



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**



**ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ, ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**Διαπανεπιστημιακό – Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Συμβουλευτική Ψυχολογία και Συμβουλευτική στην Εκπαίδευση, την Υγεία,
την Εργασία»**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«Η θεραπευτική συμμαχία στις εξαρτήσεις: Η διερεύνηση της εμπειρίας
θεραπευτή και θεραπευόμενου και της σύνδεσής της με την παραμονή στη
θεραπεία»**

Όνομα: Χαρούλη Ελένη
Α.Μ.: 9396

Η τριμελής επιτροπή:

Επόπτης: Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ε.Κ.Π.Α.

Μέλος: Πουλόπουλος Χαράλαμπος, Καθηγητής Δ.Π.Θ.

Μέλος: Πομίνι Βαλέρια, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α, Μέλος ΕΔΙΠ Τμήμα
Ιατρικής Ε.Κ.Π.Α

Αθήνα, 2019

Σημείωμα του Συγγραφέα

Το δοκίμιο αυτό αποτελεί διπλωματική εργασία που συντάχθηκε για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «*Συμβουλευτική Ψυχολογία και Συμβουλευτική στην Εκπαίδευση, την Υγεία, την Εργασία*» των Τμημάτων Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία του Πανεπιστημίου Αθηνών και Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Θράκης και υποβλήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2019.

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

Ολοκληρώνοντας ένα από τα πιο σημαντικά και παραγωγικά στάδια της ακαδημαϊκής πορείας μου, η εργασία αυτή αποτελεί μία σύνοψη της ερευνητικής μου ιδιότητας και της συνεργασίας με το πλαίσιο όπου διετέλεσα την πρακτική μου άσκηση.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Παπαρρηγόπουλο Θωμά και την κυρία Πομίνη Βαλέρια για την πολύτιμη εποπτεία, καθοδήγηση και ανατροφοδότηση, καθόλη την διάρκεια του σχεδιασμού, της εκτέλεσης και συγγραφής της παρούσας ερευνητικής εργασίας. Φυσικά, χωρίς την αγαστή συνεργασία με τους θεραπευτές και το υπόλοιπο προσωπικό του Προγράμματος «Αθηνά» δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί η παρούσα εργασία. Τους ευχαριστώ θερμά για την προθυμία και την βοήθεια τόσο ως προς τον ερευνητικό μου ρόλο, όσο και για τον ρόλο μου ως ασκούμενη ψυχολόγος που κατείχα ανάμεσα στην διεπιστημονική τους ομάδα. Η περίοδος αυτή αποτελεί ένα από τα πλέον καίρια και αναμορφωτικά σημεία της εμπειρίας μου έως σήμερα.

Δεν θα μπορούσα να μην αναφερθώ στους γονείς μου, στον αδελφό μου και σε άλλα αγαπημένα μου πρόσωπα για την αμέριστη στήριξη και κατανόηση που μου έδειξαν τον τελευταίο χρόνο. Τους ευχαριστώ από καρδιάς!

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους επτά θεραπευομένους του Προγράμματος «Αθηνά» που, με μεγάλη προθυμία, αποδέχτηκαν την πρόσκληση για συμμετοχή στην έρευνα και μοιράστηκαν μαζί μου την εμπειρία τους. Τους ευχαριστώ που μοιράστηκαν νοερά μαζί μου το ταξίδι της ανεξάρτησης και τους εύχομαι να φτάσουν γρήγορα εκεί όπου επιθυμούν...

Περίληψη

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην μελέτη της θεραπευτικής συμμαχίας στον χώρο των ουσιοεξαρτήσεων. Στόχος της έρευνας είναι να αναδειχθεί η εμπειρία της θεραπευτικής συμμαχίας, όπως βιώνεται από τους συμμετέχοντες στην θεραπευτική διαδικασία (θεραπευτή και θεραπευόμενο) και να μελετηθεί η σύνδεση της με την παραμονή στη θεραπεία. Τα ερευνητικά ερωτήματα εξέταζαν εμπειρίες των θεραπευτών και των θεραπευομένων σχετικά με τα στοιχεία που βοήθησαν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας, όπως τα προσωπικά χαρακτηριστικά που συντέλεσαν σε μία καλή συνεργασία, εκείνα που συντέλεσαν λιγότερο, οι τομείς της θεραπευτικής διαδικασίας που σχετίστηκαν με καλύτερα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας καθώς και η επίδραση ορισμένων εξωτερικών παραγόντων.

Οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από την ομάδα των θεραπευτών, επτά ειδικούς ψυχικής υγείας με πολυετή εμπειρία στην θεραπεία εξαρτήσεων και επτά θεραπευόμενους, για την επιλογή των οποίων τέθηκε το κριτήριο να βρίσκονται στην κύρια φάση της θεραπείας, δηλαδή να έχουν ολοκληρώσει τουλάχιστον επτά συνεδρίες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην ανοικτή ψυχοθεραπευτική μονάδα αντιμετώπισης ουσιοεξαρτήσεων Πρόγραμμα «Αθηνά», που λειτουργεί στα πλαίσια της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ.

Η έρευνα διεξήχθη βάσει ποιοτικής μεθοδολογίας. Για την ποιοτική εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας, διεξήχθησαν ατομικές συνεντεύξεις βασισμένες σε οδηγούς συνέντευξης, προσαρμοσμένους στις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά της εκάστοτε ομάδας συμμετεχόντων. Τα δεδομένα των συνεντεύξεων, τα οποία κατηγοριοποιήθηκαν και αναλύθηκαν ποιοτικά υπό το πρίσμα της φαινομενολογικής προσέγγισης, αποτέλεσαν συνολικά επτά θεματικές ενότητες, οι οποίες αναλύθηκαν σε 14 υποκατηγορίες, απαντώντας τα ερευνητικά ερωτήματα. Συμπληρωματικά, για την ποσοτική εκτίμηση των επιπέδων της θεραπευτικής συμμαχίας των συμμετεχόντων έγινε χρήση του Ερωτηματολογίου Θεραπευτικής Συμμαχίας, της ελληνικής προσαρμογής του Working Alliance Inventory (Horvath and Greenberg, 1989).

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση συμπερασμάτων, τα οποία προστίθενται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Τα ευρήματα της εργασίας αναμένεται να αποτελέσουν χρήσιμη γνώση, που μπορεί να αξιοποιηθεί στα πλαίσια της συμβουλευτικής πρακτικής στον χώρο των ουσιοεξαρτήσεων.

Λέξεις-κλειδιά: θεραπευτική σχέση, θεραπευτική συμμαχία, δεσμός, θεραπεία ουσιο-εξάρτησης, απεξάρτηση, παραμονή στην θεραπεία, θεραπευτική διαδικασία, χαρακτηριστικά θεραπευτή

Abstract

This paper focuses on the study of working alliance in the field of substance abuse treatment. This study aims to highlight the working alliance as it is experienced by participants in healing process (therapists and persons under treatment) and to study the relationship between working alliance and retention to treatment. Research questions focused on the experiences of therapists and individuals under treatment regarding: a) aspects of working alliance which helped to its development, b) personal features contributing or preventing a good collaboration, c) factors of the therapy process related to higher level of the working alliance, and d) influence of other external factors.

The participants were seven mental health professionals, experienced in the therapy of substance disorder, and seven clients who were selected while being in the main phase of therapy and had completed at least seven sessions. The research was carried out in the open psychotherapy unit "Athena" which belongs to the 1st Psychiatric Department, Aiginition Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, in collaboration with the Organisation Combating Drugs (OKANA).

The present study was conducted based on qualitative approaches. For the qualitative evaluation of the therapeutic alliance, individual interviews were conducted based on interview guides adapted to the needs of the participants' group. The interview data, categorized and analyzed in the light of the phenomenological research approach, constituted a total of seven thematic units and 14 subcategories. Additionally, the Therapeutic Alliance Questionnaire, the Greek adaptation of the Working Alliance Inventory (Horvath and Greenberg, 1989), were used to estimate working alliance levels in a qualitative approach.

The results of this work are discussed with the aim of contributing to the existent knowledge regarding the development of working alliance in the field of substance abuse treatment.

Keywords: therapeutic relationship, working alliance, bond, substance abuse therapy, drug addiction, therapy coherence, therapeutic process, therapist characteristics, client characteristics

Πίνακας περιεχομένων	
Εισαγωγή.....	11
<i>Ορισμός</i>	11
Συστατικά Θεραπευτικής Σχέσης.....	14
Οι θεωρητικές Προσεγγίσεις για την Θεραπευτική Σχέση.....	17
<i>Ψυχοδυναμική Προσέγγιση</i>	17
<i>Ανθρωπιστική Προσέγγιση</i>	21
<i>Γνωστικό-Συμπεριφορική Προσέγγιση</i>	23
<i>Συστημική Προσέγγιση</i>	26
Η Θεραπευτική Σχέση στις Εξαρτήσεις	32
Διαφορετικές Οπτικές Θεραπευτή-Θεραπευόμενου στην Θεραπευτική Σχέση.....	38
Μεθοδολογία	43
<i>Μεθοδολογική προσέγγιση</i>	43
<i>Στρατηγική Δειγματοληψίας</i>	44
<i>Διαδικασία και μέθοδοι παραγωγής και ανάλυσης δεδομένων</i>	49
<i>Μεθοδολογία παραγωγής ποσοτικών δεδομένων</i>	49
<i>Μεθοδολογία παραγωγής ποιοτικών δεδομένων</i>	50
<i>Διαδικασία εκτίμησης των ποσοτικών δεδομένων</i>	51
<i>Διαδικασία ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων</i>	52
<i>Μεθοδολογικά και Δεοντολογικά Ζητήματα</i>	52
<i>Αναστοχαστικότητα Ερευνητή</i>	54
Αποτελέσματα	57
<i>Ποσοτική εκτίμηση θεραπευτικής συμμαχίας</i>	57
<i>Ποιοτική ανάλυση δεδομένων</i>	59
1. Σχετικά με θεραπευτή	61
1.1 Χαρακτηριστικά θεραπευτή	61
1.2 Επικοινωνία	62
1.3 Υπομονή-επιμονή/ο ρόλος της επανάληψης	62
2. Αποτελεσματικότητα	63
2.1 Αποτελεσματικές συζητήσεις	63
2.2 Πρόοδος	63
2.3 Προηγούμενη θεραπευτική εμπειρία	64
2.4 Τι άλλο χρειάζεται;	64
2.5 Λιγότερο βοηθητικές διαδικασίες	65
3. Θεραπευτική διαδικασία	65
3.1 Κλίμα της συνεδρίας	66

3.2	Εισαγωγή μιας διαφορετικής οπτικής.....	66
3.3	Κάθε φορά κάτι καινούργιο.....	66
1	Σχετικά με τον θεραπευτή.....	67
1.1	Στάσεις θεραπευτή που βοηθούν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας 67	
1.1.1	Στάση αποδοχής και ενσυναίσθησης	67
1.1.2	Δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης.....	68
1.1.3	Ευκρινώς προσδιορισμένο το πλαίσιο και τα όρια συνεργασίας.....	68
1.1.4	Στάση ουδετερότητας.....	68
1.1.5	Ενδυνάμωση κινήτρου	68
1.2	Προσωπικά χαρακτηριστικά θεραπευτή.....	69
1.2.1	Ειλικρίνεια και γνήσιο ενδιαφέρον	69
1.2.2	Προσήνεια	69
1.2.3	Χρήση απλής και επεξηγηματικής γλώσσας.....	69
1.2.4	Εμπειρία	70
1.2.5	Ικανότητες ενσυναίσθησης	70
1.2.6	Φροντίδα	70
1.2.7	Κατευθυντική στάση.....	70
1.2.8	Υπερβολική εμπλοκή/υπερβολικός βαθμός ενσυναίσθησης	71
1.2.9	Burn-out	71
1.2.10	Δυσκολία για οριοθέτηση.....	71
1.2.11	Στάση ειδικού	71
1.2.12	Διαπολιτισμικές διαφορές.....	72
2	Σχετικά με τον θεραπευόμενο	72
2.1	Στάσεις θεραπευόμενου που βοηθούν στην θεραπευτική συμμαχία	72
2.1.1	Κίνητρο και αίτημα για αλλαγή/θεραπεία.....	72
2.1.2	Ενεργή συμμετοχή και συνυπευθυνότητα	73
2.1.3	Ειλικρίνεια	73
2.2	Προσωπικά χαρακτηριστικά θεραπευόμενου	73
2.2.1	Ανεπτυγμένη ψυχολογική σκέψη	73
2.2.2	Ικανότητες ψυχικής ανθεκτικότητας και καλό επίπεδο λειτουργικότητας..	74
2.2.3	Συνέπεια και δέσμευση στην θεραπευτική συνεργασία	74
2.2.4	Χιούμορ και καλές επικοινωνιακές δεξιότητες.....	74
2.2.5	Δυσκολίες σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων.....	75
2.2.6	Απόλυτος τρόπος σκέψης.....	75
2.2.7	Μη ειλικρινής στάση.....	75

