένως, στο πλαίσιο της ομαδικής συστημικής ψυχοθεραπείας αποτελείται από ένα *δίκτυο πολλαπλών σχέσεων* που αναπτύσσονται μεταξύ ατόμων, δυάδων και υποσυστημάτων. Σχέσεις, που διαφέρουν μεταξύ τους αλλά, οι οποίες, στα πλαίσια της ομαδικής ψυχοθεραπείας, συνθέτουν ένα *πέπλο διαπροσωπικών σχέσεων* που ξεπερνά το απλό άθροισμά τους και σχηματίζει μια σύνθετη και πολύπλοκη *συνολική θεραπευτική σχέση* μέσα στο θεραπευτικό σύστημα. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ενδυνάμωση της θεραπευτικής σχέσης συνολικά, ενώ παράλληλα υπάρχει μια χαλάρωση της δύναμης, της έντασης της συμμαχίας και της εγγύτητας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, γεγονός που επίσης ευνοεί τη θεραπευτική διαδικασία.

Η θεραπευτική σχέση στην ομαδική ψυχοθεραπεία δεν περιορίζεται στο πλαίσιο της θεραπευτικής συνάντησης. Είναι μια διεργασία συνεχής, που ακολουθεί τα μέλη της ομάδας στην καθημερινή ζωή τους. Οι δεσμοί που αναπτύσσονται, σε όλα τα επίπεδα, τους κάνουν να γνωρίζονται βαθιά και ολοκληρωτικά. Είναι αλήθεια ότι περνούν μόνο ένα μικρό μέρος της ζωής τους μαζί, αλλά από ψυχολογική άποψη, τα μέλη μιας ομάδας περνούν απείρως περισσότερο χρόνο μαζί από τη μία ή τις δύο εβδομαδιαίες συναντήσεις, στις οποίες καταλαμβάνουν δια ζώσης και από κοινού στο ίδιο γραφείο (Yalom, 2006: 85). Η ομάδα λειτουργεί σε πολλούς χρόνους. Λειτουργεί στο «εκεί και τότε», μέσα από όσα περιγράφει κάθε μέλος της, τις αφηγήσεις των αναμνήσεων, των εμπειριών της ζωής του, αλλά και των συνειρμών που αναδύθηκαν πάνω στην ζωγραφιά¹⁰ που ψήφισε η ομάδα. Όμως, λειτουργεί και

¹⁰ Η διαλεκτική – συστημική προσέγγιση αξιοποιεί την τεχνική της «συναλλακτικής διαμέσου του σχεδίου συλλογικής εικόνας», όπως έχει αναπτυχθεί από τους Γ. και Β. Βασιλείου. Κάθε μέλος ζωγραφίζει αυθόρμητα ό,τι θέλει στην αρχή της συνάντησης. Στη συνέχεια, τα μέλη της ομάδας ψηφίζουν μια ζωγραφιά, η οποία αποτελεί το κοινό ερέθισμα για τη συγκεκριμένη συνεδρία.

στο «εδώ και τώρα»¹¹, μέσα από τη συναλλαγή των μελών της, το μεταξύ τους καθρέφτισμα, στις συνηχήσεις, στις αντιδράσεις, στα συναισθήματα, στις σκέψεις και τους προβληματισμούς που διακινήθηκαν από το άκουσμα των αφηγήσεων. Η ομάδα, άλλοτε συνειδητά και άλλοτε μη συνειδητά επαναδιαπραγματεύεται τους κανόνες και τις αρχές που διέπουν τις σχέσεις (τη συμμετοχή, τη δέσμευση, την εμπιστοσύνη, την ασφάλεια και το προσωπικό άνοιγμα), σε κάθε συνάντηση και ιδιαιτέρως σε κάθε φάση της λειτουργίας της. Σε αυτό το πλαίσιο διαμορφώνεται και η σχέση του θεραπευτή με κάθε μέλος και με την ομάδα-ως-όλον. Ο θεραπευτής με διάφορους τρόπους συμμετέχει στο ξεδίπλωμα της διεργασίας. Άλλοτε λεκτικά και άλλοτε εξωλεκτικά, με τη στάση του, τις εκφράσεις του και την εν γένει στάση του (Γουρνάς, 2015: 254-255).

Για τον ορισμό της θεραπευτικής σχέσης στην ομαδική ψυχοθεραπεία υπάρχουν δύο επικρατούσες απόψεις. Η πρώτη την αντιλαμβάνεται με καθαρά δομικό τρόπο, αναζητώντας τις ιδιότητες της ομάδας στις σχέσεις μεταξύ των μελών της. Η δεύτερη άποψη αντιλαμβάνεται τη θεραπευτική σχέση με ποιοτικούς όρους. Σύμφωνα με αυτή την άποψη χρησιμοποιούνται τέσσερις μεταβλητές για να περιγράψουν την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης. Αυτές είναι η *συνεκτικότητα της ομάδας*, η *συμμαχία*, το *κλίμα της ομάδας* και η *ενσυναίσθηση*. Η συνοχή μαζί με την συμμαχία, θεωρούνται οι ισχυρότεροι παράγοντες πρόβλεψης για τη θετική θεραπευτική έκβαση (Γουρνάς, 2015: 239-240).

¹¹ Η ψυχοθεραπευτική ομάδα δίνει πολύ μεγάλη έμφαση στη σπουδαιότητα της εμπειρίας του εδώ-και-τώρα. Όμως δεν αρκεί το βιωματικό επίπεδο, όπου τα μέλη της ομάδας αναπτύσσουν έντονα συναισθήματα για τα άλλα μέλη, για τον θεραπευτή, για την ομάδα. Απαραίτητο παρακολούθημα αποτελεί το δεύτερο επίπεδο που είναι η επισήμανση της διαδικασίας. Η ομάδα οφείλει να ανατρέχει στον εαυτό της και να εκτελεί έναν αναστοχαστικό κύκλο εξετάζοντας τη συμπεριφορά που έχει μόλις λάβει χώρα στο εδώ-και-τώρα. Ο θεραπευτής έχει επομένως δύο ξεχωριστές λειτουργίες: να κατευθύνει τη ομάδα προς το εδώ-και-τώρα και να διευκολύνει τον αυτοστοχαστικό κύκλο (self-reflective loop) δηλαδή το σχολιασμό της διαδικασίας (Yalom, 2006: 205-206).

- *Συνεκτικότητα (cohesiveness) της ομάδας:* Είναι για την ομαδική θεραπεία ό,τι είναι η σχέση για την ατομική θεραπεία. Ορίζεται ως «*η συνισταμένη όλων των δυνάμεων που επενεργούν σε όλα τα μέλη, ώστε αυτά να παραμένουν στην ομάδα, ή απλούστερα, ως η ιδιότητα που καθιστά μια ομάδα ελκυστική για τα μέλη της*» (Yalom, 2006: 93, 95, 96). Ορίζει τις θεραπευτικές σχέσεις στην ομάδα, περιλαμβάνοντας τις πολλαπλές συμμαχίες που μπορεί να παρατηρηθούν σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο. Στο ενδοπροσωπικό επίπεδο η συνεκτικότητα εστιάζεται στην αίσθηση του ανήκειν, που αποτελεί έμφυτη ατομική ανάγκη, ενώ στο ομαδικό επίπεδο δίνει έμφαση σε χαρακτηριστικά όπως η ελκυστικότητα, η συμβατότητα, η αμοιβαία σύνδεση, η εμπιστοσύνη, η φροντίδα, κ.ά. (Γουρνάς, 2015: 240).
- *Συμμαχία:* Είναι η επιθυμητή σχέση ανάμεσα στον θεραπευτή και στο μέλος ή τα μέλη της ομάδας. Η παρατήρηση των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της ομάδας και του θεραπευτή ή των θεραπειών αποτελεί βασικό θεραπευτικό υλικό, που αξιοποιείται κατά τη διάρκεια της ζωντανής εποπτείας (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 107).
- *Το κλίμα της ομάδας:* Αναφέρεται στον βαθμό εμπλοκής, στον βαθμό αποφυγής και σύγκρουσης μέσα στην ομάδα (Yalom, 2006: 99) και στην αίσθηση εποικοδομητικής διαπροσωπικής διερεύνησης. Στο ασφαλές πλαίσιο της ομάδας ενθαρρύνεται η ανάδυση εμπειριών του παρελθόντος και το άνοιγμα για εξερεύνηση (Γουρνάς, 2015: 255). Τα μέλη της ομάδας, μέσω της αυτοπαρατήρησης και του αναστοχασμού πάνω στον εαυτό (self-reflection), συνειδητοποιούν σημαντικές πλευρές της διαπροσωπικής τους συμπεριφοράς: τα δυνατά σημεία τους, τους περιορισμούς τους, τις διαπροσωπικές διαστρεβλώσεις τους και τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά τους που

προκαλεί ανεπιθύμητες αντιδράσεις από τους άλλους ανθρώπους (Yalom, 2006: 86).

- *Ενσυναίσθηση*: Είναι η αίσθηση του μέλους ότι γίνεται κατανοητό από τα άλλα μέλη, ότι τα νοιώθει και το νοιώθουν (Γουρνάς, 2015: 240).

2.3.2. Ο ρόλος του θεραπευτή στην ομαδική συστημική ψυχοθεραπεία

Η θεραπεία είναι μια πολύπλοκη διαδικασία και μια σύνθετη διαπλοκή επιμέρους παραγόντων. Το έργο του ομαδικού θεραπευτή είναι να δημιουργήσει τους μηχανισμούς της θεραπείας, να τους θέσει σε κίνηση και να τους διατηρήσει σε λειτουργία με τη μέγιστη αποδοτικότητα. Η θεμελιώδης στάση του θεραπευτή προς τον κάθε θεραπευόμενο πρέπει να είναι μια στάση έγνοιας, αποδοχής, αυθεντικότητας και ενσυναίσθησης. Τίποτα και κανένα ζήτημα τεχνικής δεν έχει μεγαλύτερη σημασία από αυτή την αντιμετώπιση (Yalom, 2006: 175).

Ο θεραπευτής δεν γνωρίζει εκ των προτέρων τι συμβαίνει σε ένα θεραπευτικό σύστημα. Διερευνά όλα τα νοήματα που αναδύονται από τη διήγηση των θεραπευόμενων. Θεραπευτής και θεραπευόμενοι από κοινού και ισότιμα αναζητούν εκείνο το νόημα που θα μπορούσε να οδηγήσει στη λύση του όποιου προβλήματος. Η ισότιμη θέση θεραπευόμενου και θεραπευτή, σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ότι ο τελευταίος πρέπει να αρνηθεί την διαφορετική του θέση και να αφεθεί να αφομοιωθεί από την ομάδα. Αντιθέτως, ο θεραπευτής οφείλει να αναγνωρίσει τη διαφορά εξουσίας και να είναι προσεκτικός και συνειδητοποιημένος σχετικά με τον τρόπο που τη χρησιμοποιεί. Κατά την πορεία της θεραπείας, ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες πρέπει να μπορεί διαδοχικά να είναι γνώστης (ειδικός) αλλά και μη γνώστης, δηλαδή κινούμενος από μια υγιή περιέργεια να δίνει χώρο στους θεραπευόμενους να

νοηματοδοτήσουν οι ίδιοι την δική τους αφήγηση. Συνεπώς αυτό που πρέπει να τον απασχολεί δεν είναι το θέμα της ισότητας, αλλά της ποιότητας της σχέσης.

Ο θεραπευτής δεν μπορεί να αποφύγει το παράδοξο, να δρα επαγγελματικά και ταυτόχρονα να δημιουργεί μια αυθεντική, ανθρώπινη και συναισθηματικά συνδεδεμένη σχέση, ενώ είναι ο ίδιος υπεύθυνος για τη φροντίδα της σχέσης αυτής, αναπτύσσοντας συνεχώς αναστοχαστικές διεργασίες σχετικά με τις προκαταλήψεις, τις πεποιθήσεις, τις αντιδράσεις του, καθώς και τα όριά του. Όλα αυτά μαζί επηρεάζουν την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής σχέσης. Οφείλει να βρίσκεται σε μια διαρκή εγρήγορση, αναπτύσσοντας ταυτόχρονα πολλαπλά επίπεδα διεργασίας, τόσο με το βλέμμα στραμμένο στην ομάδα όσο και στον εαυτό του. Πρέπει δηλαδή, να είναι συνεχώς παρών με την ομάδα και ταυτόχρονα να αναρωτιέται για τον εαυτό του σε σχέση με αυτή, με τον συν-θεραπευτή του, με την θεραπευτική ομάδα και τον επόπτη πίσω από τον καθρέφτη, σε μια συνεχόμενη αναδρομική και αναστοχαστική διαδικασία (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 110).

2.4. Ερευνητικοί άξονες

Η συστημική αντίληψη της ψυχοθεραπείας ως αλληλεπίδρασης συστημάτων αλλά και η θεώρηση κάθε ατόμου, όχι ως μιας συμπαγούς και αδιαίρετης συνιστώσας του συστήματος, αλλά ως ένα κύτταρο που με τη σειρά του αποτελείται από συστήματα και υποσυστήματα που αλληλεπιδρούν (Pinsof & Lebow, 2005: 11-12), θέτει την ατομική και την ομαδική θεραπεία στο ίδιο πεδίο. Για την συστημική αντίληψη σήμερα, η μόνη απαραίτητη διάκριση μεταξύ ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι η τοποθέτηση των ορίων μεταξύ του άμεσου και του έμμεσου υποσυστήματος του θεραπευόμενου. Με τον τρόπο αυτό, η ατομική και η ομαδική

θεραπεία θα μπορούσαν να μην αποτελούν δύο διαφορετικούς θεραπευτικούς τύπους¹², αλλά διαφορετικά πλαίσια παρέμβασης και διαφορετικές στρατηγικές, οι οποίες διαπραγματεύονται με ειδικά συστήματα ασθενών τα παρόντα προβλήματα.