2.2.8 Αντίσταση και απουσία κινήτρου για αλλαγή	75
3 Θεραπευτική σχέση	76
3.1 Η θεραπευτική συμμαχία κατά τους θεραπευτές.....	76
3.2 Τα τρία συστατικά της θεραπευτικής συμμαχίας.....	77
3.3 Θεραπευτική συμμαχία και παραμονή στην θεραπεία.....	78
4 Θεραπευτική διαδικασία	78
4.1 Επίδραση θεωρητικού πλαισίου.....	78
4.1.1 Ολιστική Προσέγγιση	78
4.1.2 Συστημική Προσέγγιση.....	79
4.1.3 Ψυχοδυναμική Προσέγγιση	79
4.2 Τεχνικές	80
4.3 Επίδραση θεραπευτικού πλαισίου	81
4.3.1 Λειτουργία «ανοιχτού» θεραπευτικού Προγράμματος.....	82
4.3.2 Καλή συνεργασία προσωπικού.....	82
4.3.3 Δημόσιος χαρακτήρας.....	82
4.3.4 Πρακτικές δυσκολίες σε λειτουργικό επίπεδο	83
4.4 Σημασία κατανόησης και αξιολόγησης του προσωπικού χρόνου αλλαγής	83
4.5 Συγκατασκευή νοημάτων	83
4.6 Διορθωτικές συναισθηματικές σχέσεις.....	84
4.7 Στίγμα και ενοχές.....	84
Συζήτηση.....	86
<i>Θεραπευτική Συμμαχία: Η εμπειρία του ειδικού και του θεραπευόμενου</i>	<i>87</i>
<i>Προσωπικά χαρακτηριστικά που βοηθούν στην ανάπτυξη της Θεραπευτικής Σχέσης. 92</i>	<i>92</i>
<i>Συστατικά της Θεραπευτικής Συμμαχίας: Έργα, Στόχοι και Δεσμός.....</i>	<i>96</i>
Συμπεράσματα.....	98
Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	101
Βιβλιογραφία.....	104
Παράρτημα 1-Πρόσκληση σε έρευνα	114
Παράρτημα 2- Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα	116
Παράρτημα 3- Πρωτόκολλο Συνέντευξης θεραπευομένων	117
Παράρτημα 4-Πρωτόκολλο Συνέντευξης θεραπευτών	118

Εισαγωγή

Ορισμός

Από την ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας, φαίνεται πως ένα από τα συστατικά που συμβάλλουν στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων όπως οι θεραπευτικές τεχνικές, ο θεραπευτής, η συνεισφορά του θεραπευόμενου μέσα στην οποία περιλαμβάνεται και η σοβαρότητα της κατάστασής του, είναι η θεραπευτική σχέση, ενώ έχει βρεθεί ότι αποτελεί σημαντική μεταβλητή στην διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς (Gelso, 2014. Norcross, 2011) και τον μεγαλύτερο από τους κοινούς παράγοντες που σχετίζεται με το ψυχοθεραπευτικό αποτέλεσμα (Wampold, 2010). Εκτός από τον χώρο της ψυχοθεραπείας, η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον ειδικό που προσφέρει τις υπηρεσίες του και τον αποδέκτη της βοήθειας αυτής έχει απασχολήσει επιστημονικά πεδία, όπως αυτά της ιατρικής, της ψυχιατρικής, της εκπαίδευσης, της κοινωνικής εργασίας, της νοσηλευτικής, της φυσικοθεραπείας και των νομικών σπουδών (Horvath και συν., 2011).

Ως θεραπευτική σχέση (therapeutic relationship), στην ψυχική υγεία, ορίζεται η σχέση συνεργασίας και ο δεσμός που αναπτύσσεται μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου, η οποία αποτελεί την βάση πάνω στην οποία θα συνεργαστούν για την επίλυση των προβλημάτων του δεύτερου και θα διερευνηθούν οι γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές διεργασίες του ατόμου. Ο όρος της θεραπευτικής συμμαχίας (working/helping alliance) αναφέρεται, εκτός από τον δεσμό, στην ομόφωνη απόφαση θεραπευτή και θεραπευόμενου ως προς τα έργα και τους στόχους της ψυχοθεραπείας (Σταλίκας, 2005). Πρόκειται για την οριοθετημένη και μετρήσιμη έννοια της θεραπευτικής σχέσης. Οι ειδικοί που αρχικά ασχολήθηκαν με την έρευνα και τον ορισμό της θεραπευτικής σχέσης, όπως ο Bordin (1979) και ο

Gaston (1990), κατέληξαν στα εξής τρία βασικά συστατικά της: την συνεργατική σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου, τον θεραπευτικό δεσμό (που περιλαμβάνει την αμοιβαία εμπιστοσύνη, την κατανόηση και την ενσυναίσθηση) και τις κοινά συμφωνημένες δραστηριότητες και στόχους της θεραπείας (Charura και Paul, 2015).

Ο όρος εμφανίζεται στις αρχές του 1900 όταν ο Freud το 1912, διατυπώνοντας την άποψη ότι απαραίτητο συστατικό για την επιτυχία της ψυχανάλυσης είναι οι φιλικές και στοργικές πλευρές της μεταβίβασης, μίλησε για την καλή σχέση (rapport) μεταξύ αναλυτή και αναλυόμενου, η οποία αποτελεί πρωταρχικό στόχο για την θεραπεία. Λίγο αργότερα, ο Sterba (1941) επισημαίνει ότι η θεραπευτική σχέση προέκυψε από την θετική μεταβίβαση προς το πρόσωπο του αναλυτή και πρόσθεσε πως αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ η Zetzel (1956) έκανε τον διαχωρισμό ανάμεσα στην μεταβίβαση (transference) με την έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας (working alliance) και την νεύρωση της μεταβίβασης (transference neurosis) ως εκδήλωση αντίστασης στη θεραπεία. Έκτοτε, ο όρος της θεραπευτικής συμμαχίας πήρε την σημερινή του σημασία και διαφοροποιήθηκε από την έννοια της μεταβίβασης (Doran, 2016).

Έχοντας καταστεί σαφής η σημασία της θεραπευτικής σχέσης για την επιτυχία μίας θεραπείας, ο όρος απασχολεί έντονα την επιστημονική κοινότητα και παίρνει διάφορες ονομασίες με επιμέρους διαστάσεις όπως therapeutic alliance, rational transference και mature transference έως το 1965 ο Greenson (1965, 1967) εισάγει τον όρο working alliance με τον οποίο αναφερόταν σε μία μη νευρωτική, βασισμένη στην λογική σχέση μεταξύ του αναλυτή και του αναλυόμενου και θεωρείτο απαραίτητη για την ψυχαναλυτική θεραπεία ως νεύρωση μεταβίβασης (Doran, 2016). Ως μεταβίβαση ορίζεται η μεταφορά ψυχικής ενέργειας από τον αναλυόμενο στον αναλυτή, ο οποίος αντιπροσωπεύει σε συμβολικό επίπεδο κάποιο σημαντικό

πρόσωπο για τον αναλυόμενο και ως νεύρωση μεταβίβασης νοείται η μεταφορά των σημαντικών συγκρούσεων όπως υπάρχουν και τις βιώνει ο νευρωσικός ασθενής στις σχέσεις του, στην σχέση του με τον αναλυτή του (Σταλίκας, 2005).

Αν και οι απαρχές της έννοιας της θεραπευτικής σχέσης αποδίδονται στην ψυχαναλυτική θεώρηση, η βασική ανάπτυξη και σημασία της προήλθε από τις πελατο-κεντρικές και γνωστικές προσεγγίσεις και συγκεκριμένα από τον Rogers (1951), ο οποίος κάνοντας λόγο για την πραγματική σχέση μεταξύ σύμβουλου και συμβουλευόμενου (real relationship) την ξεχώρισε ως βασικό συστατικό για την θεραπευτική αλλαγή. Η συμβολή του με τους όρους της άνευ όρων αποδοχής, της γνησιότητας και του ειλικρινούς ενδιαφέροντος για τον συμβουλευόμενο έκανε και άλλες προσεγγίσεις, όπως η Γνωστικο-Συμπεριφορικές, να δώσουν την δέουσα σημασία στην θεραπευτική σχέση ως παράγοντα για την επιτυχία της ψυχοθεραπείας (Doran, 2016).

Εξίσου σημαντική για την ανάπτυξη και την διασαφήνιση του όρου της συμμαχίας (alliance) ήταν η διεπιστημονικής προσέγγισης εργασία του Bordin (1979). Συγκεκριμένα, όρισε την θεραπευτική συμμαχία (working alliance) ως την επαγγελματική συνεργατική σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου, αποτελούμενη από τρία βασικά συστατικά: την συμφωνία των δύο πλευρών ως προς τους στόχους (goals) και τα καθήκοντα (tasks) της θεραπείας και την ποιότητα του δεσμού (bond) που αναπτύσσεται ανάμεσά τους (Horvath, Del Re, Fluckinger και Symonds, 2011). Ο ορισμός του Bordin είναι μέχρι και σήμερα ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος και επέτρεψε την επιστημονική διερεύνηση και περαιτέρω ανάπτυξη του όρου (Flückiger, Del Re, Wampold και Horvath, 2018).

Ένας πιο πρόσφατος ορισμός της θεραπευτικής σχέσης είναι αυτός του Gelso (2014) σύμφωνα με τον οποίο ως θεραπευτική σχέση νοείται το σύνολο των συναισθημάτων και των συμπεριφορών που αναπτύσσονται ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο, καθώς και οι τρόποι με τους οποίους αυτά εκδηλώνονται σε λεκτικό και μη λεκτικό επίπεδο. Τα σημεία που συνιστούν την ευρύτερη έννοια της θεραπευτικής σχέσης είναι η πραγματική σχέση (real relationship), που συνιστά το πραγματικό μέρος της σχέσης ανάμεσα στα δύο πρόσωπα, η θεραπευτική συμμαχία, τα μεταβιβαστικά και αντι-μεταβιβαστικά στοιχεία (Altimir και συν., 2017).

Συστατικά Θεραπευτικής Σχέσης

Ο Rogers (1957) ερεύννησε και ανέπτυξε τα βασικά συστατικά που συντελούν στην ανάπτυξη και την σύσταση της θεραπευτικής σχέσης. Αρχικά, θεραπευτής και θεραπευόμενος βρίσκονται σε «ψυχολογική επαφή», με τον θεραπευτή να τον απασχολεί μία δυσκολία που αντιμετωπίζει και τον θεραπευτή να είναι σε θέση που μπορεί να τον βοηθήσει. Η ενσυναίσθηση, ο σεβασμός και η μεταδοτικότητα είναι τα συστατικά πάνω στα οποία θα εξελιχθεί η θεραπευτική σχέση (Gelso, 2014).

Ο χρόνος είναι σημαντικός συντελεστής για την καλλιέργεια και την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης. Απαιτείται χρόνος, ώστε να αναπτυχθεί η εμπιστοσύνη του συμβουλευόμενου για τον σύμβουλο και να εισέλθει σε πιο ενδόμυχες αποκαλύψεις σχετικά με τα ζητήματα που τον απασχολούν. Από την άλλη, είναι εξίσου σημαντικός ο παράγοντας του χρόνου για κάποιες παρεμβάσεις του σύμβουλου για τις οποίες προαπαιτείται ένα καλό επίπεδο επικοινωνίας και μία σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσά τους. Σε έρευνα των Shafran, Kivlighan, Gelso, Bhatia και Hill (2017) διαπιστώθηκε πως οι πιο πρώιμες και άμεσες παρεμβάσεις των θεραπευτών βαθμολογήθηκαν χαμηλότερα ως προς την θεραπευτική συμμαχία από παρεμβάσεις που συνέβησαν σε

δεύτερο χρόνο (Shafran και συν., 2017). Από την άλλη, πράξεις ενσυναίσθησης που συμβαίνουν σε πρώιμα στάδια της ψυχοθεραπείας, έχει βρεθεί ότι ενδυναμώνουν την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας (McClintock, Anderson, Patterson και Wing, 2018)

Από την πλευρά του θεραπευτή, οι αξίες, τα πιστεύω και οι προκαταλήψεις του θεραπευτή ενδέχεται να επηρεάσουν σημαντικά την θεραπευτική σχέση. Αυτό σημαίνει ότι ο θεραπευτής απαλλαγμένος από τα παραπάνω οφείλει να ακούει προσεκτικά και ενεργητικά τον κάθε θεραπευόμενο προκειμένου να τον βοηθήσει αποτελεσματικά, να μείνει ανεπηρέαστος από τυχόν προϋπάρχουσες ταμπέλες και διαγνώσεις που θα τον εμποδίσουν από τον να τον γνωρίσει από την αρχή και να αποκτήσει μία καθαρή εικόνα για την περίπτωσή του. Η αμφιθυμία του θεραπευτή προκύπτει από τα αντικρουόμενα συναισθήματα που ενδέχεται να προκύψουν κατά την επαφή του με τον συμβουλευόμενο που βιώνει ως επαγγελματίας από την μία και ως άνθρωπος από την άλλη. Η εποπτεία, η συνεχής εκπαίδευση και εξάσκηση αναστοχαστικών διαδικασιών μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στην πρόληψη και αποτροπή τέτοιων παρεμβάσεων (Σταλίκας, 2005).