2.4.1. Ερευνητικά δεδομένα

Η θεραπευτική σχέση και ειδικότερα η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί μία από τις λίγες μεταβλητές που είναι κοινά αποδεκτές από όλες τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις (Καραμανωλάκη, 2011: 49 · Παπακώστας & Μιχόπουλος, 2011: 69 · Πομίνι & Τομαράς, 2015: 85). Οι έρευνες στο πεδίο της ψυχοθεραπείας ενίσχυσαν σε μεγάλο βαθμό την άποψη ότι οι βασικότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις είναι θεραπευτικά αποτελεσματικές και μάλιστα μεταξύ τους, σχετικά ισοδύναμες (Smith & Glass, 1977: 760). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να στραφούν οι έρευνες στην αναζήτηση κάποιων κοινών χαρακτηριστικών και να καθοριστεί η θεραπευτική συμμαχία ως ένας από τους βασικούς παράγοντες αποτελεσματικότητας. Οι ερευνητές εξέτασαν, ανάμεσα σε άλλα, τους τρόπους που η θεραπευτική συμμαχία εγκαθιδρύεται, συντηρείται, ρηγματώνεται και αποκαθίσταται (Μπούσουλας, 2011: 151). Οι ρήξεις στην θεραπευτική συμμαχία φαίνεται να συμβαίνουν ανεξάρτητα από τη θεραπευτική προσέγγιση και η επιτυχής «επισκευή» τους να σχετίζεται με την πρόβλεψη επιτυχημένων αποτελεσμάτων (Escudero, 2016: 2).

Ερευνητικά, υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας, όπως διαμορφώνεται στη συστημική ψυχοθεραπεία με

¹² Η ατομική συστημική ψυχοθεραπεία είναι μια ειδική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που συνδέει τον εσωτερικό με τον εξωτερικό κόσμο ενός ατόμου, διαφοροποιώντας αυτό το μοντέλο ψυχοθεραπείας από άλλες, ατομικού τύπου, ψυχοθεραπείες. Με ενήλικα άτομα, η ατομική ψυχοθεραπεία μπορεί να προηγηθεί ή να ακολουθήσει μια ψυχοθεραπεία οικογένειας ή ζεύγους, ή να επιλεγεί από τον ενδιαφερόμενο ως επιθυμητό πλαίσιο θεραπείας ή προσωπικής ανάπτυξης. Η σχέση ανάμεσα στο άτομο και το σύστημα στο οποίο αυτό ανήκει ή στα πολλαπλά συστήματα στα οποία εμπλέκεται στη σύγχρονη κοινωνία από τα πρώτα χρόνια της ζωής του, η έννοια του εαυτού, της ταυτότητας, η ίδια η έννοια του ατόμου έχουν αποκτήσει νέες σημασίες, διαφοροποιούνται και είναι στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των ψυχολογικών προσεγγίσεων και συνεπώς και στην πρακτική της ψυχοθεραπείας (Boscolo & Bertrando, 2008: 21, 22).

άτομα, ζεύγη και οικογένειες, μέσω της δημιουργίας ή προσαρμογής ειδικών κλιμάκων. Τα εργαλεία αυτά επικεντρώνονται σε διαστάσεις όπως είναι η *δέσμευση στη θεραπευτική διαδικασία*, η *συναισθηματική σύνδεση με τον θεραπευτή*, το *αίσθημα ασφάλειας* καθώς και η *αίσθηση κοινού στόχου* μεταξύ των μελών της ομάδας ή μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 119). Τα ευρήματα από την εφαρμογή αυτών των εργαλείων δείχνουν ότι και οι τέσσερις αυτές διαστάσεις παράγουν θετική συμπεριφορά των ατόμων στη θεραπευτική διαδικασία και συνδέονται με την πρόβλεψη θετικής έκβασης της ψυχοθεραπείας (Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008: 194).

Στις ατομικού τύπου ψυχοθεραπείες, αυτή η διερεύνηση έχει πραγματοποιηθεί σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό. Έγινε εφικτό να συσχετισθεί η θεραπευτική συμμαχία με την θεραπευτική έκβαση και με την θεραπευτική διαδικασία σε διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας καθώς και με την ικανότητα του θεραπευόμενου να αναπτύσσει θεραπευτική συνεργασία (Sprenkle & Blow, 2004). Όμως, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς ο συγκεκριμένος παράγοντας στα πλαίσια της συστημικής ψυχοθεραπείας. Στο χώρο αυτό, εντοπίζονται ελάχιστες έρευνες για τη θεραπευτική συμμαχία (Escudero, 2016: 2 · Μπούσουλας, 2011: 169). Κάποιες από αυτές υποστηρίζουν ότι, όπως στις άλλες μορφές ψυχοθεραπείας, έτσι και στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, ένας από τους βασικούς θεραπευτικούς παράγοντες είναι η ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας (Escudero, 2016: 1), η οποία πρέπει να αναπτυχθεί όχι μόνο με τον υποδεικνυόμενο ασθενή, αλλά και με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ή ομάδας. Όσον αφορά τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, ο Alan Carr υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και υποστήριξης μεταξύ των μελών της οικογένειας και της οικογένειας ως σύνολο, είναι ουσιαστική για την

αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Carr, 2006: 97). Όμως την άποψη αυτή την στηρίζει, στην κλινική του εμπειρία και όχι σε συστηματικές έρευνες.

Στην συστημική θεραπεία ζεύγους και οικογένειας (Couple & Family Therapy), η οποία έχει μελετηθεί σε κάποιο βαθμό την τελευταία δεκαετία, προκύπτει ότι η διευρυμένη θεραπευτική συμμαχία είναι βασικός παράγοντας για τη θετική εξέλιξη της θεραπείας αλλά ταυτόχρονα αποτελεί και μια πιο σύνθετη και πολυδιάστατη παράμετρο σε σχέση με την θεραπευτική συμμαχία στην ατομική ψυχοθεραπεία. Η προσωπική συμμαχία κάθε θεραπευόμενου με τον θεραπευτή επηρεάζει και επηρεάζεται από τα επίπεδα συνεργασίας των άλλων μελών της ομάδας/ ζεύγους/ οικογένειας (Friedlander, Escudero, Welmers - van de Poll & Heatherington L, 2018: 356).

Εκτός από την θεραπευτική συμμαχία, άλλοι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν θετικά την ψυχοθεραπεία είναι η ενσυναίσθηση και οι προσδοκίες των εμπλεκομένων (Wampold, 2015: 270).

2.4.2. Ερευνητικά εργαλεία

Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες κλίμακες στην έρευνα της θεραπευτικής συμμαχίας είναι τέσσερις (Μυτσκίδου, 2008: 11):

- η California Psychotherapy Alliance Scale, η οποία είναι επηρεασμένη από ψυχοδυναμικές αρχές και το μοντέλο του Bordin και χρησιμοποιείται περισσότερο όταν μελετάται η σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα,
- η Therapeutic Alliance Scale, η οποία είναι επίσης επηρεασμένη από την ψυχαναλυτική παράδοση και το μοντέλο του Bordin και μετρά δυο

διαστάσεις, την θετική και την αρνητική συνεισφορά του θεραπευτή και του θεραπευόμενου.

- η Vanderblit Therapeutic Alliance Scale, η οποία αντιπροσωπεύει μια σύνθεση ψυχοδυναμικών και εκλεκτικών στοιχείων από άλλες θεραπείες σε μια προσπάθεια ενσωμάτωσης στοιχείων από τις θεωρητικές απόψεις όλων των σημαντικών συγγραφέων που ασχολήθηκαν με την συμμαχία (Greenson, Luborsky, Bordin κ.ά) και η οποία στηρίζεται στη βαθμολόγηση από εξωτερικούς κριτές τμημάτων μιας συνεδρίας και όχι του συνόλου της.
- το Working Alliance Inventory (WAI), το οποίο είναι ένα από τα πιο αξιόπιστα και ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια αξιολόγησης της θεραπευτικής συμμαχίας στη διεθνή βιβλιογραφία.

Τα ψυχοθεραπευτικά αυτά εργαλεία διαφέρουν μεταξύ τους κυρίως ως προς τον ορισμό της έννοιας της θεραπευτικής συμμαχίας και η επιλογή τους επηρεάζεται από τη θέση του ερευνητή για τη φύση και τη σύσταση της συμμαχίας, τη μεταβλητή που θέλει να μετρήσει και το είδος των δεδομένων (Σταλίκας & Μερτίκα, 2004: 78).

2.4.3. Ερευνητικά θέματα

Στην παρούσα εργασία διερευνώνται τρία κεντρικά θέματα:

1. Πώς αναπτύσσεται ο θεραπευτικός δεσμός και ειδικότερα η θεραπευτική συμμαχία στην ατομική και ομαδική συστημική θεραπεία και ποια είναι τα χαρακτηριστικά του;
2. Ποια είναι η επίδραση επιμέρους παραγόντων, όπως είναι η διαμόρφωση εμπιστοσύνης από τον θεραπευόμενο στις ικανότητες του θεραπευτή, η ανάπτυξη ασφάλειας και κοινών στόχων και ο βαθμός συμφωνίας για τους

στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας, στη δημιουργία, διατήρηση και ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας;

3. Ποιες είναι οι διαφορές στη θεραπευτική συμμαχία μεταξύ ομαδικής και ατομικής συστημικής θεραπείας;

3. Μεθοδολογία της Έρευνας

Η μελέτη σχεδιάστηκε ως μια προσπάθεια διερεύνησης, στα πλαίσια της συστημικής προσέγγισης, της θεραπευτικής συμμαχίας που αναπτύσσεται μεταξύ ψυχοθεραπευτή και θεραπευόμενου, των πιθανών επιδράσεων συγκεκριμένων παραγόντων (όπως για παράδειγμα είναι η εμπιστοσύνη, η ανάπτυξη αισθήματος ασφάλειας, η δέσμευση του θεραπευόμενου στην θεραπευτική διαδικασία, κ.ά.) καθώς και η τυχούσα διαφοροποίηση μεταξύ ομαδικής και ατομικής συστημικής ψυχοθεραπείας. Για τον σκοπό αυτό, δόθηκαν κατάλληλα ερωτηματολόγια σε ψυχοθεραπευτές και θεραπευόμενους, τόσο σε ομαδική όσο και σε ατομική θεραπεία (βλ. Παράρτημα). Για την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 25¹³.

3.1. Προβληματική της έρευνας

3.1.1 Διατύπωση προβλήματος και σκοπός της έρευνας

Λαμβάνοντας υπόψη τα ερευνητικά δεδομένα, όπως αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, η παρούσα εργασία επιδιώκει να εξετάσει την εγκαθίδρυση της θεραπευτικής συμμαχίας, στα πλαίσια της συστημικής προσέγγισης, μεταξύ θεραπευόμενου και ψυχοθεραπευτή, σε ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, την επίδραση επιμέρους παραγόντων όπως η διαμόρφωση εμπιστοσύνης από τον θεραπευόμενο στις ικανότητες του θεραπευτή, η ανάπτυξη ασφάλειας και κοινών στόχων και ο βαθμός συμφωνίας για τους στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας, καθώς και τυχούσες διαφορές μεταξύ των δυο τρόπων θεραπείας.

¹³ Το συγκεκριμένο πακέτο παρέχεται δωρεάν στα μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας, από το ΕΚΠΑ.

3.1.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Για να επιτευχθεί ο σκοπός της παρούσας εργασίας, καθορίστηκαν οι τρεις άξονες στους οποίους θα εστιάσει, διατυπώθηκαν οι τρεις ερευνητικοί στόχοι και τα ερευνητικά ερωτήματα που αντιστοιχούν στον καθένα:

I. Υπαρξη και ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας στη συστημική ψυχοθεραπεία. Σε αυτό τον άξονα θα διερευνηθεί η ύπαρξη θεραπευτικής συμμαχίας μέσω των τριών βασικών συστατικών του: του δεσμού (bond), των στόχων (goals) και των έργων (tasks).

- 1) Υπάρχει σαφής ένδειξη ανάπτυξης θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου;
- 2) Υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο για τους στόχους της θεραπείας;
- 3) Υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο σχετικά με τις στρατηγικές (μεθόδους) μέσω των οποίων θα επιτευχθούν οι στόχοι;

II. Επίδραση επιμέρους συνιστωσών στη δημιουργία, διατήρηση και ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης.

Σε αυτό τον άξονα θα διερευνηθούν παράγοντες που επιδρούν στη θεραπευτική συμμαχία, όπως είναι η ανάπτυξη εμπιστοσύνης από τον θεραπευόμενο στις ικανότητες του θεραπευτή, η δέσμευση του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία, η ανάπτυξη αισθήματος ασφάλειας και κοινών στόχων και ο βαθμός συμφωνίας για τους στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας.

- 4) Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ανάπτυξης θεραπευτικής συμμαχίας και της εμπιστοσύνης του θεραπευόμενου στις ικανότητες του θεραπευτή;

- 5) Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ανάπτυξης θεραπευτικής συμμαχίας και της ανάπτυξης αισθήματος ασφάλειας και κοινών στόχων;
- 6) Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ανάπτυξης θεραπευτικής συμμαχίας και της δέσμευσης του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία;
- 7) Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ανάπτυξης θεραπευτικής συμμαχίας και του βαθμού συμφωνίας για τους στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας;

III. Διαφορές στη θεραπευτική συμμαχία μεταξύ ομαδικής και ατομικής συστημικής ψυχοθεραπείας.

Σε αυτό τον άξονα θα διερευνηθούν τυχούσες διαφορές στα βασικά συστατικά της θεραπευτικής συμμαχίας και θα επιχειρηθεί η διαφοροποίηση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου για τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τη θεραπευτική σχέση στην ατομική και την ομαδική ψυχοθεραπεία.

- 8) Υπάρχει διαφορά στην ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου στην ομαδική από την ατομική θεραπεία;
- 9) Υπάρχει διαφορά στη συμφωνία ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο για τους στόχους της θεραπείας στην ομαδική από την ατομική θεραπεία;
- 10) Υπάρχει διαφορά στη συμφωνία ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο σχετικά με τις στρατηγικές (μεθόδους) μέσω των οποίων θα επιτευχθούν οι στόχοι στην ομαδική από την ατομική θεραπεία;

3.1.3 Υποθέσεις

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, αναμένεται ότι θα επιβεβαιωθεί η υπόθεση της ανάπτυξης θεραπευτικής συμμαχίας, τόσο στην ατομική όσο και στην ομαδική συστημική ψυχοθεραπεία. Επίσης αναμένεται να εντοπιστεί υψηλή θετική

συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης θεραπευτικού δεσμού και της εμπιστοσύνης του θεραπευόμενου στις ικανότητες του θεραπευτή, της ανάπτυξης αισθήματος ασφάλειας και κοινών στόχων, της δέσμευσης του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία και του βαθμού συμφωνίας για τους στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας.

Στην περίπτωση της αντιπαραβολής ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας, είναι αναμενόμενο να εντοπισθεί μια διαφοροποίηση μεταξύ των δύο πλαισίων αλλά περισσότερο για τους θεραπευόμενους παρά για τους θεραπευτές, οι οποίοι, ως επαγγελματίες, αντιμετωπίζουν με παρόμοιο τρόπο τόσο την ομαδική όσο και την ατομική ψυχοθεραπεία. Αντίθετα, στην περίπτωση των θεραπευόμενων, αναμένεται να υπάρχει μεγαλύτερη ανάπτυξη θεραπευτικού δεσμού με τον θεραπευτή στην ατομική ψυχοθεραπεία, αφού στα πλαίσια της ομάδας οι σχέσεις μεταξύ των μελών γίνονται πιο σύνθετες και αναδύονται πολλαπλοί δεσμοί και με τα άλλα μέλη της ομάδας, επιτρέποντας στην θεραπευτική σχέση μεταξύ ψυχοθεραπευτή και θεραπευόμενου να είναι σχετικά περιορισμένη.

3.2. Μέθοδοι και διαδικασίες

3.2.1 Δείγμα και διαδικασία επιλογής

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Μάιο έως τον Σεπτέμβριο του 2019. Αρχικά επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο που αντιστοιχούσε περισσότερο στους άξονες της έρευνας και δόθηκε δοκιμαστικά στα μέλη μιας θεραπευτικής ομάδας, ώστε να εντοπιστούν τυχούσες ασάφειες, παραλείψεις ή δυσνόητα σημεία. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο χώρο συνεδρίας της ομάδας αμέσως μετά τη λήξη της προγραμματισμένης συνεδρίας. Εξηγήθηκε στα μέλη της ομάδας και την ψυχοθεραπεύτρια ότι επρόκειτο για το αρχικό στάδιο μιας μελέτης που

αφορούσε την διερεύνηση της θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Δεν παρουσιάστηκε κάποιο πρόβλημα στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, η οποία διήρκεσε κατά μέσο όρο είκοσι λεπτά. Από την πιλοτική φάση εντοπίστηκαν κάποιες μικρές αναγκαίες διορθώσεις, κυρίως στο σώμα των εξηγήσεων και διευκρινήσεων προς τους συμμετέχοντες.

Στη συνέχεια επιλέχθηκαν τυχαία τριάντα (30) ψυχοθεραπευτές, μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Συστημικής Θεραπείας (ΕΛΕΣΥΘ), από το σύνολο των μελών της που αναγράφονται στο διαδίκτυο, στην ιστοσελίδα της εταιρείας <https://www.elesyth.gr/>. Τα μέλη της ΕΛΕΣΥΘ, όπως προκύπτει από την ιστοσελίδα της, είναι τριακόσια εξήντα εννέα (369). Από αυτά τα οκτώ (8) είναι ανενεργά ενώ ένα μέλος είναι ομότιμο (κατά δήλωση της ίδιας της εταιρείας) και ως εκ τούτου εξαιρέθηκαν από τη διαδικασία επιλογής. Στη συνέχεια επιλέχθηκαν τυχαία οι τριάντα (30) ψυχοθεραπευτές από τους υπόλοιπους τριακόσιους εξήντα (360).

Η πρώτη επικοινωνία με τους επιλεγμένους ψυχοθεραπευτές πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικά, όπου τους εξηγήθηκαν οι σκοποί της έρευνας και οι όροι συμμετοχής τους. Η δεύτερη επιλογή των θεραπευτών βασίστηκε στο κριτήριο να έχουν θεραπευτική ομάδα και ικανοποιητικό αριθμό (από δύο και πάνω) θεραπευόμενων σε ατομική ψυχοθεραπεία. Από τους τριάντα, οι δώδεκα δεν πληρούσαν το παραπάνω κριτήριο και εξαιρέθηκαν από τη συνέχεια της διαδικασίας. Στους υπόλοιπους δεκαοκτώ (18) δόθηκε έντυπη περιγραφή της μελέτης και το απαραίτητο έντυπο συναίνεσης. Από αυτούς, οι πέντε αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα επικαλούμενοι φόρτο εργασίας, ενώ υπήρξαν και δύο ακόμη ψυχοθεραπευτές που έθεσαν ως αιτία της μη συμμετοχής τους, φόβους για πιθανή επίδραση της διαδικασίας της μελέτης στην δυναμική της θεραπευτικής ομάδας.

Τελικά επιλέχθηκε να πραγματοποιηθεί η εργασία με τους ένδεκα ψυχοθεραπευτές που δέχτηκαν να συμμετάσχουν.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους ψυχοθεραπευτές μαζί με κατάλληλες οδηγίες για τον τρόπο που έπρεπε να συμπληρωθούν από τους θεραπευόμενους, τόσο στην περίπτωση της ομάδας όσο και στις ατομικές συνεδρίες. Συγκεκριμένα, ενημερώθηκαν ότι θα έπρεπε να δώσουν τα ερωτηματολόγια στους θεραπευόμενους μετά το τέλος μιας συνεδρίας¹⁴. Τα ερωτηματολόγια, τα οποία ήταν ανώνυμα, έπρεπε στη συνέχεια να τοποθετηθούν σε κλειστό φάκελο (ο οποίος δόθηκε μαζί με το ερωτηματολόγιο). Κάθε ψυχοθεραπευτής, αφού συνέλεγε τους φακέλους, τους τοποθετούσε σε κάλη (χάρτινο κουτί). Στη συνέχεια παρέδιδε στην ερευνήτρια δύο κάλπες. Στη μία υπήρχαν οι φάκελοι με τις απαντήσεις των θεραπευόμενων και στην άλλη οι απαντήσεις του θεραπευτή, τόσο για κάθε θεραπευόμενο, όσο και για την ομάδα ως σύνολο. Με τη διαδικασία αυτή συμπληρώθηκαν 86 ερωτηματολόγια από θεραπευόμενους που συμμετείχαν σε θεραπευτική ομάδα, 86 ερωτηματολόγια των θεραπειών προς κάθε μέλος της ομάδας τους, 32 ερωτηματολόγια από θεραπευόμενους σε ατομική θεραπεία και 32 ερωτηματολόγια των θεραπειών προς τους θεραπευόμενούς τους. Επίσης συμπληρώθηκαν και 11 ερωτηματολόγια από τους θεραπευτές για την ομάδα τους ως σύνολο.

Πίνακας 3.1: Αριθμός ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν

	Ομαδική ψυχοθεραπεία	Ατομική ψυχοθεραπεία	Σύνολο
Θεραπευόμενος	86	32	118
Θεραπευτής	86+11	32	118+11
Σύνολο	172+11	64	236+11

¹⁴ Τα ερωτηματολόγια των θεραπευόμενων συνοδεύονταν από έντυπο συναίνεσης (Παράρτημα 1).

Πίνακας 3.2: Οι συμμετέχουσες και οι συμμετέχοντες στην έρευνα

	Φύλο		%	M.O.	T.A.
Θεραπευόμενη/ος	Ανδρας	24	22,64		
	Γυναίκα	82	77,36		
Θεραπεύτρια/της	Ανδρας	2	18,18		
	Γυναίκα	9	81,82		
Ηλικία θεραπευόμενης/ου ομαδικής θεραπείας σε έτη				41,96	7,84
Ηλικία θεραπευόμενης/ου ατομικής θεραπείας σε έτη				39,75	8,09
Ηλικία θεραπευτών/τριών σε έτη				48,09	5,89
Κλινική εμπειρία θεραπευτών/τριών σε έτη				20,91	5,68

3.2.2 Ερευνητικά εργαλεία

Για τους στόχους της έρευνας επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο της Θεραπευτικής Συμμαχίας (WAI, Horvath & Greenberg, 1986), το οποίο είναι μια αυτό-συμπληρούμενη κλίμακα, η οποία αποτελείται από 36 δηλώσεις που αξιολογούν τον τρόπο με τον οποίο ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος αξιολογούν ο ένας τον άλλον σχετικά με συγκεκριμένες θεραπευτικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (Μυτσκίδου, 2008: 12).

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η αξιολόγηση της συνολικής θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου καθώς και τριών παραγόντων-διαστάσεων της, του Στόχου (Goal), που αναφέρεται στο βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο για τους στόχους της θεραπείας, του Έργου (Task), που αναφέρεται στο βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο σχετικά με τη μέθοδο μέσω της οποίας θα επιτευχθούν οι στόχοι και του Δεσμού (Bond), που αναφέρεται στην ανάπτυξη δεσμού μεταξύ των δύο

συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία. Οι τρεις παράγοντες αξιολογούνται ως εξής: Ο Στόχος αντιπροσωπεύεται από τα λήμματα 3, 6, 9, 10, 12, 14, 22, 25, 27, 30, 32, 34, το Έργο αντιπροσωπεύεται από τα λήμματα 2, 4, 7, 11, 13, 15, 16, 18, 24, 31, 33, 35, και ο Δεσμός αντιπροσωπεύεται από τα λήμματα 1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 36. Η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να σημειωθεί ανά παράγοντα είναι 84. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι το συχνότερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο στη διεθνή βιβλιογραφία για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας καθώς είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί για κάθε τύπο θεραπείας, γεγονός που το κάνει το πλέον κατάλληλο για τις περισσότερες ερευνητικές μελέτες (Μυτσκίδου, 2008: 108-109).

Η βαθμολόγηση γίνεται στην βάση μιας 7-βάθμιας κλίμακας Likert, (1 = ποτέ, 2 = σπάνια, 3 = περιστασιακά, 4 = κάποιες φορές, 5 = συχνά, 6 = πολύ συχνά, 7 = πάντα), όπου δηλώνεται η συχνότητα εμφάνισης της κατάστασης που περιγράφεται σε κάθε δήλωση μέσα στη συνεδρία που μόλις ολοκληρώθηκε. Η κλίμακα διατίθεται σε τρεις μορφές: μια για το θεραπευτή, μια για το θεραπευόμενο και μια για ανεξάρτητο κριτή. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα για το θεραπευόμενο και η κλίμακα για τον θεραπευτή.

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και έχει χρησιμοποιηθεί σε ελληνικό πληθυσμό από το 2004 (βλέπε Παράρτημα 1 και 2). Αναλύσεις αξιοπιστίας που διεξήχθησαν για τις τρεις υποκλίμακες έδειξαν ότι το ερωτηματολόγιο έχει ικανοποιητική αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια (ο δείκτης Cronbach's alpha είναι αρκετά ικανοποιητικός αφού είναι 0,93 και 0,87 για τις κλίμακες του θεραπευόμενου και του θεραπευτή αντίστοιχα) (Μυτσκίδου, 2008: 13, 109).

3.2.3 Μεθοδολογία Στατιστικής Ανάλυσης

Τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν και στο καθένα από αυτά δόθηκε ένας επταψήφιος κωδικός για να εξασφαλιστεί η απόλυτη ανωνυμία.

επταψήφιος κωδικός σε τι αντιστοιχεί				
	X	XX	XX	XX
	είδος ερωτηματολογίου ¹⁵	κωδικός θεραπευτή ¹⁶	κωδικός ομάδας ¹⁷	αριθμός ερωτηματολογίου ¹⁸

Οι απαντήσεις καταγράφηκαν σε ένα αρχείο excel. Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι κλίμακες και οι υποκλίμακες των ερωτηματολογίων θεωρούνται διαστημικές μεταβλητές, εφόσον οι διαστάσεις που περιλαμβάνουν προκύπτουν ως αθροίσματα ή μέσες τιμές διατάξιμων (ordinal) ερωτημάτων. Επομένως, αφού και ο αριθμός των παρατηρήσεων είναι μεγαλύτερος από 30, η επιλεγθείσα στατιστική μπορεί να είναι παραμετρική. Συγκεκριμένα:

- Η ανάπτυξη θεραπευτικού δεσμού πραγματοποιήθηκε, για κάθε έναν παράγοντα, με έναν έλεγχο one sample t-test.
- Η γραμμική συσχέτιση δύο μεταβλητών διερευνήθηκε με το κριτήριο του Pearson.
- Για τη διερεύνηση της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοροποίησης δύο ανεξάρτητων ομάδων του δείγματος ως προς μία διαστημική μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Independent Samples t-test.

¹⁵ 1: θεραπευτής για την ομάδα ως σύνολο, 2: μέλος ομάδας για θεραπευτή, 3: θεραπευτής για μέλος ομάδας, 4: θεραπευόμενος για θεραπευτή (ατομική θεραπεία), 5: θεραπευτής για θεραπευόμενο (ατομική θεραπεία).

¹⁶ Ένας αριθμός από 01 – 11. Έχουν καταγραφεί τα ονόματα των θεραπειών και ο κωδικός τους σε χωριστό φάκελο ώστε να διατηρηθεί η ανωνυμία των ερωτηματολογίων.

¹⁷ Δώσαμε τον αριθμό 00 στα ερωτηματολόγια που προέρχονταν από ατομική ψυχοθεραπεία και τον αριθμό 01-03 στην περίπτωση που κάποιος θεραπευτής συμμετείχε στην έρευνα με περισσότερες από μία ομάδες.

¹⁸ Δόθηκε αύξων αριθμός, ξεκινώντας από το 01, σε κάθε ερωτηματολόγιο συγκεκριμένης ομάδας καθώς και σε κάθε ερωτηματολόγιο ατομικών θεραπειών συγκεκριμένου θεραπευτή ώστε να επιτυγχάνεται η ταύτιση ερωτηματολογίου και θεραπευόμενου.

- Η εσωτερική συνέπεια των ερωτηματολογίων αναγνωρίστηκε με το κριτήριο alpha του Cronbach.
- Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας επιλέχθηκε $p < 0,05$.

4. Αποτελέσματα

Η πρώτη επεξεργασία των ερωτηματολογίων έγινε μεταφέροντας τα αποτελέσματα από το αρχείο excel στο SPSS. Συγκεκριμένα, για τις ανάγκες της εργασίας, ήταν εφικτό να εξεταστούν οι πεποιθήσεις των θεραπευόμενων και των θεραπειών για τη θεραπευτική συμμαχία, από κοινού και χωριστά¹⁹, καθώς και των ερωτηματολογίων που προέκυψαν από τις ομαδικές θεραπείες και αυτά που προήλθαν από τις ατομικές θεραπείες επίσης χωριστά. Τέλος μπορέσαμε να συγκρίνουμε τις πεποιθήσεις των θεραπειών και των θεραπευόμενων σε ομαδική και ατομική θεραπεία.