Το πολιτισμικό υπόβαθρο ενδέχεται να επιδρά στην αντίληψη και την κοσμοθεωρία ανάμεσα σε δύο άτομα προερχόμενα από διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες. Στην περίπτωση όμως της θεραπευτικής σχέσης, ειδικότερα για τον θεραπευτή, αναμένεται να είναι απαλλαγμένος από τέτοιου είδους πεποιθήσεις, ενώ επιπρόσθετα οφείλει να είναι ενημερωμένος σχετικά με τα χαρακτηριστικά και τις συνήθειες που φέρει η πολιτισμική ομάδα του θεραπευόμενου, πως μπορεί αυτές να επηρεάσουν την θεραπεία καθώς και να κατέχει τις απαραίτητες δεξιότητες που θα χρειαστεί στην συνδιαλλαγή του και το θεραπευτικό αποτέλεσμα, όπως αυτές ταιριάζουν στους διαφορετικούς πολιτισμούς (Wampold, 2015). Σε πρόσφατη

έρευνα, βρέθηκε ότι η εθνικότητα του θεραπευόμενου επηρέασε θετικά την θεραπευτική συμμαχία και εξηγείται από τους ερευνητές με δύο τρόπους: σε αντίθεση με προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα που σε περιπτώσεις διαφορετικών πολιτισμικών ταυτοτήτων μεταξύ θεραπευτών και θεραπ/μενων, αναμένονταν από τους θεραπευόμενους χαμηλότερα επίπεδα κατανόησης και ενσυναίσθησης από την πλευρά του θεραπευτή (Thompson, Bazile και Akbar, 2004), οι ερευνητές εξηγούν πως λόγω της πολιτισμικής διαφορετικότητας, οι θεραπ/μενοι αναμένουν περισσότερο ενθουσιασμό και υψηλότερους βαθμούς συμμαχίας, κάτι που θα ωφελήσει και μελλοντικά την σχέση ανάμεσά τους. Σύμφωνα με την δεύτερη εξήγηση των ερευνητών, η πολιτισμική ικανότητα του θεραπευτή μπορεί να είναι μία μόνο πλευρά της γενικότερης δεξιότητας της θεραπευτικής σχέσης, η οποία αποτελείται από την ενσυναίσθηση και την σύναψη θεραπευτικών σχέσεων (Nienhuis και συν., 2018). Κάποιες από τις διαπολιτισμικές δεξιότητες που θα βοηθήσουν τον θεραπευτή στην ενδυνάμωση της θεραπευτικής συμμαχίας με θεραπευόμενους με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο έχει βρεθεί ότι είναι η πολυπολιτισμική ικανότητα, η ισότητα και η ενδυνάμωση (Davis, Ancis και Ashby, 2015).

Η αυτογνωσία του θεραπευτή, σχετικά με τα προσωπικά και επαγγελματικά του χαρακτηριστικά ως προς το πώς επηρεάζουν την σχέση του με τον θεραπ/μενο και τελικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αποδεικνύεται ερευνητικά, καθώς σε πρόσφατη έρευνα των Heinonen και συν. (2014) εξετάστηκε το κατά πόσο τα προ θεραπείας χαρακτηριστικά του θεραπευτή (όπως αυτά μετρήθηκαν με κλίμακα αυτό-αξιολόγησης) μπόρεσαν να προβλέψουν τα επίπεδα της συμμαχίας (της κλίμακας WAI που χορηγήθηκε σε θεραπευτή και θεραπ/μενο). Τα αποτελέσματα, επιβεβαιώνουν την παραπάνω θεώρηση, καθώς οι βασικές αυτό-αξιολογούμενες διαπροσωπικές ικανότητες του θεραπευτή συνδέθηκαν με καλύτερα επίπεδα

συμμαχίας. Ωστόσο, και αυτή η έρευνα επιβεβαιώνει την διαφορετική θεώρηση θεραπευτή και θεραπευόμενου για την θεραπευτική σχέση: η επαγγελματική αυτοπεποίθηση του θεραπευτή, η απόλαυση της εργασίας του και οι προσωπικές του εμπειρίες, αποδείχθηκαν πιο σημαντικές για τον ίδιο και λιγότερο για τον θεραπευόμενο (Heinonen και συν., 2014).

Οι θεωρητικές Προσεγγίσεις για την Θεραπευτική Σχέση

Ψυχοδυναμική Προσέγγιση

Ο Freud (1913) μιλώντας για την μεταβίβαση, τοποθέτησε την σχέση κατά την οποία ο αναλυόμενος προβάλλει στον θεραπευτή του φιγούρες και πρότυπα των σημαντικών άλλων, σε φαντασιακό επίπεδο, ενώ λίγο αργότερα αναθεώρησε εξηγώντας πως είναι δυνατόν να αποτυπώνεται και στην πραγματικότητα μία θετική σχέση μεταξύ των δύο προσώπων, μία συμμαχία για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η νεύρωση του αναλυόμενου (Lingiardi και Colli, 2015. Σταλίκας και Μερτίκα, 2004).

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση παρουσιάζει για πρώτη φορά την έννοια της θεραπευτικής σχέσης το 1934 όταν ο Sterba έκανε λόγο για την Συμμαχία του Εγώ (Ego Alliance) η οποία, σε αντίθεση με την αρχική τοποθέτηση του Freud, λαμβάνει χώρα απόλυτα στην πραγματικότητα και στο μέρος της προσωπικότητας Εγώ. Συγκεκριμένα, ο αναλυτής συμμαχεί με τα υγιή κομμάτια του Εγώ του αναλυόμενου, κάτι που λειτουργεί κινητοποιητικά για τον αναλυόμενο, ενώ παράλληλα τον βοηθάει να διαχωρίσει τα φαντασιακά του στοιχεία από την πραγματικότητα. Ο αναλυόμενος καλείται να εντοπίσει και να διαχωρίσει το «εδώ και τώρα» στην θεραπεία από τις φαντασιώσεις του γι' αυτή. Για τον ορισμό του Sterba, το τμήμα του Εγώ στον

αναλυόμενο πρέπει να είναι επαρκώς αναπτυγμένο για να ισχύσουν τα παραπάνω σε μία ψυχοθεραπεία (Doran, 2016).

Η Zetsel (1956) εισάγει τον όρο θεραπευτική συμμαχία με τον οποίο διαχωρίζει την μεταβίβαση από την σχέση αναλυτή-αναλυόμενου που συμβαίνει σε πραγματικό επίπεδο σε μία θεραπεία. Τονίζει ωστόσο, ότι το ένα είναι σημαντική προϋπόθεση για το άλλο. Συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι σε μία θεραπεία ο αναλυόμενος προσκολλάται στην αναλυτή, αναβιώνοντας την σχέση μητέρας-παιδιού. Όταν έχει αναπτυχθεί μία σχέση με θετική συμμαχία, ο αναλυόμενος ωφελείται καθώς μπορεί να κατανοήσει και να ανταποκριθεί πιο αποτελεσματικά στις παρεμβάσεις του αναλυτή. Και η Zetsel τονίζει το Εγώ ως απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη της συμμαχίας (Doran, 2016).

Ο Greenson (1965) στο άρθρο του “The Working Alliance and the Transference Neuroses” ορίζει την θεραπευτική συμμαχία με το να είναι ο αναλυόμενος σε θέση να δουλέψει αποτελεσματικά με την αναλυτική μέθοδο, ενώ προσθέτει ότι αποτελείται από τρία μέρη: την θεραπευτική συμμαχία, την μεταβίβαση και την πραγματική σχέση. Στον ορισμό του για την θεραπευτική συμμαχία, προσθέτει την τρυφερότητα και την ικανότητα να διαχωρίζει την μεταβίβαση από την συμμαχία για την πλευρά του αναλυτή και την ικανότητα για δουλειά για την θεραπεία του για την πλευρά του αναλυόμενου (Hill και Knox, 2009).

Η επόμενη περίοδος, βρίσκει την έννοια της θεραπευτικής σχέσης να επεκτείνεται από την ψυχαναλυτική θεώρηση και στις υπόλοιπες προσεγγίσεις καθώς και να μελετάται ερευνητικά. Το παν-θεωρητικό μοντέλο του Bordin (1994) ορίζει την θεραπευτική συμμαχία ως την κοινή κατανόηση και συμφωνία για τους στόχους της αλλαγής και τις απαραίτητες εργασίες για την πραγμάτωση αυτών των στόχων

μαζί με την εγκατάσταση του δεσμού που θα διατηρήσει τον συνεργατικό χαρακτήρα της σχέσης θεραπευτή και θεραπευόμενου (Bordin, 1994). Η βασική ιδέα στο μοντέλο αυτό είναι πρώτον, ότι κάθε μορφή θεραπείας φέρει απαιτήσεις και προσδοκίες και από τις δύο πλευρές και, δεύτερον, ότι η συμμαχία είναι δυνατή στο βαθμό που θεραπευτής και θεραπευόμενος μπορούν να μιλήσουν για τις προσδοκίες τους από την θεραπεία και, πιο συγκεκριμένα, να διαπραγματεύονται τις τρεις βασικές συνιστώσες: τις εργασίες (tasks), τους στόχους (goals) και την σχέση τους (bond). Η θεώρηση του Bordin για την θεραπευτική συμμαχία έχει επικρατήσει και εμπνεύσει μετέπειτα θεωρήσεις και έρευνες. Έχει επηρεαστεί αρκετά από την ψυχοδυναμική θεώρηση και ειδικότερα από τον Greenson (1967) και την Zetzel (1956), αλλά ξεχωρίζει γιατί εξετάζει την θεραπευτική συμμαχία ως αυτόνομο θεραπευτικό παράγοντα και όχι ως έναν δευτερεύον παράγοντα για κάποιον άλλον όπως πχ η ερμηνεία (Lingiardi και Colli, 2015).

Οι Gelso και Carter (1994) μελετώντας ερευνητικά την θεώρηση και το τριμελές μοντέλο του Greenson, καταλήγουν ότι η θεραπευτική σχέση αποτελείται από την μεταβίβαση, την πραγματική σχέση και την θεραπευτική συμμαχία, ενώ ειδικότερα για το πρώτο στοιχείο παρατηρούν ότι η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση είναι παρούσες σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις παρόλο που στην ψυχαναλυτική θεωρούνται βασικό στοιχείο για μία αποτελεσματική ψυχανάλυση. Ως πραγματική σχέση ορίζουν την σχέση που αναπτύσσεται χωριστά από τα στοιχεία της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης, ενώ προσθέτουν ότι η αυθεντικότητα και η ρεαλιστική αντίληψη, τόσο για τον αναλυτή όσο και για τον αναλυόμενο (επισημαίνεται ότι αυτό ισχύει ακόμα και για τις περιπτώσεις αναλυόμενων που η λειτουργία της ρεαλιστικής αντίληψης έχει μειωθεί πάραυτα η δυνατότητα ανάπτυξης σχέσης υπάρχει, σύμφωνα με τους ερευνητές) είναι τα στοιχεία που βοηθάνε στην

ανάπτυξή της. Σχετικά με την αρχή της αυθεντικότητας, οι ερευνητές διαφοροποιούνται από την θεώρηση του Rogers κατά τον οποίο ήταν περισσότερο παράγοντας για την ανάπτυξή της, ενώ εδώ παρουσιάζεται ως ενδυναμωτής μίας ήδη υπάρχουσας θετικής σχέσης. Ως προς το τρίτο μέλος, την θεραπευτική συμμαχία, η οποία σύμφωνα με την θεώρησή τους έχει και την μεγαλύτερη βαρύτητα ανάμεσα σε αυτά τα τρία, οι ερευνητές συμφωνούν με τον ορισμό του Bordin: αποτελείται από τον συναισθηματικό δεσμό μεταξύ των δύο μελών καθώς και την συμφωνία τους ως προς τους στόχους και τα δραστηριότητες της θεραπείας. Ο λόγος που η θεραπευτική συμμαχία είναι πιο σημαντική φαίνεται και από το γεγονός ότι η ίδια παραμένει αυτόνομη και ανεξάρτητη από τα άλλα δύο στοιχεία, τα οποία εκτός από αλληλο-αποκλειόμενα, μεταβάλλονται ανάλογα με τον χρόνο, η αναλογία τους στο τριμελές σύνολο της θεραπευτικής σχέσης (Gelso, 2011, 2014; Gelso και Bhatia, 2012; Gelso και Carter, 1994; Gelso και Hayes, 1998; Gelso και Samstag, 2008).