Δημιουργήσαμε έξι μεταβλητές, οι οποίες αντιστοιχούσαν σε συγκεκριμένες δηλώσεις του ερωτηματολογίου. Για τις τρεις από αυτές (Στόχος, Έργο, Δεσμός) αναφερθήκαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο²⁰. Οι άλλες τρεις μεταβλητές είναι οι εξής: Εμπιστοσύνη (trust), που μετράει τον βαθμό εμπιστοσύνης του θεραπευόμενου στις ικανότητες του θεραπευτή (αντιστοιχεί στις δηλώσεις 6, 10, 11, 12, 15, 21, 26), Ασφάλεια (secure), που μετράει τον βαθμό ανάπτυξης αισθήματος ασφάλειας και κοινών στόχων μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή (αντιστοιχεί στις δηλώσεις 1, 2, 3, 5, 6, 12, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 31, 32, 35) και Δέσμευση (engagement), που μετράει τον βαθμό δέσμευσης του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία (αντιστοιχεί στις δηλώσεις 7, 13, 18, 32, 34, 35). Σε κάθε περίπτωση, οι κλίμακες υπολογίστηκαν ως μέση τιμή των απαντήσεων στις δηλώσεις των ερωτηματολογίων (αφού πρώτα λήφθηκαν υπόψη οι αρνητικές δηλώσεις).

¹⁹ Έγινε επεξεργασία των ερωτηματολογίων των θεραπευόμενων και των θεραπειών χωριστά και στη συνέχεια έγινε επεξεργασία και του συνόλου των ερωτηματολογίων. Αυτό έγινε για να εντοπιστεί τυχόν διαφοροποίηση των απαντήσεων μεταξύ θεραπειών και θεραπευομένων.

²⁰ Σελίδα 79

4.1 Δεδομένα και στατιστική ανάλυση

Συνολικά συλλέχθηκαν 118 ερωτηματολόγια από θεραπευόμενους (εκ των οποίων οι 86 συμμετείχαν σε θεραπευτικές ομάδες και οι 32 ακολουθούσαν πρόγραμμα ατομικής ψυχοθεραπείας) και 118 ερωτηματολόγια από τους αντίστοιχους θεραπευτές. Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις κάθε δήλωσης και κάθε μεταβλητής φαίνονται στους πίνακες 4.1 και 4.2 αντίστοιχα, που ακολουθούν.

Πίνακας 4.1: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις δηλώσεων²¹

	Θεραπευόμενος Ομάδας		Θεραπευτής Ομάδας		Θεραπευόμενος Ατομικά		Θεραπευτής Ατομικά	
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A
*1. Αισθάνομαι άβολα με τον/την	6,05	1,016	6,22	1,056	6,13	1,1	6,2 2	1,128
2. Ο/Η και εγώ συμφωνούμε για τα βήματα που θα χρειαστεί να κάνω στη θεραπεία για να βοηθήσω να βελτιωθεί η κατάστασή μου.	5,92	1,108	5,44	1,204	5,88	0,871	5,3 4	0,902
*3. Ανησυχώ για την έκβαση αυτών των συνεδριών.	5,60	1,408	5,42	1,173	6,12	1,157	5,4 1	1,266
4. Αυτά που κάνω στη θεραπεία μου προσφέρουν νέους τρόπους να βλέπω το πρόβλημά μου.	5,98	0,982	5,71	1,016	6,03	0,861	5,3 8	1,07
5. Ο/Η και εγώ καταλαβαίνουμε ο ένας τον άλλον.	5,86	0,769	6,08	1,008	5,84	0,767	5,7 8	0,975
6. Ο/Η αντιλαμβάνεται επακριβώς ποιοι είναι οι στόχοι μου.	6,05	0,810	5,64	0,906	6,06	0,716	5,3 1	1,03
*7. Βρίσκω μπερδεμένο αυτό που κάνω στη θεραπεία.	5,52	1,378	5,47	1,243	5,97	1,121	5,5 9	1,012
8. Πιστεύω ότι ο/η με συμπαθεί.	6,05	0,853	6,31	0,83	6,06	0,619	6,1 6	0,723
*9. Εύχομαι ο/η και εγώ να μπορούσαμε να διευκρινίσουμε το σκοπό των συνεδριών μας.	4,50	2,119	5,3	1,329	4,78	2,366	4,8 8	1,238
*10. Διαφωνώ με τον/την σχετικά με το τι πρέπει να «πάρω» από τη θεραπεία.	5,85	1,427	5,86	1,18	6,31	0,998	5,8 1	0,998
*11. Πιστεύω ότι ο χρόνος που ο/η και εγώ περνάμε μαζί δεν χρησιμοποιείται αποτελεσματικά.	5,97	1,241	5,81	1,385	6,53	1,047	5,9 4	1,268

²¹ Στις αρνητικές δηλώσεις έχει ήδη αντιστραφεί η κλίμακα, επομένως όσο πιο μεγάλη είναι η τιμή τόσο πιο θετική είναι στην ουσία της η δήλωση. Οι αρνητικές δηλώσεις σημειώνονται στους παρακάτω πίνακες με ένα αστερίσκο * στον αριθμό τους.

Πίνακας 4.1 (συνέχεια)	Θεραπευόμενος Ομάδας		Θεραπευτής Ομάδας		Θεραπευόμενο ς Ατομικά		Θεραπευτής Ατομικά	
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A
*12. Ο/Η δεν καταλαβαίνει τι προσπαθώ να πετύχω στη θεραπεία.	6,45	0,680	6,07	1,115	6,66	0,701	6,0 3	1,15
13. Μου είναι ξεκάθαρο ποιες είναι οι ευθύνες μου στη θεραπεία.	6,08	0,985	6,47	0,731	5,97	1,307	6,1 6	0,628
14. Οι στόχοι αυτών των συνεδριών είναι σημαντικοί για μένα.	6,43	0,834	6,29	0,749	6,56	0,716	6,0 9	0,734
*15. Βρίσκω ότι αυτά που ο/η κι εγώ κάνουμε στη θεραπεία δεν σχετίζονται με τις ανησυχίες μου.	5,90	1,188	6,1	1,168	6,59	0,798	5,9 1	1,228
16. Αισθάνομαι ότι τα πράγματα που κάνω στη θεραπεία θα με βοηθήσουν να πετύχω τις αλλαγές που θέλω.	5,99	1,023	6,15	0,76	5,81	1,148	5,8 8	0,707
17. Πιστεύω ότι ο/η δείχνει γνήσιο ενδιαφέρον για το καλό μου.	6,52	0,763	6,85	0,392	6,66	0,653	6,8 4	0,448
18. Μου είναι ξεκάθαρο το τι θέλει ο/η να κάνω σε αυτές τις συνεδρίες.	5,62	0,996	6,35	0,748	5,81	0,896	6,0 6	0,759
19. Ο/Η κι εγώ σεβόμαστε ο ένας τον άλλο.	6,78	0,495	6,8	0,481	6,91	0,39	6,72	0,634
*20. Αισθάνομαι ότι ο/η δεν είναι απόλυτα ειλικρινής για τα συναισθήματά του απέναντί μου.	6,56	0,965	6,12	1,69	6,66	0,701	6,25	1,391
21. Έχω εμπιστοσύνη στην ικανότητά του/της να με βοηθήσει.	6,47	0,890	6,24	0,735	6,66	0,827	6,06	0,759
22. Ο/Η κι εγώ δουλεύουμε προς αμοιβαία συμφωνημένους στόχους.	5,83	1,239	5,64	1,157	6,16	0,954	5,47	0,983
23. Αισθάνομαι ότι ο/η με εκτιμά.	6,30	0,721	6,69	0,579	6,53	0,507	6,66	0,827
24. Συμφωνούμε σχετικά με το τι είναι σημαντικό για μένα να δουλέψω.	5,90	1,106	5,87	0,837	6,19	0,738	5,62	0,833
25. Ως αποτέλεσμα αυτών των συνεδριών μου είναι πιο ξεκάθαρο το πώς θα μπορούσα να αλλάξω.	5,50	1,186	5,83	0,814	6,19	0,738	5,56	0,801
26. Ο/Η κι εγώ εμπιστευόμαστε ο ένας τον άλλο.	6,45	0,714	6,48	0,822	6,44	0,716	6,34	0,827
*27. Ο/Η κι εγώ έχουμε διαφορετικές απόψεις για το ποια είναι τα προβλήματά μου.	5,72	1,262	5,9	1,198	5,91	1,353	5,91	1,027
28. Η σχέση μου με τον/την είναι πολύ σημαντική για μένα.	6,23	0,954	6,19	1,079	6,25	0,916	5,94	0,982
*29. Έχω την αίσθηση ότι αν κάνω λάθος πράγματα ο/η θα σταματήσει να δουλεύει μαζί μου.	6,56	0,928	6,36	1,039	6,78	0,706	6,41	0,837
30. Ο/Η κι εγώ συνεργαζόμαστε για να θέσουμε στόχους για τη θεραπεία.	5,78	1,078	5,5	1,205	6,03	0,822	5,56	1,045
*31. Νιώθω ματαιώση από τα πράγματα που κάνω στη θεραπεία.	5,94	1,192	6,06	0,817	6,47	0,842	6,09	0,777

Πίνακας 4.1 (συνέχεια)	Θεραπευόμενος Ομάδας		Θεραπευτής Ομάδας		Θεραπευόμενο ς Ατομικά		Θεραπευτής Ατομικά	
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A
32. Ο/Η κι εγώ έχουμε επιτύχει καλό βαθμό κατανόησης σχετικά με το είδος των αλλαγών που θα ήταν καλές για μένα.	5,94	0,859	5,92	0,857	6,19	0,644	5,78	1,07
*33. Τα πράγματα που μου ζητάει να κάνω ο/η μου φαίνονται ακαταλαβίστικα.	6,01	1,269	6,17	0,923	6,41	0,837	6,06	0,564
*34. Δεν ξέρω τι να περιμένω ως αποτέλεσμα της θεραπείας μου.	5,44	1,492	5,4	1,596	5,94	1,39	5,41	1,241
35. Πιστεύω ότι ο τρόπος με τον οποίο δουλεύουμε πάνω στο πρόβλημά μου είναι σωστός.	5,83	0,996	5,97	0,774	6,09	0,777	5,72	0,683
36. Αισθάνομαι ότι ο/η ενδιαφέρεται για μένα ακόμη κι όταν κάνω πράγματα που δεν εγκρίνει.	6,50	0,822	6,85	0,448	6,53	0,671	6,91	0,296

Πίνακας 4.2: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις μεταβλητών								
	Θεραπευόμενος Ομάδας		Θεραπευτής Ομάδας		Θεραπευόμενος Ατομικά		Θεραπευτής Ατομικά	
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A
Δεσμός	6,26	0,523	6,43	0,565	6,45	0,469	6,36	0,604
Στόχος	5,67	0,716	5,73	0,723	6,08	0,646	5,60	0,726
Έργο	5,77	0,458	5,96	0,644	6,15	0,583	5,81	0,581
Εμπιστοσύνη	6,03	0,697	6,03	0,842	6,46	0,610	5,92	0,840
Ασφάλεια	5,97	0,640	6,03	0,696	6,29	0,523	5,92	0,700
Δέσμευση	5,66	0,768	5,93	0,635	5,99	0,710	5,79	0,658

Η διερεύνηση της εσωτερικής συνέπειας και της αξιοπιστίας των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε με τον υπολογισμό, σε κάθε περίπτωση, του Cronbach's alpha. Οι τιμές που βρέθηκαν φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 4.3: Τιμές του δείκτη Cronbach's alpha

	Δεσμός	Στόχος	Έργο	Εμπιστοσύνη	Ασφάλεια	Δέσμευση
Θεραπευόμενος	,837	,819	,882	,807	,899	,778
Θεραπευτής	,867	,876	,876	,901	,924	,701
Ομαδική Θεραπεία	,836	,838	,879	,854	,908	,731
Ατομική Θεραπεία	,855	,869	,866	,898	,925	,773
Θεραπευόμενος Ομάδας	,826	,815	,888	,790	,896	,781
Θεραπευόμενος Ατομικά	,853	,805	,848	,852	,906	,756
Θεραπευτής Ομάδας	,852	,869	,876	,900	,922	,661
Θεραπευτής Ατομικά	,904	,897	,874	,905	,930	,803
Σύνολο δείγματος	,849	,846	,875	,865	,912	,739

Από τις τιμές αυτές φαίνεται ότι τα δεδομένα έχουν πολύ, έως πάρα πολύ υψηλή εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία ως προς τις μετρούμενες μεταβλητές με μόνη εξαίρεση την μεταβλητή «Δέσμευση» για την οποία η τιμή του alpha είναι ελαφρώς χαμηλή, όχι όμως απαγορευτική για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

4.1.1 Ανάπτυξη Θεραπευτικής Συμμαχίας

Για τον πρώτο άξονα (ύπαρξη και ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας στην ατομική και ομαδική συστημική ψυχοθεραπεία) μετρήθηκε ο βαθμός ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού, συμφωνίας στόχων και στρατηγικών μέσω ενός One Sample t-test (Analyze > Compare Means > One-Sample T Test). Για την διερεύνηση του στόχου εξετάστηκαν τρεις παράμετροι:

- η ανάπτυξη θεραπευτικού δεσμού μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου,
- η συμφωνία ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο για τους στόχους της θεραπείας,

- η συμφωνία ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο σχετικά με τις στρατηγικές (μεθόδους) μέσω των οποίων θα επιτευχθούν οι στόχοι.

Υπολογίστηκε το Test Value και για τις τρεις υποθέσεις στην τιμή 5,5 που αντιστοιχεί στο 75% της κλίμακας (1-7) και σε σχέση με τις δηλώσεις στο ερωτηματολόγιο αντιστοιχεί σε απαντήσεις μεγαλύτερες του «συχνά».

Ο έλεγχος έγινε στο σύνολο του δείγματος ($N = 236$), αλλά και χωριστά στις εξής κατηγορίες: θεραπευόμενος ($n = 118$), θεραπευτής ($n = 118$), ομαδική θεραπεία ($n = 172$), ατομική θεραπεία ($n = 64$), θεραπευόμενος ομάδας ($n = 86$), θεραπευόμενος ατομικά ($n = 32$), θεραπευτής ομάδας ($n = 86$), θεραπευτής ατομικά ($n = 32$)²².

Για κάθε μια από τις τρεις μεταβλητές (Δεσμός, Στόχος, Έργο) τα αποτελέσματα του ελέγχου φαίνονται στους πίνακες 4.4, 4.5 και 4.6 αντίστοιχα.

Για τη μεταβλητή «Δεσμός» ελέγξαμε τις παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις:

H_0 : Δεν υπάρχει σαφής ένδειξη ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, έναντι της

H_1 : Υπάρχει σαφής ένδειξη ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου.

²² Το δείγμα αποτελείται από 236 ερωτηματολόγια (118 από θεραπευόμενους και 118 από θεραπευτές). Η κατηγορία «ομαδική θεραπεία» περιλαμβάνει τα ερωτηματολόγια των 86 θεραπευόμενων και τα αντίστοιχα 86 ερωτηματολόγια των θεραπευτών για την περίπτωση της ομαδικής ψυχοθεραπείας. Με ανάλογο τρόπο, η κατηγορία «ατομική θεραπεία» περιλαμβάνει τα 32 ερωτηματολόγια από θεραπευόμενους και τα 32 ερωτηματολόγια των θεραπευτών στην ατομική ψυχοθεραπεία.

Πίνακας 4.4: One sample t-test για τη μεταβλητή «Δεσμός»

	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Θεραπευόμενος	6,31	0,514	0,047	17,185	117	0,000	0,813
Θεραπευτής	6,41	0,574	0,053	17,252	117	0,000	0,912
Ομαδική Θεραπεία	6,35	0,549	0,042	20,207	171	0,000	0,846
Ατομική Θεραπεία	6,40	0,538	0,067	13,446	63	0,000	0,905
Θεραπευόμενος Ομάδας	6,26	0,523	0,056	13,497	85	0,000	0,761
Θεραπευόμενος Ατομικά	6,45	0,469	0,083	11,508	31	0,000	1,122
Θεραπευτής Ομάδας	6,43	0,565	0,061	15,305	85	0,000	0,932
Θεραπευτής Ατομικά	6,36	0,604	0,107	8,024	31	0,000	0,102
Σύνολο δείγματος	6,36	0,546	0,036	24,267	235	0,000	0,862
Test Value: 5,5				Confidence Interval : 95%			

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 4.4 γίνεται φανερό ότι, σε κάθε περίπτωση, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση (αφού Sig. = 0.000) και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σαφής ένδειξη ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha = 0,05$ στο σύνολο των θεραπευόμενων και των θεραπειών.

Για τη μεταβλητή «Στόχος» ελέγξαμε τις παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις:

H₀: Δεν υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο για τους στόχους της θεραπείας, έναντι της

H₁: Υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο για τους στόχους της θεραπείας.

Πίνακας 4.5: One sample t-test για τη μεταβλητή «Στόχος»

	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Θεραπευόμενος	5,78	0,719	0,662	4,185	117	0,000	0,277
Θεραπευτής	5,69	0,723	0,067	2,928	117	0,004	0,195
Ομαδικά	5,70	0,718	0,055	3,610	171	0,000	0,198
Ατομικά	5,84	0,722	0,090	3,751	63	0,000	0,339
Θεραπευόμενος Ομάδας	5,67	0,716	0,077	2,146	85	0,035	0,166
Θεραπευόμενος Ατομικά	6,08	0,646	0,114	5,043	31	0,000	0,808
Θεραπευτής Ομάδας	5,73	0,723	0,078	2,945	85	0,004	0,230
Θεραπευτής Ατομικά	5,60	0,726	0,128	0,792	31	0,435	0,102
Σύνολο δείγματος	5,74	0,720	0,469	5,030	235	0,000	0,236
Test Value: 5,5				Confidence Interval : 95%			

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 4.5 γίνεται φανερό ότι απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση (αφού Sig. < 0,05) και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σαφής ένδειξη συμφωνίας ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο για τους στόχους της θεραπείας, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha = 0,05$, εκτός από την υποκατηγορία των θεραπειών σε ατομική ψυχοθεραπεία. Στην περίπτωση αυτή επαναλάβουμε τον έλεγχο με Test Value = 5,3 (αντιστοιχεί στο 71,7% της κλίμακας) και διαπιστώσαμε ότι για την τιμή αυτή Sig. = 0,025 ($t = 2,350$, Mean diff. = 0,302) και επομένως και σε αυτή την περίπτωση υπάρχει σαφής ένδειξη συμφωνίας για τους στόχους.

Για τη μεταβλητή «Έργο» ελέγξαμε τις παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις:

Ho: Δεν υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο σχετικά με τις στρατηγικές (μεθόδους) μέσω των οποίων θα επιτευχθούν οι στόχοι, έναντι της

H₁: Υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο σχετικά με τις στρατηγικές (μεθόδους) μέσω των οποίων θα επιτευχθούν οι στόχοι.

Πίνακας 4.6: One sample t-test για τη μεταβλητή «Έργο»

	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Θεραπευόμενος	5,87	0,732	0,674	5,522	117	0,000	0,372
Θεραπευτής	5,92	0,629	0,058	7,305	117	0,000	0,423
Ομαδικά	5,87	0,708	0,054	6,799	171	0,000	0,367
Ατομικά	5,98	0,601	0,075	6,377	63	0,000	0,479
Θεραπευόμενος Ομάδας	5,77	0,758	0,082	3,306	85	0,001	0,270
Θεραπευόμενος Ατομικά	6,15	0,583	0,103	6,269	31	0,000	0,856
Θεραπευτής Ομάδας	5,96	0,644	0,069	6,679	85	0,000	0,464
Θεραπευτής Ατομικά	5,81	0,581	0,103	3,044	31	0,005	0,313
Σύνολο δείγματος	5,90	0,682	0,444	8,962	235	0,000	0,398
Test Value: 5,5			Confidence Interval : 95%				

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 4.6 γίνεται φανερό ότι απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση (αφού Sig. < 0,05) και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σαφής ένδειξη συμφωνίας ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο σχετικά με τις στρατηγικές (μεθόδους) μέσω των οποίων θα επιτευχθούν οι στόχοι, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha = 0,05$.

4.1.2 Επίδραση παραγόντων στη θεραπευτική σχέση

Για τον δεύτερο άξονα (επίδραση επιμέρους παραγόντων στη δημιουργία, διατήρηση και ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας) εξετάσαμε τη γραμμική συσχέτιση της μεταβλητής «Δεσμός» με τις μεταβλητές «Εμπιστοσύνη»,

«Ασφάλεια», «Δέσμευση» και «Στόχος» μέσω του κριτηρίου Pearson (Analyze > Correlate > Bivariate) και του ομώνυμου συντελεστή, ο οποίος παίρνει τιμές που κυμαίνονται από -1 έως $+1$. Ο συντελεστής αυτός περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο συνμεταβάλλονται δύο ομάδες δεδομένων που αφορούν διαφορετικές μεταβλητές και εκφράζει τη σχέση που έχουν μεταξύ τους, όταν οι μετρήσεις γίνονται με χρήση τακτικής κλίμακας (Τσοπάνογλου, 2010:146-148). Για να αποφασίσουμε αν ο συντελεστής συσχέτισης δηλώνει σχέση στατιστικά σημαντική, συγκρίνουμε την ευρεθείσα τιμή (ανεξαρτήτως προσήμου) με το επιθυμητό επίπεδο σημαντικότητας (level of significance). Αν η τιμή που έχει υπολογιστεί, ως απόλυτη τιμή είναι μεγαλύτερη ή ίση της κριτικής τιμής, τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών. Στην περίπτωση αυτή εξετάζεται το πρόσημο. Όταν είναι θετικό, δηλώνει ανάλογη σχέση, δηλαδή όταν αυξάνεται ή μειώνεται η μία μεταβλητή, ανάλογα αυξάνεται ή μειώνεται και η άλλη. Όταν είναι αρνητικό, η σχέση είναι αντίστροφη, δηλαδή όταν αυξάνεται η μία μεταβλητή, μειώνεται η άλλη. Ανάλογα με την τιμή του συντελεστή συσχέτισης, ο βαθμός της σχέσης των δύο κάθε φορά δεικτών «ερμηνεύεται» σύμφωνα με τον πίνακα που ακολουθεί (Εμβαλωτής, Α. κ.ά., 2006: 30):

Πίνακας 4.7: Ερμηνεία συντελεστή συσχέτισης	
r	Ερμηνεία
0,01-0,20	μηδενική σχέση
0,21-0,40	μικρή σχέση
0,41-0,60	μέτρια σχέση
0,61-0,80	δυνατή σχέση
> 0,80	εξαιρετικά δυνατή σχέση

Τα αποτελέσματα, σε κάθε περίπτωση και για κάθε ζεύγος μεταβλητών φαίνονται στους πίνακες 4.8, 4.9, 4.10 και 4.11.

Πίνακας 4.8: Έλεγχος συσχέτισης για τις μεταβλητές «Δεσμός» - «Εμπιστοσύνη»

	N	Correlation Coefficient (r)	Sig. (2-tailed)
Θεραπευόμενος	118	,747	,000
Θεραπευτής	118	,859	,000
Ομαδικά	172	,777	,000
Ατομικά	64	,844	,000
Θεραπευόμενος Ομάδας	86	,704	,000
Θεραπευόμενος Ατομικά	32	,865	,000
Θεραπευτής Ομάδας	86	,853	,000
Θεραπευτής Ατομικά	32	,877	,000
Σύνολο δείγματος	236	,795	,000

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (2-tailed)**Πίνακας 4.9: Έλεγχος συσχέτισης για τις μεταβλητές «Δεσμός» - «Ασφάλεια»**

	N	Correlation Coefficient (r)	Sig. (2-tailed)
Θεραπευόμενος	118	,883	,000
Θεραπευτής	118	,928	,000
Ομαδικά	172	,893	,000
Ατομικά	64	,917	,000
Θεραπευόμενος Ομάδας	86	,870	,000
Θεραπευόμενος Ατομικά	32	,924	,000
Θεραπευτής Ομάδας	86	,923	,000
Θεραπευτής Ατομικά	32	,942	,000
Σύνολο δείγματος	236	,899	,000

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (2-tailed)

Πίνακας 4.10: Έλεγχος συσχέτισης για τις μεταβλητές «Δεσμός» - «Δέσμευση»

	N	Correlation Coefficient (r)	Sig. (2-tailed)
Θεραπευόμενος	118	,646	,000
Θεραπευτής	118	,703	,000
Ομαδικά	172	,657	,000
Ατομικά	64	,703	,000
Θεραπευόμενος Ομάδας	86	,621	,000
Θεραπευόμενος Ατομικά	32	,679	,000
Θεραπευτής Ομάδας	86	,689	,000
Θεραπευτής Ατομικά	32	,736	,000
Σύνολο δείγματος	236	,670	,000
Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (2-tailed)			

Πίνακας 4.11: Έλεγχος συσχέτισης για τις μεταβλητές «Δεσμός» - «Στόχος»

	N	Correlation Coefficient (r)	Sig. (2-tailed)
Θεραπευόμενος	118	,703	,000
Θεραπευτής	118	,819	,000
Ομαδικά	172	,729	,000
Ατομικά	64	,819	,000
Θεραπευόμενος Ομάδας	86	,655	,000
Θεραπευόμενος Ατομικά	32	,820	,000
Θεραπευτής Ομάδας	86	,804	,000
Θεραπευτής Ατομικά	32	,856	,000
Σύνολο δείγματος	236	,754	,000
Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (2-tailed)			

Από τους πίνακες γίνεται φανερό η στατιστικά σημαντική εξάρτηση του δεσμού και από τις τέσσερις μεταβλητές. Πιο συγκεκριμένα, ο δεσμός έχει μια υψηλή συσχέτιση με την εμπιστοσύνη, με τον συντελεστή r να είναι της τάξης του 0,8, όπως και στην περίπτωση της συσχέτισης του δεσμού με τον στόχο. Η συσχέτιση δεσμού και ασφάλειας είναι έκδηλη έως εξαιρετικά δυνατή, αφού η τιμή του r κυμαίνεται, ανά περίπτωση, από 0,88 έως 0,94! Τέλος, παρατηρείται μια σχετικά υψηλή συσχέτιση μεταξύ δεσμού και δέσμευσης, με τιμές της παραμέτρου r γύρω στο 0,68, αλλά εδώ πρέπει να θυμηθούμε την μειωμένη αξιοπιστία που υπολογίσαμε για τα δεδομένα της μεταβλητής «δέσμευση».

4.1.3 Διαφορές μεταξύ ομαδικής και ατομικής ψυχοθεραπείας

Για τον τρίτο άξονα (διαφορές στη θεραπευτική σχέση μεταξύ ομαδικής και ατομικής συστημικής ψυχοθεραπείας) κάναμε ένα t -test ανεξάρτητων δειγμάτων (Analyze > Compare Means > Independent Samples T Test). Η υπόθεση που εξετάζουμε είναι εκείνη της ισότητας των μέσων όρων των δύο περιπτώσεων, έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης ότι οι μέσοι όροι στον πληθυσμό διαφέρουν. Τα αποτελέσματα φαίνονται στους πίνακες 4.12, 4.13 και 4.14.

Πίνακας 4.12: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για ατομική – ομαδική θεραπεία (συνολικά)					
	Κατηγορίες	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Δεσμός	ατομικά	64	6,4049	,53840	,06730
	ομαδικά	172	6,3464	,54934	,04189
Στόχος	ατομικά	64	5,8385	,72205	,09026
	ομαδικά	172	5,6977	,71822	,05476
Έργο	ατομικά	64	5,9792	,60111	,07514
	ομαδικά	172	5,8672	,70836	,05401

**Πίνακας 4.13: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για ατομική – ομαδική
θεραπεία (θεραπευτές)**

	Κατηγορίες	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Δεσμός	Θεραπευτής Ομ.	86	6,4322	,56483	,06091
	Θεραπευτής Ατ.	32	6,3568	,60399	,10677
Στόχος	Θεραπευτής Ομ	86	5,7297	,72321	,07799
	Θεραπευτής Ατ	32	5,6016	,72578	,12830
Έργο	Θεραπευτής Ομ	86	5,9641	,64443	,06949
	Θεραπευτής Ατ	32	5,8125	,58083	,10268

**Πίνακας 4.14: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για ατομική – ομαδική
θεραπεία (θεραπευόμενοι)**

	Κατηγορίες	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Δεσμός	Θεραπευόμενος Ομ	86	6,2607	,52266	,05636
	Θεραπευόμενος Ατ	32	6,4531	,46851	,08282
Στόχος	Θεραπευόμενος Ομ	86	5,6657	,71600	,07721
	Θεραπευόμενος Ατ	32	6,0755	,64562	,11413
Έργο	Θεραπευόμενος Ομ	86	5,7703	,75839	,08178
	Θεραπευόμενος Ατ	32	6,1458	,58276	,10302

Από τις τιμές των πινάκων 4.15, 4.16 και 4.17 διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ της ομαδικής και της ατομικής ψυχοθεραπείας, όσον αφορά τον Δεσμό, τους Στόχους και το Έργο. Μόνο στην περίπτωση των θεραπευόμενων στην μεταβλητή των Στόχων και του Έργου, υπάρχει διαφορά υπέρ της ατομικής ψυχοθεραπείας. Πάντως μια απλή σύγκριση των μέσων τιμών των δειγμάτων μας, δίνει μια ελαφρά αυξημένη τιμή και στις τρεις μεταβλητές υπέρ της ατομικής θεραπείας.