Η κριτική που έχει ασκηθεί στο μοντέλο των Gelso και Carter (1994) περιλαμβάνει την αμφισβήτηση της άποψης ότι και τα τρία μέλη του μοντέλου τους ενυπάρχουν σε όλες τις προσεγγίσεις καθώς στις ψυχοδυναμικές δίνεται έμφαση στην μεταβίβαση και την θεραπευτική συμμαχία, ενώ στις ανθρωπιστικές το μέρος της μεταβίβασης δεν θεωρείται τόσο σημαντικό. Ένα άλλο σημείο στο οποίο ασκήθηκε κριτική, έχει να κάνει με την σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με την πραγματική σχέση καθώς για πολλούς ελάχιστα διαφέρουν μεταξύ τους αφού και οι δύο βασίζονται στην συμφωνία των δύο μελών και την διάσταση του εδώ και τώρα. Από την άλλη, κάποιοι ψυχαναλυτές θεωρούν ότι η ενασχόληση του αναλυτή με την συμμαχία μπορεί να λειτουργήσει σε βάρος της προσέγγισής του καθώς στην ψυχοδυναμική θεωρία η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση διέπουν ολόκληρη την θεραπευτική σχέση. Μία διαφορετική πρόταση, υποστηρίζει πως το τριμερές αυτό

μοντέλο θα ήταν πιο ολοκληρωμένο αν στην θεώρηση της θεραπευτικής συμμαχίας, λαμβάνονταν εξίσου υπόψη το παρελθόν (Watkins, 2015).

Στην θεώρηση της ψυχοδυναμικής προσέγγισης της θεραπευτικής σχέσης, εντάσσονται και οι θεωρήσεις προσκόλλησης και αντικειμενοτρόπων σχέσεων καθώς σύμφωνα με αυτές, η σχέση με τον θεραπευτή αποτελεί ένα ακόμα είδος προσκόλλησης και σχέσης με το αντικείμενο. Σύμφωνα με το μοντέλο του Bowlby (1995) για την προσκόλληση, ο θεραπευόμενος αναπαράγει στην θεραπεία τα πρότυπα σχέσεων και τα μοντέλα προσκόλλησης που έχει μάθει και χρησιμοποιεί μέχρι τώρα στην ζωή του. Η θεραπεία έγκειται στο να διορθωθούν τα δυσλειτουργικά σημεία στα παραπάνω πρότυπα καθώς η σχέση με τον θεραπευτή θεωρείται μία νέα επανορθωτική εμπειρία προηγούμενης μη ασφαλούς προσκόλλησης. Ο θεραπευτής αποτελεί το πρόσωπο στο οποίο θα προσκολληθεί ο θεραπευόμενος, ο οποίος επιζητά και θα λάβει εγγύτητα, σιγουριά και ασφάλεια και έτσι θα δημιουργήσει ένα νέο πρότυπο ασφαλούς προσκόλλησης το οποίο θα υιοθετήσει και θα γενικεύσει και στην υπόλοιπη ζωή του (Horvath et. al, 2011). Σε σχέση με το τριμελές μοντέλο των Gelso και Carter και την θεραπευτική συμμαχία του Bowlby, η προσκόλληση μοιάζει με τον συναισθηματικό δεσμό, ενώ διαφοροποιείται ως προς το ότι η προσκόλληση είναι η ίδια δημιουργία δεσμού, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε συμφωνία ως προς τους στόχους και τις δραστηριότητες και τελικά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Budge και Wampold, 2015).

Ανθρωπιστική Προσέγγιση

Σύμφωνα με τον Rogers (1951, 1957), τον ιδρυτή της ανθρωπιστικής/πελατοκεντρικής προσέγγισης, το βασικό αίτιο της ανθρώπινης

δυσλειτουργίας έγκειται στο γεγονός ότι ο άνθρωπος έχει χάσει την επαφή με τον εαυτό και τις αληθινές ανάγκες του. Μέσα από την ψυχοθεραπεία, καλείται με την βοήθεια του θεραπευτή, να αναπτύξει και πάλι τον εσωτερικό του διάλογο και να κατευθυνθεί προς τον πραγματικό εαυτό του (Σταλίκας και Μερτίκα, 2004).

Η ανθρωπιστική προσέγγιση, ορίζει την θεραπευτική σχέση με βάση τα χαρακτηριστικά του ανθρωπιστή/πελατοκεντρικού θεραπευτή: αυθεντικότητα, σεβασμός και ενσυναίσθηση. Δεν δίνεται τόσο έμφαση σε τεχνικές, παρεμβάσεις, ασυνείδητο υλικό όσο στην σχέση ως βασικό θεραπευτικό μέσο. Ο δεσμός είναι πιο σημαντικός από ότι οι επιμέρους στόχοι και δραστηριότητες. Μάλιστα, κατά την προσπάθεια του ατόμου να έρθει πιο κοντά στον εαυτό του, ο θεραπευτής αφήνει τον θεραπευόμενο να διαλέξει ο ίδιος τους στόχους της θεραπείας του, ενώ ο θεραπευτής εξασφαλίζει τις τρεις απαραίτητες συνθήκες. Μετέπειτα έρευνες οδήγησαν στην κριτική που ασκήθηκε σε αυτή την βασική ροτζεριανή θέση, σύμφωνα με την οποία η στάση του θεραπευτή με βάση τα τρία αυτά χαρακτηριστικά δεν αρκεί από μόνη της να εξηγήσει τον ρόλο της θεραπευτικής σχέσης. Αν και ήταν ο πρώτος που μίλησε για την σημασία της σχέσης ανάμεσα στον θεραπευτή και τον πελάτη, δεν έδωσε αρκετή έμφαση στον ρόλο του πελάτη και στην συνεισφορά του στην θεραπεία.

Στην αντίθετη θέαση του ρόλου του θεραπευτή, έρχεται να απαντήσει το μοντέλο της Κοινωνικής Επιρροής που ασκεί ο θεραπευτής στον θεραπευόμενο των LaCrosse (1980) και Strong (1968) (Σταλίκας και Μερτίκα, 2004). Σύμφωνα με αυτό, η άποψη του θεραπευόμενου για την αξιοπιστία, την ελκυστικότητα και την επιστημονική αυθεντία του θεραπευτή μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την θεραπευτική σχέση και να οδηγήσει σε θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυτό συμβαίνει καθώς η αύξηση της επιρροής του πρώτου συμβάλλει στην ενίσχυση της σχέσης μεταξύ τους οδηγώντας έτσι στην αλλαγή. Τα ερευνητικά αποτελέσματα σε επίπεδο κλινικής πρακτικής δεν

επιβεβαίωσαν την παραπάνω θεωρία ωστόσο καθώς, ενώ τα τρία αυτά χαρακτηριστικά του θεραπευτή συνδέονταν με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, το εύρημα αυτό δεν ήταν σταθερό σε διαφορετικές προσεγγίσεις (Green, 2017).

Το κοινό σημείο ανάμεσα στις δύο παραπάνω θεωρήσεις, αποτελεί το ότι δεν υπάρχει ισοδυναμία στον ρόλο μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου ως προς την συμμετοχή και συνεισφορά τους στην θεραπευτική συμμαχία άρα και στην σχέση (Hamovitch, Choy-Brown και Stanhope, 2018). Στην ροτζεριανή θεώρηση δεν φαίνεται να συμβάλει στην εδραίωση και ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης ο θεραπευόμενος παρά μόνο τα τρία ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του θεραπευτή, ενώ στο μοντέλο της Κοινωνικής επιρροής δεν δίνεται σημασία στην συνεισφορά του θεραπευόμενου (Σταλίκας και Μερτίκα, 2004).

Γνωστικό-Συμπεριφορική Προσέγγιση

Η γνωστικό συμπεριφορική προσέγγιση μόλις το 1970 ασχολήθηκε με την σημασία της έννοιας της θεραπευτικής σχέσης στην θεραπεία και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Μέχρι τότε μέγιστης σημασίας ήταν οι κυρίως οι τεχνικές τις οποίες διδασκόταν ο θεραπευόμενος από τον θεραπευτή. Στην συνέχεια όμως, αυτή η μορφή θεραπείας με την μορφή της μάθησης δεν ήταν αρκετή για την αντιμετώπιση αιτημάτων τα οποία ενείχαν παθολογικά στοιχεία όπως πχ χαρακτηρολογικά, δυσκολίες στις σχέσεις και ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας. Έτσι δόθηκε η δέουσα σημασία της σχέσης ανάμεσα στο θεραπευτή και τον θεραπευόμενο η οποία οδηγεί στην αλλαγή (Leahy και Gilbert, 2007).

Ήδη ο Beck (1979, 1995) έχει μιλήσει για τον συνεργατικό εμπειρισμό που αφορά την διαδικασία κατά την οποία θεραπευτής και θεραπευόμενος εξάγουν

υποθέσεις για την παρούσα προβληματική κατάσταση του θεραπευόμενου και στην συνέχεια τον εμπειρικό έλεγχο αυτών. Ο ειδικός εξετάζει την περίπτωση υπό το επιστημονικό πρίσμα, ενώ ο πελάτης γνωρίζοντας ο ίδιος καλύτερα από τον καθένα την κατάστασή του. Στόχος είναι η θεραπεία και η αλλαγή, η οποία επιτυγχάνεται μέσα από την αναγνώριση των δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων και σχημάτων του ατόμου και η αντικατάστασή τους εν συνεχεία από λειτουργικότερες μορφές αυτών. Τα νέα αυτά σχήματα δίνονται από τον θεραπευτή στον θεραπευόμενο με την διαδικασία της μάθησης. Είναι βασικό ωστόσο για την επιτυχή ενδοβολή αυτών των νέων, λειτουργικών συμπεριφορών, η διαδικασία αυτή να γίνει έχοντας οικοδομηθεί πρώτα μία σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού, μία συμμαχία δηλαδή ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο (Kazatzis, 2018).

Η σχέση αυτή μπορεί να λειτουργήσει και να οδηγήσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα της αλλαγής με τέσσερις βασικούς τρόπους στην συγκεκριμένη επιστημονική προσέγγιση: Αρχικά, ο συναισθηματικού τύπου δεσμός που δημιουργείται ανάμεσα στις δύο πλευρές λειτουργεί ως ενισχυτής της προσπάθειας του ατόμου. Επιπλέον, ο δεσμός αυτός μπορεί να μετατρέψει την εικόνα του ειδικού σε πρότυπο μίμησης και συμπεριφοράς στα μάτια του θεραπευόμενου κάτι που συμβάλει στην διαδικασία της μάθησης με πιο αποτελεσματικό τρόπο. Η συνεργατική σχέση συμβάλει επίσης στον από κοινού καθορισμό των στόχων και των εργασιών και την ενεργητική συμμετοχή του θεραπευόμενου στην διαδικασία μάθησης. Ο τελευταίος και ο πιο σημαντικός τρόπος που η θεραπευτική σχέση συνδέεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι η αντιμετώπιση της αντίστασης του θεραπευόμενου (Jazaieri, Goldin και Gross, 2018). Ερχόμενοι και στις νεότερες εφαρμογές της γνωστικοσυμπεριφορικής προσέγγισης, οι θεραπευτές χρησιμοποιούν την

θεραπευτική συμμαχία ακόμα και στο αρχικό στάδιο της εξαγωγής υποθέσεων σχετικά με τα σχήματα των σχέσεων του θεραπευόμενου (Haug και συν., 2016)

Τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την ισχύ της θεραπευτικής σχέσης στην γνωστικοσυμπεριφορική κατεύθυνση δείχνουν συχνά αντιφατικά. Σε έρευνα μετα-ανάλυσης των Cameron, Rodgers και Dangnan (2018) επιβεβαιώθηκαν προηγούμενα ευρήματα σχετικά με το πόσο μπορούν να επωφεληθούν θεραπευόμενοι με την διάγνωση της κατάθλιψης από παρεμβάσεις γνωστικο-συμπεριφορικής προσέγγισης όταν τα επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας ήταν υψηλά, ενώ σε έρευνα που μετρούσε την προβλεπτική ισχύ της ικανότητας του θεραπευτή και της θεραπευτικής συμμαχίας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε γνωστικο-συμπεριφορικές παρεμβάσεις σε ενήλικες για Διαταραχή Γενικευμένου Στρες και Διαταραχή Πανικού, βρέθηκε ότι υψηλά επίπεδα συμμαχίας μπόρεσαν να συσχετιστούν με καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ χαμηλότερα επίπεδα συνδέθηκαν με την εγκατάλειψη της θεραπείας (Haug και συν.,2016).