Πίνακας 4.15: t-test για ατομική και ομαδική θεραπεία (συνολικά)

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Δεσμός	Equal variances assumed	3,300	,071	,732	234	,465	,05853	,08001	-,09909	,21616
	Equal variances not assumed			,738	114,908	,462	,05853	,07927	-,09849	,21555
Στόχοι	Equal variances assumed	,169	,681	1,338	234	,182	,14087	,10531	-,06662	,34835
	Equal variances not assumed			1,334	112,318	,185	,14087	,10557	-,06830	,35004
Έργο	Equal variances assumed	7,264	,008	1,122	234	,263	,11192	,09973	-,08457	,30841
	Equal variances not assumed			1,209	131,947	,229	,11192	,09254	-,07113	,29497

Πίνακας 4.16: t-test για ατομική και ομαδική θεραπεία (θεραπευτές)

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Δεσμός	Equal variances assumed	,307	,581	,633	116	,528	,07540	,11918	-,16065	,31145
	Equal variances not assumed			,613	52,434	,542	,07540	,12292	-,17121	,32201
Στόχοι	Equal variances assumed	,095	,758	,855	116	,395	,12809	,14990	-,16880	,42498
	Equal variances not assumed			,853	55,381	,397	,12809	,15014	-,17276	,42894
Έργο	Equal variances assumed	1,669	,199	1,166	116	,246	,15165	,13005	-,10594	,40923
	Equal variances not assumed			1,223	61,218	,226	,15165	,12398	-,09625	,39955

Πίνακας 4.17: t-test για ατομική και ομαδική θεραπεία (θεραπευόμενοι)

		Levene's Test for Equality of Variances			t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Στόχοι	Equal variances assumed	1,179	,280	-2,836	116	,005	-,40982	,14451	-,69605	-,12360
	Equal variances not assumed			-2,974	61,192	,004	-,40982	,13779	-,68534	-,13431
Έργο	Equal variances assumed	8,385	,005	-2,534	116	,013	-,37548	,14820	-,66901	-,08196
	Equal variances not assumed			-2,855	71,959	,006	-,37548	,13153	-,63769	-,11328
Δεσμός	Equal variances assumed	2,829	,095	-1,827	116	,070	-,19247	,10535	-,40112	,01619
	Equal variances not assumed			-1,921	61,544	,059	-,19247	,10018	-,39275	,00782

4.2. Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη, επιχειρήθηκε να εξεταστούν τρεις πτυχές της θεραπευτικής σχέσης, στα πλαίσια της συστημικής ψυχοθεραπείας, μέσα από τη χρήση του ερωτηματολογίου της Θεραπευτικής Συμμαχίας (WAI).

Ακολουθώντας την διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου αποτελεί βασικό παράγοντα πρόβλεψης της επιτυχίας της ψυχοθεραπείας, η εργασία επικεντρώθηκε στην ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας στη συστημική ψυχοθεραπεία. Η θεραπευτική σχέση μελετήθηκε σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά που εντόπισε ο Bordin, τα οποία είναι ο δεσμός θεραπευτή και θεραπευόμενου, η αμοιβαία συμφωνία για τους στόχους της θεραπείας και η από κοινού εργασία και των δύο μερών προκειμένου να επέλθει το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ο δεύτερος στόχος της έρευνας ήταν να επιβεβαιωθεί η επίδραση στην θεραπευτική σχέση παραγόντων, όπως είναι η ανάπτυξη εμπιστοσύνης από τον θεραπευόμενο στις ικανότητες του θεραπευτή, η δέσμευση του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία, η ανάπτυξη αισθήματος ασφάλειας και κοινών στόχων και ο βαθμός συμφωνίας για τους στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας.

Τέλος, εξετάσαμε αν παρατηρείται κάποια σημαντική διαφοροποίηση στην ύπαρξη και δημιουργία του θεραπευτικού δεσμού μεταξύ ομαδικής και ατομικής συστημικής ψυχοθεραπείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Ανάπτυξη θεραπευτικού δεσμού στη συστημική ψυχοθεραπεία.

Υπάρχει σαφής ένδειξη ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου και μάλιστα σε πολύ υψηλό βαθμό (η μέση τιμή των ερωτηθέντων ήταν στο 90% της κλίμακας), ενώ και οι δύο άλλοι παράγοντες της

θεραπευτικής σχέσης, ο Στόχος και το Έργο βρέθηκαν να έχουν πολύ μεγάλες τιμές επίσης (80% και 81% της κλίμακας αντίστοιχα). Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι η θεραπευτική σχέση αναπτύσσεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στη συστημική ψυχοθεραπεία. Μάλιστα αυτό το συμπέρασμα είναι ανεξάρτητο από το αν το δείγμα ήταν μεικτό (θεραπευτές και θεραπευόμενοι, ομαδικής και ατομικής ψυχοθεραπείας) ή αν ήταν εντοπισμένο σε κάποιο συγκεκριμένο πληθυσμό. Βρέθηκε δηλαδή ότι η ύπαρξη θεραπευτικής σχέσης, σε πολύ υψηλό επίπεδο, επιβεβαιώνεται ακόμη και όταν επιλεγούν δείγματα μόνο ατομικής ή μόνο ομαδικής θεραπείας ή όταν εξετάζονται οι απόψεις μόνο των θεραπευόμενων ή μόνο των θεραπευτών.

- Επίδραση επιμέρους συνιστωσών στη δημιουργία, διατήρηση και ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας.

Η ανάπτυξη του θεραπευτικού δεσμού μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή, διαπιστώθηκε ότι σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τους τέσσερις παράγοντες που εξετάσαμε. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει πολύ ισχυρή συσχέτιση του δεσμού με τον βαθμό ανάπτυξης αισθήματος ασφάλειας και κοινών στόχων στην ψυχοθεραπεία (ο συντελεστής συσχέτισης βρέθηκε να είναι της τάξης του 0,9). Επίσης, ο δεσμός εξαρτάται σημαντικά από την εμπιστοσύνη του θεραπευόμενου στις ικανότητες του θεραπευτή (συντελεστής συσχέτισης 0,8) και από τον βαθμό συμφωνίας για τους στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας (συντελεστής συσχέτισης 0,75), ενώ και η συσχέτισή του με την δέσμευση του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία είναι ουσιαστική (συντελεστής συσχέτισης 0,67).

- Διαφορές στη θεραπευτική σχέση μεταξύ ομαδικής και ατομικής συστημικής ψυχοθεραπείας.

Δεν βρέθηκε καμία ουσιαστική διαφοροποίηση μεταξύ της ομαδικής και της ατομικής ψυχοθεραπείας. Αν και οι μέσες τιμές των μεταβλητών στην ατομική

ψυχοθεραπεία ήταν μεγαλύτερες από αυτές της ομαδικής ψυχοθεραπείας, υπονοώντας ίσως ότι στην ατομική ψυχοθεραπεία η θεραπευτική συμμαχία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου είναι πιο ισχυρή, εντούτοις στατιστικά αυτή η διαφορά δεν ήταν αρκετή ώστε να διαφοροποιήσει τις δύο περιπτώσεις.

4.2.1. Περιορισμοί

Στα θετικά της έρευνας θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τον ικανοποιητικό αριθμό των συμμετεχόντων ($118 + 118 = 236$ θεραπευτές και θεραπευόμενοι) και το καλά σταθμισμένο ερωτηματολόγιο με ικανοποιητική αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια.

Στα αρνητικά θα μπορούσαμε να επισημάνουμε το γεγονός ότι το δείγμα δεν ήταν απολύτως τυχαίο (αφού η επιλογή έγινε από συγκεκριμένη λίστα θεραπειών) καθώς και την άρνηση κάποιων από τους επιλεγμένους θεραπευτές, που πληρούσαν τα απαραίτητα κριτήρια, να συμμετάσχουν στην έρευνα (38,9 %).

Το γεγονός ότι η πλειοψηφία των θεραπευόμενων ήταν γυναίκες (77,4 %) μπορεί να θεωρηθεί αρνητικό στοιχείο, αλλά, από την άλλη πλευρά, τα ποσοστά των δύο φύλων, προσεγγίζουν τα αντίστοιχα ποσοστά στην ομάδα των θεραπειών (ποσοστό γυναικών θεραπευτριών 81,8 %), κάνοντας τις δύο ομάδες πιο ομοιογενείς.

Ένα ακόμη στοιχείο που πρέπει να τονιστεί είναι η διαφορετική δομή των ομάδων όσον αφορά το χρόνο συμμετοχής των μελών τους σε αυτήν. Στα πλαίσια της συστημικής ψυχοθεραπείας, οι ομάδες είναι συνήθως ανοικτού τύπου, δηλαδή τα άτομα εντάσσονται ή ολοκληρώνουν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές²³. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα μέλη των ομάδων που συμμετείχαν στην έρευνα να μην έχουν τον

²³ Δες υποσημείωση 8 (σελίδα 60)

ίδιο χρόνο συμμετοχής στην θεραπευτική διαδικασία και επομένως να κυμαίνεται και ο χρόνος αλληλεπίδρασής τους με τον θεραπευτή και την ομάδα ως σύνολο.

4.2.2. Συμπεράσματα και κατευθύνσεις για περαιτέρω έρευνα

Κρίνοντας συνολικά τα αποτελέσματα της έρευνας, φαίνεται ότι επιβεβαιώθηκαν προηγούμενες έρευνες σε αντίστοιχα πεδία. Συγκεκριμένα επιβεβαιώθηκε η ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου καθώς και η συσχέτισή της με τους παράγοντες της εμπιστοσύνης στις ικανότητες του θεραπευτή από τον θεραπευόμενο, της ανάπτυξης αισθήματος ασφάλειας και κοινών στόχων και τον βαθμό συμφωνίας για τους στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας. Από την άλλη μεριά, δεν έγινε δυνατό να εντοπιστούν κάποιες ουσιαστικές διαφορές μεταξύ ατομικής και ομαδικής συστημικής ψυχοθεραπείας. Παρόλα αυτά, εμφανίστηκαν κάποιες μικρές διαφορές υπέρ της ατομικής θεραπείας. Από την πλευρά των θεραπευόμενων, φαίνεται ότι στο θέμα των στόχων και του τρόπου με τον οποίο αυτοί θα επιτευχθούν, η ατομική ψυχοθεραπεία υπερτερεί της ομαδικής. Αυτό δεν πρέπει να δημιουργεί καμία απορία, αφού στα πλαίσια της ομαδικής ψυχοθεραπείας, η σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου διαχέεται σε ομαδικό επίπεδο και είναι λιγότερο εντοπισμένη στη δυαδική επικοινωνία. Επίσης, η πολύπλοκη δομή της ομάδας, αν και προσφέρει την ποικιλία των αλληλεπιδράσεων που χρειάζεται ο θεραπευόμενος, από την άλλη μεριά δημιουργεί πέπλα ασάφειας ως προς τους στόχους και τα έργα που θα τους εκπληρώσουν, αφού κάθε μέλος της ομάδας έρχεται σε επαφή με τα ζητήματα, τους στόχους και τα έργα όλων των μελών της ομάδας. Η ατομική ψυχοθεραπεία είναι επικεντρωμένη στον συγκεκριμένο θεραπευόμενο και επομένως αυτό του δίνει μια μεγαλύτερη αίσθηση ότι κατανοεί την θεραπευτική διαδικασία.

Πάντως, εξακολουθεί η διερεύνηση των χαρακτηριστικών και ιδιαιτεροτήτων της θεραπευτικής συμμαχίας στη συστημική ψυχοθεραπεία να είναι ακόμη ελλιπής. Χρειάζεται περαιτέρω μελέτη στον τομέα αυτό, που θα μπορούσε να προσφέρει περισσότερες γνώσεις για την εξασφάλιση της ποιότητας της θεραπευτικής διαδικασίας και την αύξηση της αποτελεσματικότητάς της (Πομίνι & Τομαράς, 2015: 119).

Πιο συγκεκριμένα, θα είχε ενδιαφέρον η επανάληψη της έρευνας σε ποικίλες μορφές σύνθεσης ομάδων (μικτές, διαφόρων ηλικιών, πολυπολιτισμικές, κ.ά.) αλλά και η επέκτασή της σε άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Επίσης θα ήταν χρήσιμο να γίνουν έρευνες που να εξετάζουν τον ρόλο που παίζει στην θεραπευτική συμμαχία το φύλο, τόσο των θεραπειών όσο και των θεραπευόμενων, καθώς και η ηλικία τους.

Μέσα από την μελέτη προηγούμενων ερευνών αναδύθηκε ο ιδιαίτερος ρόλος του θεραπευτή στην θεραπευτική συμμαχία. Θα είχε ενδιαφέρον, επομένως, μια σειρά από έρευνες που θα προσανατολίζονταν στους τρόπους με τους οποίους οι συστημικοί ψυχοθεραπευτές συμβάλλουν στη συμμαχία και στην καλλιέργεια μιας ισχυρής αίσθησης κοινού σκοπού, με παραμέτρους από την προσωπικότητά τους, τα χρόνια εμπειρίας τους, κ.τ.λ.

Επίσης θα βοηθούσαν μελέτες που να επικεντρώνονται στον τύπο των προβλημάτων των θεραπευόμενων και τον τρόπο ή τον βαθμό που επηρεάζονται αυτά από την συστημική ψυχοθεραπεία.