Από την άλλη, υποστηρίζεται ότι η συνεισφορά των κοινών παραγόντων εξαρτάται από το είδος της παρέμβασης καθώς και της διαταραχής κάτι που επιβεβαιώνεται και από έρευνα σύγκρισης γνωστικο-συμπεριφορικής παρέμβασης και παρέμβασης μείωση άγχους βασισμένη στην ενσυνειδητότητα σε γκρουπ ενηλίκων με αγχώδη κοινωνική διαταραχή. Τα αποτελέσματα σχετικά με τον ρόλο της θεραπευτικής συμμαχίας έδειξαν ότι στο γκρουπ της παρέμβασης την μείωση του άγχους με βάση την ενσυνειδητότητα, μπορούσε να προβλέψει την μακροπρόθεσμη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους, κάτι που δεν επιβεβαιώθηκε για το γκρουπ της συμπεριφορικο-γνωστικής παρέμβασης (Jazaieri, Goldin και Gross, 2018).

Συστημική Προσέγγιση

Εξετάζοντας το σύνθετο και πολύ-παραγοντικό θέμα της εξάρτησης από παράνομες ουσίες και αλκοόλ, υπογραμμίζεται από την βιβλιογραφία ο κρίσιμος ρόλος της οικογένειας τόσο για την εγκατάσταση και εδραίωση όσο και την θεραπεία των προβλημάτων της ουσιοεξάρτησης, μέσω της αύξησης της ατομικής και ενδοοικογενειακής ανθεκτικότητας, του εντοπισμού δυσλειτουργικών γονικών συμπεριφορών καθώς και της ενδυνάμωσης ενός ασφαλούς τύπου γονεϊκού δεσμού (Pomini και Mellos, 2014). Στην ιστορική αναδρομή των απαρχών -ήδη από την δεκαετία του 1950 και την δραστηριότητα των Βασιλείου, έως την μετέπειτα ανάπτυξη και την σημερινή θέση της συστημικής προσέγγισης στην χώρα μας, η συστημική θεώρηση παρομοιάζεται με τον δομημένο και αναπαραγωγικό χαρακτήρα της ελληνικής οικογένειας (Tseliou, 2013).

Στην ίδια κατεύθυνση με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, η συστημική προσέγγιση για πολλά χρόνια, δεν φαίνεται να έδωσε αρκετή έμφαση στο πεδίο της θεραπευτικής σχέσης, στην προσπάθειά της για διαφοροποίηση από την ψυχοδυναμική θεωρία. Από το δομικό μοντέλο του Salvador Minuchin (1974) και έπειτα, η συστημική προσέγγιση δίνει στην θεραπευτική σχέση τον ρόλο που της αρμόζει στην θεραπευτική διαδικασία είτε αξιοποιώντας έννοιες όπως η ενσυναίσθηση, η προσοχή, η κατανόηση και η ακρόαση από άλλες προσεγγίσεις, είτε διαμορφώνοντας νέους όρους που περιγράφουν την ιδιαίτερη φύση της συστημικής ψυχοθεραπείας όπως είναι ο όρος των *πολλαπλών δεσμών*.

Κατά την πρώτη κυβερνητική και το στρατηγικό μοντέλο, όπως διαμορφώθηκε από τους Haley (1973) και Selvini Palazzoli (1978), η θεραπευτική σχέση θεραπευτή

και οικογένειας θα μπορούσε να περιγραφεί ως στρατηγική άμυνας με στόχο την αλλαγή, το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα, περιοριζόταν στον έλεγχο που ο πρώτος όφειλε να διατηρήσει με τρόπους όπως το να διαχωρίζει την θέση του από το φάσμα της αλληλεπίδρασης των μελών εντός της συνεδρίας και τις προσπάθειες για διατήρηση της ομοιόστασης, το να προβλέπει τις αντιδράσεις των μελών κατά την ώρα της συνεδρίας και να παρακάμπτει αποτελεσματικά άμυνες και αντιστάσεις των θεραπευομένων μελών (Πομίνι και Τομαράς, 2015).

Σημαντική μετακίνηση στην παραπάνω θεώρηση αποτέλεσε η οπτική του δομικού μοντέλου του Salvatore Minuchin (1974) σύμφωνα με τον οποίο η σχέση που θα αναπτυχθεί ανάμεσα στον θεραπευτή και την οικογένεια αποτελεί την βάση για την δόμηση της αλλαγής, της συνολικής θεραπευτικής διαδικασίας. Ο βαθμός εγγύτητας της θεραπευτικής σχέσης δεν προκαθορίζεται από κάποιο θεωρητικό μοντέλο, αλλά είναι ανάλογο με την προσωπικότητα και την ενσυναίσθηση που διαθέτει ο εκάστοτε θεραπευτής. Τέσσερις αρχές διέπουν την θεραπευτική στάση του ειδικού σε όλα τα στάδια της θεραπείας (αρχική, κεντρική και τελική φάση): η *σύνδεση (joining)*, όπου ήδη από την πρώτη συνεδρία ο θεραπευτής καλείται να συνδεθεί με την οικογένεια, κάτι που θα αποτελέσει την βάση για την συνολική διαδικασία της θεραπείας, την *προσαρμογή (accommodation)* του θεραπευτή στο στυλ (τρόποι και εκφράσεις επικοινωνίας) της οικογένειας, την *δέσμευση (engagement)* και την *αποδέσμευση (dis-joining)* στο τελικό στάδιο (Minuchin, 2013).

Οι «οδηγίες» της ομάδας του Μιλάνου σηματοδοτούν την μετάβαση από την πρώτη στην δεύτερη κυβερνητική. Η *κυκλικότητα*, το να προσδιορίζεται δηλαδή η δράση του θεραπευτή από την ανατροφοδότηση που λαμβάνει από τα μέλη της οικογένειας, η διατύπωση των *υποθέσεων* που σύμφωνα με τον Cecchin (1988) ο θεραπευτής επικοινωνεί με το σύστημα μέσω των υποθέσεων ακόμα και αν αυτές δεν

εστιάζουν απόλυτα στην δυσλειτουργία του συστήματος και η τήρηση *ουδέτερης στάσης* από τον θεραπευτή, όπου το κάθε μέλος αισθάνεται την ξεχωριστή και ταυτοχρόνως ισότιμη συμμαχία με τον θεραπευτή, είναι έννοιες που πραγματώνονται βασισμένες σε μία καλά εδραιωμένη σχέση (Bertrando, 2006. Πομίни και Τομαράς, 2015).

Από το 1980 έως σήμερα γίνεται λόγος για την δεύτερη κυβερνητική στην συστημική θεραπεία. Ο θεραπευτής δεν διατηρεί πλέον στάση εξωτερικού παρατηρητή, αλλά εισχωρεί στο σύστημα και στην προσπάθεια να το κατανοήσει, συμμετέχει σε αυτό, σεβόμενος πάντα την ισορροπία και τους υφιστάμενους ρόλους της οικογένειας. Αντί για ουδετερότητα γίνεται λόγος για περιέργεια και αντί για στρατηγική, εφαρμόζεται η αισθητική προσέγγιση του συστήματος. Μετά την έμφαση της συστημικής προσέγγισης στον ρόλο της θεραπευτικής σχέσης, προκύπτουν νέες έννοιες και αναθεωρούνται παλαιότερες από συστημικούς θεραπευτές και ερευνητές. Ο Elkaim (1986) εισάγει τον όρο της *συνήχησης (resonance)* που αποδίδει το φαινόμενο κατά το οποίο το υλικό που φέρνει ο θεραπευόμενος αγγίζει κάτι εσωτερικό στον θεραπευτή, ο οποίος μπορεί πλέον να το αξιοποιήσει θεραπευτικά στην συνεδρία. Η Flaskas (1996, 1997, 2007) τονίζει τον ρόλο της θεραπευτικής σχέσης στην συστημική θεώρηση, εστιάζοντας στην έννοια της *δέσμευσης* και θεωρεί πως είναι η βάση της θεραπευτικής σχέσης, η οποία διέπει την θεραπεία από την εισαγωγική φάση έως τον τερματισμό της. Η δέσμευση είναι αμοιβαία: τόσο ο θεραπευτής προσπαθεί να πλησιάσει την οικογένεια (προσαρμογή στο στυλ της, διαχείριση των αντιστάσεων από μέλη της οικογένειας) όσο και η οικογένεια τον θεραπευτή (εμπιστοσύνη, επικοινωνία, συνεργασία). Η έννοια της δέσμευσης παραλληλίζεται με τον ασφαλή δεσμό του Winnicott κατά την Flaskas: όπως ο ασφαλής δεσμός με την μητέρα προσφέρει ένα υγιές περιβάλλον για την

συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού, έτσι και το *ταίριασμα* με τον θεραπευτή προσελκύει τις *ακολουθίες αλληλεπίδρασης*, όπου τα πρότυπα σχέσεων και συμπεριφορών αναδεικνύονται και μέσω των ψυχοδυναμικών διεργασιών της μεταβίβασης, αντιμεταβίβασης και ταύτισης δουλεύονται κατά την θεραπεία. Ο Rocco (1997) τονίζει την αμοιβαία διάσταση της *κατανόησης* (ο θεραπευτής να δείχνει κατανόηση και ο θεραπευόμενος να νιώθει ότι γίνεται κατανοητός) και τον ρόλο της *ενσυναίσθησης* όχι μόνο ως θεραπευτική στάση του θεραπευτή, αλλά και ως μέσο διερεύνησης. Επιπλέον, όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας μέσω της αναστοχαστικής δεξιότητας συνεισφέρουν στην *υποστήριξη* του οικογενειακού συστήματος (Πομίνι και Τομαράς, 2015).

Έχοντας τονιστεί ο ρόλος του θεραπευτή όχι μόνο ως ειδικός και από την ουδέτερη θέση παρατηρητή, αλλά και ως συμμετέχων στις διεργασίες που συντελούνται κατά την διάρκεια μίας συνεδρίας, είναι σημαντική η επιρροή που ασκεί ως προσωπικότητα, ως πρόσωπο (*therapist's self*). Για τον λόγο αυτό, εκτιμάται ως σημαντική η εποπτεία τόσο με την άμεση μορφή (εποπτεία με την μορφή ανατροφοδότησης και παρεμβάσεων από την θεραπευτική ομάδα πίσω από τον μονόδρομο καθρέπτη) όσο και με την έμμεση (παρουσίαση περιστατικών, συζήτηση υλικού με άλλους επαγγελματίες σε δεύτερο χρόνο) (Τομαράς και Πομίνι, 2008). Το να επεξεργάζεται το προσωπικό υλικό που βιώνει την ώρα της συνεδρίας ή γενικότερα συναισθήματα και στάσεις προς τα μέλη της οικογένειας όπως ο ίδιος τα βιώνει, μπορεί να αξιοποιηθεί θεραπευτικά και να βοηθήσει αποτελεσματικά την οικογένεια, κάτι που είναι πλέον ζητούμενο για την σύγχρονη συστημική θεώρηση, αρκεί να πραγματώνεται με προσεκτική διαχείριση, που απορρέει από προσωπικές διεργασίες του θεραπευτή όπως ο αναστοχασμός και η ενσυναίσθηση.

Τα πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα για τον ρόλο της θεραπευτικής σχέσης από τον χώρο της συστημικής προσέγγισης, είναι κυρίως ποιοτικής μεθοδολογίας που εστιάζουν σε λεπτά, διαπροσωπικά φαινόμενα που συμβαίνουν μέσα σε μία συνεδρία. Η Roy –Chowdhury (2006) εκτιμά ως πιο σημαντικό την δημιουργία ασφαλούς πλαισίου μέσω της δέσμευσης στην θεραπεία και την συγκινησιακή συνεκτικότητα από τις τεχνικές που θα χρησιμοποιήσει ο θεραπευτής. Ο Zimmerman (2011) συνδέει την έννοια της συνεργατικής θεραπείας (collaborative therapy) με την τήρηση στάσης μη ειδικού από τον θεραπευτή (not knowing position) (Anderson και Goolishian, 1992), προβάλλοντας έτσι την ισοτιμία στην σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου. Ωστόσο, το να αγνοήσει κάποιος την διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στους δύο αυτούς ρόλους είναι «επικίνδυνη και παραποιητική» σύμφωνα με τον ερευνητή. Καταλήγει πως ο θεραπευτής δεν καλείται να αγνοήσει την διαφορά εξουσίας, αλλά να την διαχειριστεί συνειδητά και προσεκτικά. Το ζητούμενο δεν είναι τόσο η έμφαση στην διαφορά εξουσίας, αλλά η σημασία στην ποιότητα της σχέσης θεραπευτή και θεραπευόμενου.