Βιβλιογραφία

- Andou, J., Kitamura, T., (2013). Gender differences in recognizing depression in a case vignette in a university student population: Interaction of participant and vignette subject gender with depressive symptomatology, *Open Journal of Psychiatry*, 3: 384-392.
- Bachelor, A., Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. Στο Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 138-178), Washington, D.C: American Psychological Association.
- Βασιλείου, Γ. (1987). Ο Άνθρωπος ως Σύστημα: Μια παρουσίαση για τον Παιδοψυχίατρο, στο Τσιάντης, Μ., Μανωλόπουλος, Σ. (Επιμ.), *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Τόμος Α΄*, Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτης
- Bordin, E. S., (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy*, 16(3): 252 – 260.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (2008). *Ατομική Συστημική Θεραπεία: Η συστημική προσέγγιση στην ατομική ψυχοθεραπεία από τη θεωρία στην πράξη*, Αθήνα: Μαΐστρος.
- Butcher, J.N. (1997). *Personality assessment in managed health care*, New York: Oxford University Press.
- Carr, A. (2006). *Family Therapy Concepts, Process and Practice*. Second Edition, Chichester, England: John Wiley & Sons.

- Γιωτσίδη, Β. (2011). Παράγοντες διαμόρφωσης της θεραπευτικής σχέσης: Η αντίσταση του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία και η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Clarkson, P. (1995). Variations on I and Thou, *Gestalt Review* 1(1): 56 – 70.
- Clarkson, P. (2002). *The Transpersonal Relationship in Psychotherapy: The Hidden Curriculum of Spirituality*, London: Whurr Publishers.
- Γουρνάς, Γ. Μ. (2015). Η θεραπευτική σχέση στη συστημική ομαδική ψυχοθεραπεία, στο «*Η θεραπευτική σχέση, Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις από την ψυχαναλυτική, τη γνωσιακή και τη συστημική οπτική*», Επιμ. Καραμανωλάκη, Χ., Χαραλαμπίκη, Κ., Μιχόπουλος, Γ., Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Ελληνική Εταιρεία Συστημικής Θεραπείας <https://www.elesyth.gr/>.
- Εμβαλωτής, Α., Κατσή, Α., Σιδερίδης, Γ. (2006). *Στατιστική μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας* (Α΄ έκδοση), Ιωάννινα.
- Escudero, V. (2016). Guest editorial the therapeutic alliance from a systemic perspective, *Journal of Family Therapy*, 38: 1 – 4.
- Escudero, V., Friedlander, M.L., Varela, N., Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes, *Journal of Family Therapy*, 30: 194 – 214.
- Fitzpatrick, M. (1997). The working alliance, therapist interventions, client experiencing, and client good moments: A psychotherapy process study, Διδακτορική διατριβή, Department of Educational and Counselling Psychology, McGill University, Montreal, CANADA.

- Flaskas, C. (1997). Engagement and the therapeutic relationship in systemic therapy, *Journal of Family Therapy*, 19: 263 – 282.
- Freud, S. (1920). *A General Introduction to Psychoanalysis*, e-book: PDF-Books World.
- Friedlander, M.L., Escudero, V., Welmers-van de Poll, M.J., Heatherington, L. (2018). Meta-analysis of the alliance-outcome relation in couple and family therapy. *Psychotherapy (Chic)*, 55 (4): 356 – 371.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby & Attachment Theory*, U.S.A.: Routledge.
- Holmes, J. (2012). *Storr's The Art of Psychotherapy (Third edition)*, London: Hodder Arnold.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1986). The development of the working alliance inventory. Στο Greenberg, L., Pinsof W. (Eds.), *Psychotherapeutic process: A research handbook*, New York: Guilford.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1994). *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice*. New York: Wiley.
- Καλατζη – Αζίζι, Α. (2011). *Αυτογνωσία και αυτοδιαχείριση*, Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Καλδιμιριτζιάν, Ν. (2015), Το φαινόμενο της συνήχησης: Όταν ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος αλληλεπιδρούν με αφορμή τους «Λαιστρυγόνες και τους Κύκλωπες τους», *Συστημική Σκέψη & Ψυχοθεραπεία (ηλεκτρονικό περιοδικό)*, 7: <https://hestafta.org/>
- Καραμανωλάκη, Χ. (2015). Θεραπευτική σχέση: Μια ψυχαναλυτική προσέγγιση, στο «*Η θεραπευτική σχέση, Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις από την ψυχαναλυτική, τη γνωσιακή και τη συστημική οπτική*», Επιμ.

Καραμανωλάκη, Χ., Χαραλαμπίκη, Κ., Μιχόπουλος, Γ., Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

- Κουτσοσίμου, Μ. (2007). *Διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας: Μελέτη ανθρωποκεντρικών δεικτών ποιότητας (Η πρόκληση του «θεραπευτικού δεσμού»)*, Μεταδιδάκτωρ Ιατρικής σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ISBN:978-960-233-180-4.
- Macarov, D. (1978), Empathy: The Charismatic Chimera, *Journal of Education for Social Work*, 14: 86–92.
- Μάνος Ν. (1987). *Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών Όρων*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Miller, A. (2012). *Instructor's manual for Carl Rogers on person-centered therapy*, USA: Psychotherapy.net.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Μουρέλη, Ε. (2002). Αναφορά στο έργο του Gregory Bateson, *Μεταλόγος*, 1: 24 – 42.
- Μπούσουλας, Κ. (2011). Η σχέση θεραπευτικών παρεμβάσεων και σημαντικών ενδοσυνεδριακών φαινομένων στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Μυτσκίδου, Π. (2008). Θεραπεία Συμπεριφοράς Διαταραχών Άγχους: Η σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας, της συνεργασιμότητας σε στόχους μεταξύ των συνεδριών και του θεραπευτικού αποτελέσματος, Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Παπακώστας, Γ.Γ., Μιχόπουλος, Γ. (2015). Η θεραπευτική σχέση στη γνωσιακή προσέγγιση, στο «*Η θεραπευτική σχέση, Ψυχοθεραπευτικές*

προσεγγίσεις από την ψυχαναλυτική, τη γνωσιακή και τη συστημική οπτική», Επιμ. Καραμανωλάκη, Χ., Χαραλαμπίκη, Κ., Μιχόπουλος, Γ., Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

- Pinsof, W.M., Lebow, J.L. (2005). A Scientific Paradigm for Family Psychology, στο *Family Psychology: The art of the science*, Επιμ. Pinsof, W.M., Lebow, J.L., New York: Oxford University Press.
- Πομίνι Β., Τομαράς Β. (2015). Η θεραπευτική σχέση στη συστημική προσέγγιση: Πολλαπλοί δεσμοί, στο «*Η θεραπευτική σχέση, Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις από την ψυχαναλυτική, τη γνωσιακή και τη συστημική οπτική*», Επιμ. Καραμανωλάκη, Χ., Χαραλαμπίκη, Κ., Μιχόπουλος, Γ., Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Rogers, C.R., (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*, Boston USA: Houghton Mifflin Company.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27(2): 154 – 165.
- Schlippe, A., Schweitzer, J. (2008). *Εγχειρίδιο της Συστημικής Θεραπείας και Συμβουλευτικής*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Schore, J.R., Schore, A.N. (2007). *Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment*, Clinical Social Work J, Num. 36: 9–20.
- Simon, B., Stierlin, C. H., Wynne, C. L. (1985). *The language of family therapy: A systemic vocabulary and sourcebook*. New York: Family Process Press.

- Smith, M.L., Glass, G.V. (1977). Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies, *American Psychologist*, 32(9): 752 – 760.
- Σταλίκας, Α., Μερτίκας, Α. (2004). *Η Θεραπευτική Συμμαχία*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Τομαράς, Β. (2001). Θεραπεία οικογένειας στην παιδοψυχιατρική: Συστημική προσέγγιση, στο *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική*, Επιμ. Τσιάντης, Ι., Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Τομαράς, Β., Πομίνι, Β., Γουρνέλλης, Ρ. (2013). Συστημική Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία, στο Παπαδημητρίου Γ.Ν., Λιάππας Ι., Λύκουρας Ε. (Επιμ. έκδ.), *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- Τσοπάνογλου, Α. (2010). *Μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας και εφαρμογές της στην αξιολόγηση της γλωσσικής κατάρτισης*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτη.
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update, *World Psychiatry*, 14: 270–277
- Willke, H. (1996). *Εισαγωγή στη Συστημική Θεωρία*, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Yalom, I.D. (2006). *Θεωρία και Πράξη της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας*, Αθήνα: Εκδόσεις ΑΓΡΑ.
- Ζέρβας, Γ. (2015). Θεραπευτική επαφή, θεραπευτική στάση, θεραπευτικό πλαίσιο, θεραπευτική σχέση: Η σημασία τους για το κλινικό έργο, στο «*Η θεραπευτική σχέση, Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις από την ψυχαναλυτική, τη γνωσιακή και τη συστημική οπτική*», Επιμ. Καραμανωλάκη, Χ., Χαραλαμπίκη, Κ., Μιχόπουλος, Γ., Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Παράρτημα

1. (Ερωτηματολόγιο θεραπευτικής συμμαχίας θεραπευόμενου)

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

1. Σκοπός

Στόχος αυτής της έρευνας είναι η μελέτη των απόψεων των θεραπευόμενων για το τι είναι σημαντικό στις θεραπευτικές συνεδρίες, ώστε να εμπλουτίσουμε την κατανόηση της θεραπευτικής συμμαχίας. Η συμμετοχή σας σε αυτήν την έρευνα θα αποτελέσει σημαντική συνεισφορά προς αυτόν τον σκοπό και μπορεί και να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της θεραπευτικής διεργασίας.

2. Διαδικασία

Μετά από ένα σύνολο θεραπευτικών συνεδριών θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε μερικά σύντομα ερωτηματολόγια. Ο θεραπευτής σας δε θα ενημερωθεί ποτέ για τις απαντήσεις που θα δώσετε στα ερωτηματολόγια. Μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή σας στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία κύρωση.

Τα ερωτηματολόγια θα πάρουν ένα κωδικό αριθμό για να μην υπάρχει καμία πληροφορία που θα μπορούσε να οδηγήσει στην εξακρίβωση της ταυτότητας των συμμετεχόντων και θα φυλάσσονται σε ένα κλειδωμένο αρχείο. Η αντιστοίχιση των κωδικών θα φυλάσσεται σε ειδικό αρχείο αναφοράς, ξεχωριστά από τα αρχεία δεδομένων.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας είναι πιθανό να παρουσιαστούν σε επιστημονικά συνέδρια ή να δημοσιευθούν σε επιστημονικά έντυπα. Για το σκοπό αυτό, τα δεδομένα θα παρουσιάζονται συνολικά ώστε να μην διακυβευθεί κατά κανέναν τρόπο η ανωνυμία σας.

Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας τα δεδομένα θα βρίσκονται στη διάθεσή σας σε περίπτωση που τα ζητήσετε.

Για οποιαδήποτε επιπρόσθετη πληροφορία παρακαλώ επικοινωνήστε με την μεταπτυχιακή φοιτήτρια Μανδράκου Έλενα – Μαρία στο 6909261480.

Οι επιβλέποντες καθηγητές της έρευνας είναι:

1)Κος Ρ. Γουρνέλλης, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β΄Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αττικό Νοσοκομείο

2) Κα Β. Πομίνι, Κλινική Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπεύτρια, μέλος ΕΕΔΙΠ του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

3. Όροι συμμετοχής

Κατανοώ τον σκοπό της έρευνας και γνωρίζω τους πιθανούς κινδύνους, τα οφέλη και τις πρακτικές απαιτήσεις που περιλαμβάνει.

Κατανοώ ότι είμαι ελεύθερος/η να διακόψω τη συμμετοχή μου οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία κύρωση ή προκατάληψη προς το πρόσωπό μου.

Κατανοώ πως θα διαφυλαχθεί το απόρρητο των πληροφοριών που θα δώσω σε αυτό το ερευνητικό έργο.

Κατανοώ την προσδοκώμενη χρήση των δεδομένων, ιδίως σε ό,τι αφορά τη δημοσίευση και τη διάχυση των αποτελεσμάτων.

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥΜΜΑΧΙΑΣ

Οδηγίες

Στις σελίδες που ακολουθούν υπάρχουν προτάσεις που περιγράφουν μερικούς από τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους ένα άτομο μπορεί να σκεφτεί ή να αισθανθεί για τον/την θεραπευτή/τρια του. Καθώς διαβάζετε τις προτάσεις τοποθετήστε νοερά το όνομα του/της θεραπευτή/τριάς σας όπου υπάρχει ----- μέσα στο κείμενο.

Κάτω από κάθε πρόταση υπάρχει μια επταβάθμια κλίμακα

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

Αν η πρόταση περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο αισθάνεστε (ή σκέφτεστε) πάντα βάλτε σε κύκλο τον αριθμό 7. Αν δεν ισχύει ποτέ για εσάς βάλτε σε κύκλο τον αριθμό 1. Χρησιμοποιήστε τους ενδιάμεσους αριθμούς για να περιγράψετε τις διαβαθμίσεις ανάμεσα σε αυτά τα άκρα.

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ: Ούτε ο θεραπευτής/τρια σας ούτε η υπηρεσία θα δει τις απαντήσεις σας.

«Δουλέψτε» γρήγορα, οι πρώτες σας εντυπώσεις είναι εκείνες που θα θέλαμε να δούμε. ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΜΗΝ ΞΕΧΑΣΕΤΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ. Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

1. Αισθάνομαι άβολα με τον/την -----

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

2. Ο/Η ----- και εγώ συμφωνούμε για τα βήματα που θα χρειαστεί να κάνω στη θεραπεία για να βοηθήσω να βελτιωθεί η κατάστασή μου.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

3. Ανησυχώ για την έκβαση αυτών των συνεδριών.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

4. Αυτά που κάνω στη θεραπεία μου προσφέρουν νέους τρόπους να βλέπω το πρόβλημά μου.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

5. Ο/Η ----- και εγώ καταλαβαίνουμε ο ένας τον άλλον.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

6. Ο/Η ----- αντιλαμβάνεται επακριβώς ποιοι είναι οι στόχοι μου.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

7. Βρίσκω μπερδεμένο αυτό που κάνω στη θεραπεία.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

8. Πιστεύω ότι ο/η ----- με συμπαθεί.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

9. Εύχομαι ο/η ----- και εγώ να μπορούσαμε να διευκρινίσουμε το σκοπό των συνεδριών μας.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

10. Διαφωνώ με τον/την ----- σχετικά με το τι πρέπει να «πάρω» από τη θεραπεία.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

11. Πιστεύω ότι ο χρόνος που ο/η ----- και εγώ περνάμε μαζί δεν χρησιμοποιείται αποτελεσματικά.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

12. Ο/Η ----- δεν καταλαβαίνει τι προσπαθώ να πετύχω στη θεραπεία.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

13. Μου είναι ξεκάθαρο ποιες είναι οι ευθύνες μου στη θεραπεία.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

14. Οι στόχοι αυτών των συνεδριών είναι σημαντικοί για μένα.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

15. Βρίσκω ότι αυτά που ο/η ----- κι εγώ κάνουμε στη θεραπεία δεν σχετίζονται με τις ανησυχίες μου.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

16. Αισθάνομαι ότι τα πράγματα που κάνω στη θεραπεία θα με βοηθήσουν να πετύχω τις αλλαγές που θέλω.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

17. Πιστεύω ότι ο/η ----- δείχνει γνήσιο ενδιαφέρον για το καλό μου.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

18. Μου είναι ξεκάθαρο το τι θέλει ο/η ----- να κάνω σε αυτές τις συνεδρίες.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

19. Ο/Η ----- κι εγώ σεβόμαστε ο ένας τον άλλο.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

20. Αισθάνομαι ότι ο/η ----- δεν είναι απόλυτα ειλικρινής για τα συναισθήματά του απέναντί μου.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

21. Έχω εμπιστοσύνη στην ικανότητά του/της ----- να με βοηθήσει.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

22. Ο/Η ----- κι εγώ δουλεύουμε προς αμοιβαία συμφωνημένους στόχους.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

23. Αισθάνομαι ότι ο/η----- με εκτιμά.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

24. Συμφωνούμε σχετικά με το τι είναι σημαντικό για μένα να δουλέψω.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

25. Ως αποτέλεσμα αυτών των συνεδριών μου είναι πιο ξεκάθαρο το πώς θα μπορούσα να αλλάξω.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

26. Ο/Η ----- κι εγώ εμπιστευόμαστε ο ένας τον άλλο.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

27. Ο/Η ----- κι εγώ έχουμε διαφορετικές απόψεις για το ποια είναι τα προβλήματά μου.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

28. Η σχέση μου με τον/την ----- είναι πολύ σημαντική για μένα.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

29. Έχω την αίσθηση ότι αν κάνω λάθος πράγματα ο/η ----- θα σταματήσει να δουλεύει μαζί μου.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

30. Ο/Η ----- κι εγώ συνεργαζόμαστε για να θέσουμε στόχους για τη θεραπεία.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

31. Νιώθω ματαιώση από τα πράγματα που κάνω στη θεραπεία.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

32. Ο/Η ----- κι εγώ έχουμε επιτύχει καλό βαθμό κατανόησης σχετικά με το είδος των αλλαγών που θα ήταν καλές για μένα.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

33. Τα πράγματα που μου ζητάει να κάνω ο/η ----- μου φαίνονται ακαταλαβίστικα.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

34. Δεν ξέρω τι να περιμένω ως αποτέλεσμα της θεραπείας μου.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

35. Πιστεύω ότι ο τρόπος με τον οποίο δουλεύουμε πάνω στο πρόβλημά μου είναι σωστός.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

36. Αισθάνομαι ότι ο/η ----- ενδιαφέρεται για μένα ακόμη κι όταν κάνω πράγματα που δεν εγκρίνει.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

2. (Ερωτηματολόγιο θεραπευτικής συμμαχίας θεραπευτή)

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

1. Σκοπός

Στόχος αυτής της έρευνας είναι η μελέτη των απόψεων των θεραπειών για το τι είναι σημαντικό στις θεραπευτικές συνεδρίες, ώστε να εμπλουτίσουμε την κατανόηση της θεραπευτικής συμμαχίας. Η συμμετοχή σας σε αυτήν την έρευνα θα αποτελέσει σημαντική συνεισφορά προς αυτόν τον σκοπό και μπορεί και να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της θεραπευτικής διεργασίας.

2. Διαδικασία

Μετά από ένα σύνολο θεραπευτικών συνεδριών θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε μερικά σύντομα ερωτηματολόγια. Οι θεραπευόμενοί σας δε θα ενημερωθούν για τις απαντήσεις που θα δώσετε στα ερωτηματολόγια. Μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή σας στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία κύρωση.

Τα ερωτηματολόγια θα πάρουν ένα κωδικό αριθμό για να μην υπάρχει καμία πληροφορία που θα μπορούσε να οδηγήσει στην εξακρίβωση της ταυτότητας των συμμετεχόντων και θα φυλάσσονται σε ένα κλειδωμένο αρχείο. Η αντιστοίχιση των κωδικών θα φυλάσσεται σε ειδικό αρχείο αναφοράς, ξεχωριστά από τα αρχεία δεδομένων.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας είναι πιθανό να παρουσιαστούν σε επιστημονικά συνέδρια ή να δημοσιευθούν σε επιστημονικά έντυπα. Για το σκοπό αυτό, τα δεδομένα θα παρουσιάζονται συνολικά ώστε να μην διακυβευθεί κατά κανέναν τρόπο η ανωνυμία σας.

Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας τα δεδομένα θα βρίσκονται στη διάθεσή σας σε περίπτωση που τα ζητήσετε.

Για οποιαδήποτε επιπρόσθετη πληροφορία παρακαλώ επικοινωνήστε με την μεταπτυχιακή φοιτήτρια Μανδράκου Έλενα – Μαρία στο 6909261480.

Οι επιβλέποντες καθηγητές της έρευνας είναι:

- 1)Κος Ρ. Γουρνέλλης, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β΄Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αττικό Νοσοκομείο
- 2) Κα Β. Πομίνι, Κλινική Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπεύτρια, μέλος ΕΕΔΙΠ του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

3. Όροι συμμετοχής

Κατανοώ τον σκοπό της έρευνας και γνωρίζω τους πιθανούς κινδύνους, τα οφέλη και τις πρακτικές απαιτήσεις που περιλαμβάνει.

Κατανοώ ότι είμαι ελεύθερος/η να διακόψω τη συμμετοχή μου οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία κύρωση ή προκατάληψη προς το πρόσωπό μου.

Κατανοώ πως θα διαφυλαχθεί το απόρρητο των πληροφοριών που θα δώσω σε αυτό το ερευνητικό έργο.

Κατανοώ την προσδοκώμενη χρήση των δεδομένων, ιδίως σε ό,τι αφορά τη δημοσίευση και τη διάχυση των αποτελεσμάτων.

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥΜΜΑΧΙΑΣ

Οδηγίες

Στις σελίδες που ακολουθούν υπάρχουν προτάσεις που περιγράφουν μερικούς από τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους ένα άτομο μπορεί να σκεφτεί ή να αισθανθεί για τον/την θεραπευτή/τρια του. Καθώς διαβάζετε τις προτάσεις τοποθετήστε νοερά το όνομα του/της θεραπευτή/τριάς σας όπου υπάρχει ----- μέσα στο κείμενο.

Κάτω από κάθε πρόταση υπάρχει μια επταβάθμια κλίμακα

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

Αν η πρόταση περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο αισθάνεστε (ή σκέφτεστε) πάντα βάλτε σε κύκλο τον αριθμό 7. Αν δεν ισχύει ποτέ για εσάς βάλτε σε κύκλο τον αριθμό 1. Χρησιμοποιήστε τους ενδιάμεσους αριθμούς για να περιγράψετε τις διαβαθμίσεις ανάμεσα σε αυτά τα άκρα.

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ: Ούτε ο θεραπευόμενός σας ούτε η υπηρεσία θα δει τις απαντήσεις σας.

«Δουλέψτε» γρήγορα, οι πρώτες σας εντυπώσεις είναι εκείνες που θα θέλαμε να δούμε. ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΜΗΝ ΞΕΧΑΣΕΤΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ. Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

1. Αισθάνομαι άβολα με τον/την -----

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες	Συχνά	Πολύ	Πάντα

φορές συχνά

2. Ο/Η ----- και εγώ συμφωνούμε για τα βήματα που θα χρειαστεί να κάνουμε για να βελτιωθεί η κατάστασή της/του.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

3. Έχω κάποιες ανησυχίες για την έκβαση αυτών των συνεδριών.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

4. Ο/Η θεραπευόμενος/η και εγώ νοιώθουμε σίγουροι για τη χρησιμότητα των πραγμάτων που κάνουμε αυτόν τον καιρό στη θεραπεία.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

5. Αισθάνομαι ότι πραγματικά καταλαβαίνω τον/την

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

6. Ο/Η ----- και εγώ έχουμε κοινή αντίληψη για τους στόχους της/του.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

7. Ο/Η ----- βρίσκει μπερδεμένο αυτό που κάνουμε στη θεραπεία.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

8. Πιστεύω ότι ο/η ----- με συμπαθεί.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

9. Αισθάνομαι την ανάγκη να διευκρινίσω τον σκοπό των συνεδριών μας στον/στην

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

10. Έχω κάποιες διαφωνίες με τον/την σχετικά με τους στόχους αυτών των συνεδριών.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

11. Πιστεύω ότι ο χρόνος που ο/η και εγώ περνάμε μαζί δεν χρησιμοποιείται αποτελεσματικά.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

12. Έχω αμφιβολίες σχετικά με το τι προσπαθούμε να πετύχουμε στη θεραπεία.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

13. Είμαι ξεκάθαρος και σαφής για το ποιες είναι οι ευθύνες του/ της στη θεραπεία.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

14. Οι τρέχοντες στόχοι αυτών των συνεδριών είναι σημαντικοί για τον/την

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

15. Βρίσκω ότι αυτά που ο/η κι εγώ κάνουμε στη θεραπεία δεν σχετίζονται με τις ανησυχίες του/της.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

16. Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι τα πράγματα που κάνουμε στη θεραπεία θα βοηθήσουν τον/την να πετύχει τις αλλαγές που θέλει.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

17. Ενδιαφέρομαι πραγματικά για το καλό του/της

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

18. Είμαι ξεκάθαρος/η όσον αφορά το τι αναμένω από τον/την να κάνει σε αυτές τις συνεδρίες.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

19. Ο/Η ----- κι εγώ σεβόμαστε ο ένας τον άλλο.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

20. Αισθάνομαι ότι δεν είμαι απόλυτα ειλικρινής για τα αισθήματά μου απέναντι στον/ην

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

21. Έχω εμπιστοσύνη στην ικανότητά μου να βοηθήσω τον/την

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

22. Ο/Η ----- κι εγώ δουλεύουμε προς αμοιβαία συμφωνημένους στόχους.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

23. Εκτιμώ τον/την ως άτομο.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

24. Συμφωνούμε σχετικά με το τι είναι σημαντικό για τον/την να δουλέψουμε.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

25. Ως αποτέλεσμα αυτών των συνεδριών είναι πιο ξεκάθαρο για τον/την το πώς θα μπορέσει να αλλάξει.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

26. Ο/Η ----- κι εγώ έχουμε χτίσει αμοιβαία εμπιστοσύνη.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

27. Ο/Η ----- κι εγώ έχουμε διαφορετικές απόψεις για το ποια είναι τα προβλήματά του/της.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

28. Η σχέση μας είναι σημαντική για τον/την

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

29. Ο/Η έχει κάποιους φόβους ότι, αν πει ή κάνει λάθος πράγματα, θα σταματήσω να δουλεύει μαζί του/της.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

30. Ο/Η κι εγώ έχουμε συνεργαστεί για να θέσουμε τους στόχους αυτών των συνεδριών.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

31. Ο/Η είναι ματαιωμένος/η από αυτά που του/της ζητάω να κάνει στη θεραπεία.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

32. Ο/Η κι εγώ έχουμε επιτύχει καλό βαθμό κατανόησης σχετικά με το είδος των αλλαγών που θα ήταν καλές για αυτόν/ην.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

33. Τα πράγματα που κάνουμε στη θεραπεία φαίνονται ακατανόητα στον/στην

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

34. Ο/Η δεν ξέρει τι να περιμένει ως αποτέλεσμα της θεραπείας.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

35. Ο/Η πιστεύει ότι ο τρόπος με τον οποίο δουλεύουμε πάνω στο πρόβλημά του/της είναι σωστός.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

36. Σέβομαι τον/την ακόμη και όταν κάνει πράγματα που δεν εγκρίνω.

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1	Αξιιώματα Επικοινωνίας	43
Πίνακας 3.1	Αριθμός ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν	77
Πίνακας 3.2	Οι συμμετέχουσες και οι συμμετέχοντες στην έρευνα	78
Πίνακας 4.1	Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις δηλώσεων	83
Πίνακας 4.2	Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις μεταβλητών	85
Πίνακας 4.3	Τιμές του δείκτη Cronbach's alpha	86
Πίνακας 4.4	One sample t-test για τη μεταβλητή «Δεσμός»	88
Πίνακας 4.5	One sample t-test για τη μεταβλητή «Στόχος»	89
Πίνακας 4.6	One sample t-test για τη μεταβλητή «Έργο»	90
Πίνακας 4.7	Ερμηνεία συντελεστή συσχέτισης	91
Πίνακας 4.8	Έλεγχος συσχέτισης για τις μεταβλητές «Δεσμός»- «Εμπιστοσύνη»	92
Πίνακας 4.9	Έλεγχος συσχέτισης για τις μεταβλητές «Δεσμός»- «Ασφάλεια»	92
Πίνακας 4.10	Έλεγχος συσχέτισης για τις μεταβλητές «Δεσμός»- «Δέσμευση»	93
Πίνακας 4.11	Έλεγχος συσχέτισης για τις μεταβλητές «Δεσμός»- «Στόχος»	93
Πίνακας 4.12	Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για ατομική – ομαδική θεραπεία (συνολικά)	94
Πίνακας 4.13	Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για ατομική – ομαδική θεραπεία (θεραπευτές)	95
Πίνακας 4.14	Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για ατομική – ομαδική θεραπεία (θεραπευόμενοι)	95
Πίνακας 4.15	t-test για ατομική και ομαδική θεραπεία (συνολικά)	96
Πίνακας 4.16	t-test για ατομική και ομαδική θεραπεία (θεραπευτές)	96
Πίνακας 4.17	t-test για ατομική και ομαδική θεραπεία (θεραπευόμενοι)	97