Οι Bertrando και Arcelloni (2014) ερεύνησαν τα συναισθήματα που μπορεί να αναπτύξει ένας θεραπευτής και ένας θεραπευόμενος ο ένας για τον άλλον, μέσα από την συνεργασία τους. Εστιάζοντας στην πλευρά του θεραπευτή, η πρόσβαση στο υλικό συναισθημάτων και εικόνων που έχει μέσα του, αποτελεί χρήσιμο υλικό για την θεραπευτική διαδικασία. Η συγκινησιακή κατάσταση ωστόσο δεν είναι πάντα προσβάσιμη και κυρίαρχη (dominant), αλλά και άρρητη (tacite), ενώ, αλλάζει ανάλογα με την θέση που έχει ο θεραπευτής ανάμεσα στο σύστημα, σύμφωνα με τον ερευνητή. Η θεωρία της συγκινησιακής τοποθέτησης, όπως ονομάστηκε, αποδίδει την επεξεργασία των προσωπικών συγκινήσεων του θεραπευτή, ώστε, αλλάζοντας τον εαυτό του και την συγκινησιακή του θέση στο σύστημα, καλεί και τα υπόλοιπα μέλη

να κάνουν το ίδιο, δείχνοντας έτσι την ουδό της αλλαγής. Η αλλαγή πρέπει να είναι γνήσια και όχι μέρος μίας ευρύτερης στρατηγικής του θεραπευτή. Λίγο αργότερα, ο Bertrando (2018) δίνει έμφαση στην αποδοχή και επεξεργασίας των αρνητικών συναισθημάτων που μπορεί να νιώσει ένας θεραπευτής κατά την διάρκεια μίας συνεδρίας, όπως ο θυμός και η πλήξη, ως πολύτιμου υλικού για επεξεργασία για την θεραπευτική αλλαγή. Περιγράφει πως είναι περισσότερο ωφέλιμη η αναγνώριση και η κατανόησή τους παρά η υπερβολική εστίαση και εξωτερίκευση θετικών συναισθημάτων από τον θεραπευτή (Bertrando 2018. Bertrando και Arcelloni, 2014).

Σχετικά με την ευθύνη και τις επιλογές που καλείται να κάνει ο θεραπευτής, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται πως για την σύγχρονη συστημική σχολή, η κάθε επιλογή του θεραπευτή είναι καίριας σημασίας για την πορεία της θεραπείας ωστόσο δεν γίνεται να είναι απόλυτα συνειδητή. Ο Bertrando (2009) ορίζει την ψυχοθεραπεία ως ηθική πρακτική καθώς η ευθύνη για την θεραπεία αφενός δεν μπορεί να οριστεί με αντικειμενικά κριτήρια, αφετέρου η συνάντηση ανάμεσα στον θεραπευτή και στον θεραπευόμενο πέρα από επαγγελματική και επιστημονικά τεκμηριωμένη είναι και μία σχέση ανθρώπινη.

Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της συστημικής θεραπείας είναι ότι η θεραπευτική σχέση δεν περιορίζεται στην μορφή της δυαδικής σχέσης, αλλά σε περιπτώσεις οικογενειακών θεραπειών, παρουσία συν-θεραπευτή και της θεραπευτικής ομάδας πίσω από τον καθρέπτη, γίνεται λόγος για *πολλαπλούς δεσμούς*, ένας όρος που αποδίδει την πολυπλοκότητα των αλληλεπιδράσεων. Ο συντονισμός της θεραπευτικής ομάδας, ο αμοιβαίος σεβασμός, η καλή επικοινωνία και η προετοιμασία, εντείνει την παραγωγική λειτουργία της, μεταδίδεται στην οικογένεια και την κινητοποιεί περαιτέρω για αλλαγή. Όντας ένας χώρος όπου τα παρόντα μέλη καλούνται να αναστοχαστούν πάνω στις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις, η θεραπεία

αποτελεί μία αναδρομική διεργασία του υλικού που φέρνει το κάθε μέλος, οι θεραπευτές, οι θεραπευόμενοι και τα μέλη πίσω από τον καθρέπτη, με στόχο να μπορέσουν να κατανοήσουν και να ψυχοκοιήσουν τόσο το υλικό που φέρνει ο θεραπευόμενος όσο και το υλικό που απορρέει από την αλληλεπίδραση της οικογένειας με την θεραπευτική ομάδα (Πομίνι και Τομαράς, 2015).

Η Θεραπευτική Σχέση στις Εξαρτήσεις

Αν και έχει διαπιστωθεί η σημασία της θεραπευτικής σχέσης στο αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας σε έρευνες που έχουν γίνει για πολλά και διαφορετικά προβλήματα της ψυχικής υγείας, ο τομέας των εξαρτήσεων έχει ερευνηθεί λιγότερο ως προς την μεταβλητή αυτή. Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας είναι ποσοτικής μεθοδολογίας, βασισμένη στις κλίμακες μέτρησης της θεραπευτικής συμμαχίας οι οποίες βαθμολογούνται ξεχωριστά από τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο. Οι πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες είναι το Working Alliance Scale (WAI) των Tracey και Kokotovic (1989), το Helping Alliance Questionnaire (HAQ) των Alexander και Lyborsky (1986) και το California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS) από τους Gaston και Marmar (1991) (Doran, 2016).

Οι παράγοντες που έχει βρεθεί ενισχύουν την θεραπευτική συμμαχία στην θεραπεία εξαρτήσεων είναι η αρχική κινητοποίηση του θεραπευόμενου για θεραπεία (Wolfe και συν., 2013), το στάδιο της αλλαγής στο οποίο βρίσκεται (Emmerling και Whelton, 2009) και η ετοιμότητα για αλλαγή (Connors και συν., 2000). Η σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας έχει βρεθεί επίσης ότι επηρεάζει την παραμονή του θεραπευόμενου στην θεραπεία, αλλά τα ερευνητικά δεδομένα για την άμεση σχέση

της θεραπευτικής συμμαχίας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα στον χώρο των εξαρτήσεων είναι ποικίλα (Meier, Barrowclough, και Donmall, 2005). Ένα ακόμα ενδιαφέρον εύρημα, που δείχνει ότι ο χώρος των εξαρτήσεων διαφέρει ερευνητικά από τον υπόλοιπο χώρο της ψυχικής υγείας, έγκειται στο ότι, ενώ στις έρευνες στην ψυχική υγεία, η θεραπευτική συμμαχία όπως μετριέται από την πλευρά των θεραπ/μενων έχει διαπιστωθεί να σχετίζεται σημαντικότερα με το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε σχέση με τις μετρήσεις των θεραπειών, σε έρευνες στον χώρο των εξαρτήσεων τα δεδομένα για τις μετρήσεις των δύο πλευρών είναι συχνά αντίθετα από τα παραπάνω (Cook, Heather και McCambridge, 2015).

Την σημασία της μέτρησης σχεσιακών παραγόντων στην θεραπεία εξαρτήσεων επισημαίνουν και οι Miller και Moyers (2015) υποστηρίζοντας πώς το να ερευνώνται συγκεκριμένοι θεραπευτικοί παράγοντες όπως για παράδειγμα το μοντέλο εργασίας και η θεραπευτική προσέγγιση, χωριστά από τους μη συγκεκριμένους, κοινούς όπως η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο και η ενσυναίσθηση του θεραπευτή, είναι σαν να παρατηρεί κάποιος το δέντρο και να χάνει το δάσος (Miller και Moyers, 2015).

Ερευνώντας την σχέση του εξαναγκασμού για συμμετοχή σε θεραπεία απεξάρτησης, της θεραπευτικής συμμαχίας και του κινήτρου για θεραπεία σε μελέτη στο Central Coast Drug and Alcohol Service, οι Wolfe, Kay-Lambkin, Bowman και Childs (2013) βρήκαν ότι η ηλικία, η θεραπευτική συμμαχία και η κινητοποίηση συσχετιζόνταν με το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε αντίθεση με τον εξαναγκασμό, ενώ οι θεραπ/μενοι που είχαν υψηλά επίπεδα εξαναγκασμού μπορούσαν να ωφεληθούν από την θεραπεία όταν στόχευαν στην ενδυνάμωση των άλλων δύο παραγόντων. Πιο συγκεκριμένα, η σημασία και η ιδιαιτερότητα της θεραπευτικής συμμαχίας και της κινητοποίησης επισημαίνεται στον πληθυσμό των εξαρτημένων ατόμων για έναν

επιπλέον λόγο: η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ και τις ναρκωτικές ουσίες έχει βρεθεί ότι επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στην φυσική, συναισθηματική, κοινωνική και ψυχολογική λειτουργία του ατόμου (Silveri, Dager, Cohen-Gilbert και Sneider, 2016).

Σε αντίθεση με τις περισσότερες διαταραχές όπου το προφίλ των ατόμων που πάσχουν από αυτές τηρούν ορισμένα χαρακτηριστικά κριτήρια, η ομάδα των ατόμων που έρχονται για απεξάρτηση ποικίλει σε πολλαπλά επίπεδα και η παρέμβαση που απαιτείται είναι αρκετά πολύπλοκη. Αυτό συμβαίνει καθώς στο πρόβλημα της εξάρτησης δύναται να επενεργούν παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη, η εκπαίδευση, ο τρόπος παραπομπής, η ψυχική υγεία, η συννοσηρότητα/διπλή διάγνωση, η προτιμώμενη ουσία καθώς και η συμπεριφορά του ατόμου που σχετίζεται με την χρήση. Σε γνωστικό επίπεδο, τα άτομα αυτά έχουν σοβαρές γνωστικές βλάβες, ελλείμματα στις ικανότητες κρίσης και λήψης απόφασης καθώς και μειωμένη ικανότητα να αναγνωρίσουν την ανάγκη για βοήθεια (DiClemente, Nidecker and Bellack, 2008).

Συγκεκριμένα για το πεδίο της θεραπείας από την εξάρτηση του αλκοόλ, μία από τις πρώτες έρευνες έλαβε χώρα από τους Connors και συν. (1997) πάνω σε δεδομένα της εθνικής (ΗΠΑ) κλινικής δοκιμής του Project MATCH (Project Matching Alcoholism Therapys to Client Heterogeneity; Project MATCH Research Group, 1997) . Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ανάμεσα στους εξωτερικούς και στους εσωτερικούς ασθενείς που συμμετείχαν, οι μετρήσεις της κλίμακας WAI της δεύτερης ομάδας, τόσο των θεραπευτών όσο και των θεραπ/μενων προέβλεψαν μεγαλύτερη δέσμευση στην θεραπεία και θετικά αποτελέσματα σε προβλήματα σχετικά με το αλκοόλ τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. (Maisto και συν.,2015)

Πρόσφατα, πραγματοποιήθηκε έρευνα στο United Kingdom Alcohol Therapy Trial (UKATT) με σκοπό να διαπιστωθούν αρχικά σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της θεραπευτικής συμμαχίας και, στη συνέχεια, κατά πόσο οι μετρήσεις της θεραπευτικής συμμαχίας του θεραπευτή ή/και του θεραπευόμενου μπορούν να προβλέψουν την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της θεραπείας, την κινητοποίηση για αλλαγή μετά την θεραπεία, το αποτέλεσμα 9 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας καθώς και το αν οι σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές αυτές είναι σύμφωνες με την υπόθεση της έρευνας αναφορικά με την σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας στην θεραπεία προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Προς ενίσχυση της διερεύνησης των μεταβλητών αυτών, μετρήθηκε επιπλέον η ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ και οι μέρες αποχής. Βρέθηκε ότι οι παράγοντες που μπορούσαν να προβλέψουν την θεραπευτική συμμαχία από την πλευρά του θεραπευόμενου ήταν η ηλικία του (όσο πιο μεγάλοι σε ηλικία οι θεραπευόμενοι τόσο μεγαλύτερη ήταν η βαθμολογία που έδιναν) και η προ-θεραπείας κινητοποίησή τους. Ως προς τους προβλεπτικούς παράγοντες του θεραπευτικού αποτελέσματος, φαίνεται ότι οι μετρήσεις των θεραπ/μενων προβλέπουν την κατανάλωση αλκοόλ κατά την διάρκεια της θεραπείας, σχετίζονται με την με καλύτερες πιθανότητες ενεργούς κινητοποίησης για αλλαγής μετά την θεραπεία και με την διατήρηση του αποτελέσματος 9 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Η έρευνα αυτή συμφωνεί με τα προαναφερθέντα ευρήματα σχετικά με την σχέση των μετρήσεων της θεραπευτικής συμμαχίας των θεραπ/μένων και των προ της θεραπείας παραγόντων όπως η κινητοποίησή τους. Διαφέρει ωστόσο στο ότι οι μετρήσεις των θεραπ/μενων σχετίζονται πιο σημαντικά με τα παραπάνω αποτελέσματα από τις σχετικές μετρήσεις των θεραπειών. Οι ερευνητές για το

αποτέλεσμα αυτό επικαλούνται την εξήγηση των Horvath και Symonds (1991) κατά την οποία είτε οι θεραπευόμενοι έχοντας προηγούμενη εμπειρία σε συνεργασία με ειδικούς μπορούν να καταλάβουν αν μία σχέση λειτουργεί ή όχι είτε επειδή οι θεραπευτές υπερεκτιμούν το επίπεδο της θεραπευτικής συμμαχίας από νωρίς με συμπεριφορές όπως το να παραβλέπουν την προφανή συμφωνία για μία πραγματική σχέση συνεργασίας. Οι Horvath και συν. (2011) λίγο αργότερα, επαληθεύουν ότι οι συσχετίσεις των μετρήσεων της θεραπευτικής συμμαχίας είναι χαμηλές καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι διαφορές αυτές ενδέχεται να αντικατοπτρίζουν διαφορετικές διαπροσωπικές διαδικασίες (Cook, Heather και McCambridge, 2015).

Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που λειτουργεί ως μεσολαβητής στην σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας και του θεραπευτικού αποτελέσματος έχει βρεθεί ότι είναι η αυτεπάρκεια του θεραπευόμενου σχετικά με την ικανότητα αποχής του από το αλκοόλ. Οι Pgen και συνεργάτες (2006) βασιζόμενοι στα αποτελέσματα της έρευνας του Project MATCH, θέλησαν να εξηγήσουν την σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αναλύοντας την θεραπεία. Υπέθεσαν ότι η αυτεπάρκεια του ατόμου θα μετρίαζε την επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας καθώς, με βάση την θεωρία του Bandura (1997) τα άτομα με χαμηλότερη αίσθηση αυτεπάρκειας τείνουν να επηρεάζονται περισσότερο από εξωτερικούς παράγοντες, συνεπώς ένας θεραπευόμενος με χαμηλή αίσθηση αυτεπάρκειας ως προς την θεραπεία του από το αλκοόλ θα επηρεαστεί από τον θεραπευτή του. Συνεπώς η σύναψη μίας ισχυρής συμμαχίας θα λειτουργούσε προς όφελος, ενώ ασθενούς με χαμηλή αυτεπάρκεια. Η ανάλυση των δεδομένων των εξωτερικών θεραπ/μενων του Project MATCH επιβεβαίωσε την παραπάνω υπόθεση καθώς έδειξε σημαντική αλληλεπίδραση ανάμεσα στην συμμαχία ήδη από την έναρξη της θεραπείας και στην αυτεπάρκεια, η οποία προέβλεπε για το ποσοστό ενός έτους τις μέρες αποχής και την

ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ, μόνο όμως από τις μετρήσεις των θεραπειών (Maisto και συν., 2015).

Πηγαίνοντας ένα βήμα παραπέρα, οι Hartzler, Witkiwitz, Villarroel και Donovan (2011) θέλησαν να εξετάσουν αν η αλλαγή στην αίσθηση αυτεπάρκειας του ατόμου σχετικά με την αποχή του, θα επιφέρει αλλαγές στην μέτρηση του θεραπευόμενου για τον θεραπευτικό δεσμό -το πρώτο από τα τρία συστατικά μέτρησης της συμμαχίας της κλίμακας WAI- και στο αποτέλεσμα του θεραπευόμενου. Χρησιμοποίησαν τα δεδομένα από το ερευνητικό πρόγραμμα COMBINE (COMBINE Study Research Group, 2003). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι η μεταβολή στην αυτεπάρκεια μεσολάβουσε σημαντικά στην συσχέτιση του θεραπευτικού δεσμού και το ποσοστό των ημερών κατανάλωσης αλκοόλ, τις συνέπειες από την κατανάλωση αλκοόλ και την ψυχιατρική λειτουργία σε δωδεκάμηνη επαναληπτική παρακολούθηση, μόνο ωστόσο για εκείνους που έλαβαν παρέμβαση συμπεριφορικής κατεύθυνσης (Hartzler και συν., 2011).

Οι Maisto και συν. (2015) θέλοντας να αναπαράγουν και να επεκτείνουν το έργο των Hartzler και συν. (2011) στο δείγμα των εξωτερικών ασθενών του Project MATCH, μελέτησαν την επίδραση της αυτεπάρκειας του ατόμου ως προς την αποχή του από το αλκοόλ. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την σχέση μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και του θεραπευτικού αποτελέσματος για την απεξάρτηση από το αλκοόλ και την μεσολάβηση της έννοιας της αυτεπάρκειας σε αυτή την σχέση. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η συμμαχία και η αυτεπάρκεια είχαν άμεση επίδραση στην κατανάλωση αλκοόλ προς την βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, ενώ επιβεβαιώθηκε και η σύνδεση μεταξύ της συμμαχίας (των μετρήσεων των

θεραπ/μενων) και της ανάπτυξης της αυτεπάρκειας για όσους θεραπ/μένους έλαβαν CBT παρέμβαση (Maisto και συν., 2015).

Διαφορετικές Οπτικές Θεραπευτή-Θεραπευόμενου στην Θεραπευτική Σχέση

Εκτός από την συνεισφορά της θεραπευτικής σχέσης στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, τα ερευνητικά δεδομένα έχουν επισημάνει τις διαφορετικές προσλαμβάνουσες των δύο μελών της θεραπείας για την θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσά τους με την απόκλιση ανάμεσά τους, σταθερή και στατιστικώς σημαντική (Bachelor, 2013). Οι περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει για την θεραπευτική σχέση, είναι ποσοτικές και με εργαλεία μέτρησης που φαίνεται αντανακλούν την έννοια της θεραπευτικής σχέσης έτσι όπως την εννοεί ο κατασκευαστής της εκάστοτε κλίμακας και όχι όπως βιώνεται από τους συμμετέχοντες στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία (Krause, Altimir και Horvath, 2011). Η χρησιμότητα της ποιοτικής έρευνας στην θεραπευτική σχέση έγκειται στο ότι η ποιότητα και το επίπεδο της εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας μπορεί να μεταβάλλεται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ατόμου (ηλικία, ρόλος στην θεραπεία, επίπεδο ψυχοπαθολογίας) που μας πληροφορεί γι' αυτή (Altimir και συν., 2017). Οι Heinonen και συν. (2014) προτείνουν ότι, το να εστιάσουμε στα χαρακτηριστικά του θεραπευτή που βοηθούν στην ανάπτυξη και την ενδυνάμωση της θεραπευτικής συμμαχίας, είναι ένας φυσικός τρόπος να μάθουμε περισσότερα για την φύση της καθώς και να αυξήσουμε την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Σε πρόσφατη ποιοτική έρευνα με αντικείμενο την υποκειμενική οπτική της θεραπευτικής σχέσης των συμμετεχόντων της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, πραγματοποιήθηκαν ξεχωριστές ημιδομημένες συνεντεύξεις με τον θεραπευτή και με τον θεραπευόμενο, με ερωτήσεις που κάλυπταν διάφορες παραμέτρους της συνολικής διαδικασίας της θεραπείας: αποτίμηση και διαδικασία της θεραπείας, το κίνητρο για αναζήτηση βοήθειας, παρεμβάσεις και σημαντικές στιγμές, τερματισμός της θεραπείας καθώς και το νόημα που είχε για τον συνεντευξιζόμενο οι έννοιες της ψυχικής ασθένειας, της διάγνωσης και της ανάκαμψης. Πιο συγκεκριμένα για την θεραπευτική σχέση, οι συνεντευξιζόμενοι ρωτήθηκαν σχετικά με την αντίληψή τους σχετικά με αυτή κατά την διάρκεια της θεραπείας, τις αλλαγές, τα χαρακτηριστικά της, τα συναισθήματα για τον θεραπευτή/θεραπευόμενο καθώς και την επιρροή της θεραπευτικής σχέσης στην θεραπευτική διαδικασία και αλλαγή. Τα αποτελέσματα από την ανάλυση των συνεντεύξεων, έδειξαν ότι οι διαφορετικές οπτικές θεραπευτή και θεραπευόμενου ως προς την θεραπευτική σχέση αποδίδονται με ένα μοντέλο που αποδίδει την σχέση τους ως προς δύο κεντρικούς τομείς: την τεχνική διάσταση και τους σχετικούς ρόλους που προσδίδουν μία ασυμμετρία στην σχέση τους και την συναισθηματική διάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από συμμετρική αναλογία. Η ασυμμετρία προκύπτει από το γεγονός που έχει επισημανθεί και σε άλλες έρευνες, ως προς το ότι η θεραπευτική σχέση δεν αποτελεί μία ισότιμη σχέση, καθώς ο θεραπευτής έχει τον ρόλο του ειδικού και του υπεύθυνου για την θεραπευτική διαδικασία, αλλά μία συμπληρωματική, μία σχέση συνεργασίας και συμφωνίας ανάμεσα στα δύο μέλη (Krause και συν., 2011). Η συναισθηματική διάσταση αποτελείται από συστατικά όπως την γνήσια στοργή και το ενδιαφέρον του θεραπευτή για τον θεραπευόμενο και την οικειότητα, η οποία, σύμφωνα με τους

συνεντευξιαζόμενους, δομεί μία σχέση εμπιστοσύνης και έτσι η θεραπεία μπορεί να εμβαθύνει σε πιο ριζικά, κύρια θέματα (Altimir και συν., 2017).

Στη δευτερογενή έρευνα των Shatell, Starr και Thomas (2007), αναλύθηκαν δεδομένα συνεντεύξεων από 20 μέλη θεραπευτικής κοινότητας με διαγνωσμένα προβλήματα ψυχικής υγείας (Κατάθλιψη, Άγχος, Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους, Διπολική Διαταραχή, Επιλόχειο Κατάθλιψη, Κρίσεις Πανικού, Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας, Διαταραχή Αντικοινωνικής Συμπεριφοράς, Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και Σχιζοφρένεια), χρήση ουσιών, θύματα ενδοοικογενειακής βίας, έλλειψη στέγασης, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις υπήρχε η διπλή διάγνωση. Εκτός από την σχέση με ειδικούς ψυχικής υγείας, τα μέλη μίλησαν για την θεραπευτική σχέση με το σύνολο του προσωπικού όπως πχ, οι νοσηλεύτριες και οι γενικοί ιατροί. Η ανάλυση των δεδομένων δημιούργησε τρία κεντρικά θέματα για την αντίληψη των μελών για την θεραπευτική σχέση: το σχετίζεσθαι του ειδικού με τον θεραπ/μενο, το να γνωρίσει σε βάθος ο θεραπευτής τον θεραπ/μενο καθώς και την πορεία προς την λύση. Το σχετίζεσθαι αποτελείται από την επιμέρους αίσθηση ότι οι ίδιοι και οι θεραπευτές τους έχουν αναπτύξει μία ειδική σχέση, την επαφή (με την φυσική και την μεταφορική της έννοια) ανάμεσά τους καθώς και την τεχνική της αυτοαποκάλυψης του ειδικού που φαίνεται να λειτούργησε προς όφελος της σχέσης τους. Η αντίληψη των μελών ως άτομα και όχι μόνο ως θεραπ/μενοι, λειτούργησε σημαντικά για την εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης, ενώ το γνήσιο ενδιαφέρον, η φροντίδα, η ενεργητική ακρόαση, η ειλικρίνεια και η κατανόηση βοήθησαν σε αυτό. Ο χρόνος βρέθηκε επίσης ότι είναι σημαντική για την γνωριμία και εις βάθος κατανόηση με τον θεραπ/μενο, με την έννοια της αφιέρωσης επαρκούς χρόνου και ενέργειας κατά τις συνεδρίες. Η εύρεση λύσης και η παροχή βοήθειας του ειδικού προς αυτή την

κατεύθυνση, είναι ακόμα ένα σημαντικό συστατικό της θεραπευτικής σχέσης και περιλαμβάνει την κατοχή γνώσης και δεξιοτήτων από την πλευρά του ειδικού, σύμφωνα με τα μέλη. Τα δεδομένα της συγκεκριμένης έρευνας, βρίσκονται σε συμφωνία με αντίστοιχα προηγούμενων ερευνών ως προς την έννοια της θεραπευτικής σχέσης όπως αυτή βιώνεται από την πλευρά του θεραπευόμενου, ωστόσο τονίζει κάποιες ίσως αμφιλεγόμενες πρακτικές, όπως είναι η φυσική επαφή, η αυτοαποκάλυψη καθώς και η αξιοποίηση της άμεσης ανατροφοδότησης (Shattell, Starr και Thomas, 2007).

Σε ποσοτική έρευνα στο πεδίο των εξαρτήσεων που εξετάζει την διαφορετική οπτική των δύο συμμετεχόντων στην θεραπεία ως προς την θεραπευτική σχέση, ερευνήθηκε αρχικά αν ο βαθμός συμφωνίας ή ασυμφωνίας θεραπευτή και θεραπευόμενου ως προς την θεραπευτική σχέση διαφέρει στον τομέα της θεραπείας των εξαρτήσεων από τον υπόλοιπο χώρο της ψυχοθεραπείας. Επιπρόσθετα, οι ερευνητές υποθέτουν αν ο βαθμός ασυμφωνίας των δύο μελών μπορούσε να προβλέψει το drop out από την θεραπεία. Η θεραπευτική συμμαχία αξιολογείται σε εβδομαδιαία βάση για τις πρώτες 12 εβδομάδες με την σύντομη μορφή της κλίμακας W.A.I των Tracey και Kokotovic (1989), ο βαθμός ασυμφωνίας αξιολογήθηκε συγχρόνως με την θεραπευτική συμμαχία με ειδικό κατάλογο που συμπλήρωναν τα δύο μέλη, ενώ ως παραμονή στην θεραπεία ορίστηκε η περίοδος των 12 εβδομάδων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν χαμηλή συμφωνία μεταξύ της προσλαμβάνουσας των δύο μελών ως προς την θεραπευτική σχέση, ενώ ο βαθμός συσχέτισης ήταν χαμηλότερος από την αντίστοιχη βιβλιογραφία για την ψυχική υγεία. Επίσης, με την πάροδο του χρόνου και σε διάστημα τριών μηνών, ο βαθμός των μετρήσεων της κλίμακας W.A.I. μειώθηκε αντί να αυξηθεί κάτι που σε συνδυασμό με το πρώτο εύρημα, τονίζει τις διαφορετικές και ιδιαίτερες θεραπευτικές

αυτού του πληθυσμού. Σχετικά με την δεύτερη ερευνητική υπόθεση, δεν φάνηκε να σχετίζεται ο βαθμός συμφωνίας θεραπευτή και θεραπευόμενου ως προς την θεραπευτική συμμαχία με την παραμονή του δεύτερου στην θεραπεία. Οι ερευνητές, έχοντας επισημάνει την ιδιαιτερότητα της θεραπείας των εξαρτήσεων σε σχέση με τον υπόλοιπο χώρο της ψυχικής υγείας, επισημαίνουν στους ειδικούς των εξαρτήσεων να δίνουν την απαραίτητη προσοχή στην αντίληψη του θεραπευόμενου για την θεραπευτική τους συμμαχία καθώς και να αναζητούν την ανατροφοδότησή του για την θεραπευτική τους σχέση (Meier και Donmall, 2006).

Μεθοδολογία

Στην ενότητα αυτή περιγράφεται ο ερευνητικός σκοπός της παρούσης εργασίας, η τεκμηρίωση της μεθοδολογίας που επιλέχθηκε και στην συνέχεια αναλύεται η διαδικασία συλλογής των ποσοτικών και των ποιοτικών δεδομένων. Επιπλέον περιλαμβάνονται ζητήματα μεθοδολογίας και δεοντολογίας που απασχόλησαν την ερευνήτρια και κάποιες αναστοχαστικές παρατηρήσεις για την περίοδο συλλογής του ερευνητικού υλικού.

Μεθοδολογική προσέγγιση

Αντικείμενο ενδιαφέροντος της παρούσας έρευνας είναι η θεραπευτική συμμαχία στη θεραπεία ουσιοεξαρτημένων ατόμων και η σύνδεση της με την παραμονή στην θεραπεία, με στόχο να αναδειχθεί μέσα από την διερεύνηση της υποκειμενικής εμπειρίας των δύο υποκειμένων της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας: του θεραπευόμενου και του θεραπευτή.

Για την διερεύνηση υιοθετήθηκε η ποιοτική μεθοδολογία με παράλληλη χορήγηση της κλίμακας αξιολόγησης Working Alliance Inventory (WAI) των Horvath και Greenberg (1989). Η συγκεκριμένη μεθοδολογία για την διερεύνηση της εμπειρίας θεραπευτών και θεραπευομένων σχετικά με την θεραπευτική συμμαχία στη θεραπεία με ουσιο-εξαρτημένα άτομα, επιλέχθηκε τόσο για την ποσοτική εκτίμηση των διαστάσεων και στοιχείων της θεραπευτικής συμμαχίας, όσο και για την έμφαση που δίνεται από την ποιοτική μεθοδολογία στην πολύπλευρη οπτική ως προς την ανάλυση των υπό μελέτη θεμάτων και στην συνεισφορά της εμπειρίας των συμμετεχόντων που αποτυπώνεται στο ερευνητικό αποτέλεσμα (McLeod, 2011) . Πράγματι, η θεραπευτική συμμαχία μέσα από την προσωπική εμπειρία και αντίληψη των

συμμετεχόντων είναι ένα θέμα που ταιριάζει με το πνεύμα της ποιοτικής μεθοδολογίας.

Η ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση επιπλέον, μας επιτρέπει την μέτρηση της θεωρητικής έννοιας της θεραπευτικής συμμαχίας με την χρήση του ερευνητικού εργαλείου Working Alliance Inventory (Horvath και Greenberg, 1989), με βάση τα συνθετικά της στοιχεία (έργα, στόχοι και δεσμός), τα οποία προσδιορίζονται εμπειρικά με τους κατάλληλους δείχτες. Ο προσανατολισμός αυτού του είδους της ποσοτικής έρευνας, εμπνέεται από τον ανθρωπολόγο R. Merton, ο οποίος θεώρησε σκόπιμο να αναπτυχθούν επιμέρους θεωρίες και όχι ολιστικές και γενικές, οδηγώντας έτσι στην δημιουργία υποθέσεων που με την σειρά τους θα αποτελέσουν την βάση για την ανάπτυξη ευρύτερων θεωρητικών συστημάτων (Σταλίκας, 2005).

Στρατηγική Δειγματοληψίας

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για την συλλογή δεδομένων ήταν αυτή της σκόπιμης δειγματοληψίας. Η ερευνήτρια ήρθε αρχικά σε επαφή με τους θεραπευτές από την ομάδα των συμμετεχόντων, μέσα από την συνεργασία της μαζί τους στο Πρόγραμμα «Αθηνά» κατά το διάστημα της πρακτικής άσκησης που εκτελούσε στο Πρόγραμμα. Η πλειοψηφία των θεραπευτών ανταποκρίθηκε θετικά στην Πρόσκληση για έρευνα που συντάχθηκε για την ενημέρωση των συμμετεχόντων (Παράρτημα 1). Η συμμετοχή στην έρευνα προέβλεπε την συμπλήρωση ερωτηματολογίου και την παραχώρηση ατομικής συνέντευξης. Στην συνέχεια, κάθε θεραπευτής υπέδειξε στην ερευνήτρια έναν θεραπευόμενο, ο οποίος σύμφωνα με τα κριτήρια της έρευνας έπρεπε να βρίσκονταν στην κύρια φάση της θεραπείας, να μπορεί να μιλήσει για την θεραπευτική σχέση που είχε αναπτυχθεί ανάμεσά τους και να μην έχει θεραπευτική ή όποια άλλη σχέση με την ερευνήτρια ως ασκούμενη, όπως μπορούσε να προκύπτει μέσα από την παρουσία της στον φορέα.

Συνολικά στην έρευνα πήραν μέρος 14 συμμετέχοντες, δηλαδή επτά θεραπευτικά ζευγάρια. Η ομάδα των θεραπειών περιλαμβάνει εξειδικευμένους θεραπευτές διαφόρων ειδικοτήτων ψυχικής υγείας, με πολλά χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας στον τομέα της αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης. Συγκεκριμένα, αποτελείται από τέσσερις γυναίκες και τρεις άνδρες, δύο Κοινωνικούς Λειτουργούς, δύο Ψυχιάτρους και τρεις Ψυχολόγους.

Όλοι οι θεραπευόμενοι είχαν ολοκληρώσει τουλάχιστον επτά συνεδρίες με τον συγκεκριμένο θεραπευτή, βρίσκονταν στην κύρια φάση της θεραπείας τους, πέντε άνδρες και δύο γυναίκες, από το ηλικιακό φάσμα 23 ετών έως 75 ετών. Όλοι οι συμμετέχοντες από την ομάδα των θεραπευομένων ήταν συνεργάσιμοι και πρόθυμοι να μοιραστούν με την ερευνήτρια χρήσιμα στοιχεία από την θεραπευτική τους εμπειρία.

Οι συνεντεύξεις διήρκεσαν από 09.00 έως 49.07 λεπτά για τους θεραπευτές και από 03.05 έως 16.07 λεπτά για τους θεραπευόμενους. Περισσότερα στοιχεία για τους συμμετέχοντες παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες.

Πίνακας 1

Δημογραφικά στοιχεία θεραπειών

#	Φύλο	Θεωρητική Προσέγγιση	Εμπειρία (σε έτη)	Επαγγελματική Ιδιότητα
1	Γυναίκα	Εκπαίδευση στην Τοξικοεξάρτηση	26	Κοινωνική Λειτουργός
3	Γυναίκα	Ολιστική Προσέγγιση	33	Κοινωνική Λειτουργός
5	Άνδρας	Συστημική Ψυχοθεραπεία	25	Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπευτής
7	Γυναίκα	Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία	26	Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπευτής
9	Γυναίκα	Συστημική Ψυχοθεραπεία	35	Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπευτής
11	Άνδρας	Συστημική Ψυχοθεραπεία	28	Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής
13	Άνδρας	Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία	31	Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής

Πίνακας 2

Δημογραφικά στοιχεία θεραπευομένων

#	Φύλο	Ηλικία	Επάγγελμα	Οικογενειακή Κατάσταση	Προηγούμενη εμπειρία Ψυχοθεραπείας	Κύρια ουσία χρήσης	Τελευταία ημερομηνία προσέλευσης για θεραπεία
2	Άνδρας	21	Φοιτητής	Άγαμος	Όχι	Αλκοόλ	18/06/2018
4	Άνδρας	72	Συνταξιούχος	Έγγαμος	Ναι	Αλκοόλ	25/06/2018
6	Άνδρας	24	Φοιτητής	Άγαμος	Όχι	Ουσίες (Κάνναβη, Ηρωίνη, χάπια)	13/09/2018
8	Άνδρας	53	Επιχειρηματίας	Άγαμος	Όχι	Αλκοόλ	18/06/2018
10	Γυναίκα	47	Άνεργη/Περιστασιακά Εργαζόμενη	Σε σχέση	Όχι	Αλκοόλ	9/10/2018
12	Γυναίκα	51	Εκπαιδευτικός	Διαζευγμένη	Ναι	Αλκοόλ	5/03/2018
14	Άνδρας	72	Συνταξιούχος	Έγγαμος	Όχι	Αλκοόλ	18/04/2018

Τα ερευνητικά ερωτήματα για την ομάδα των θεραπευομένων διαπραγματεύονταν θέματα όπως:

- 1) Εμπειρία προηγούμενης ψυχοθεραπείας,
- 2) Πως βοήθησε ο θεραπευτής να αναπτυχθεί η θεραπευτική τους σχέση,
- 3) Αν υπήρξε κάτι που έκανε ο θεραπευτής το οποίο αισθάνθηκαν ότι δεν ήταν τόσο βοηθητικό, και
- 4) Τι ακόμα θα μπορούσε να κάνει ο θεραπευτής, για περισσότερη βοήθεια του θεραπευόμενου.

Για την ομάδα των θεραπειών, τα ερευνητικά ερωτήματα είχαν ως εξής:

- 1) Πως θα όριζαν εκείνοι την θεραπευτική συμμαχία;
- 2) Ποιος είναι ο θεωρητικός προσανατολισμός του και πως επηρεάζει την οπτική τους για την θεραπευτική συμμαχία;
- 3) Κατά τη διάρκεια μια συνεδρίας, ποιες είναι οι στάσεις θεραπευτή και θεραπευόμενου που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ τους;
- 4) Σύμφωνα με τα συστατικά του ορισμού της θεραπευτικής συμμαχίας του Bordin (έργα, στόχοι και δεσμός) πως αυτά πραγματώνονται σε μία συνεδρία και αν κάποιο από τα τρία εκτιμούν ως πιο σημαντικό.
- 5) Ποιες είναι οι τεχνικές που χρησιμοποιούν και είναι βοηθητικές για την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας;
- 6) Με ποιο τρόπο το Πλαίσιο του Προγράμματος Αθηνά επιδρά στην δημιουργία και την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης;

- 7) Ποια είναι τα προσωπικά χαρακτηριστικά θεραπευτή και θεραπευόμενου που βοηθούν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας; Ποια είναι εκείνα που βοηθούν λιγότερο;
- 8) Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στην θεραπευτική συμμαχία και την παραμονή του θεραπευόμενου στην θεραπεία;

Διαδικασία και μέθοδοι παραγωγής και ανάλυσης δεδομένων

Αρχικά οι συμμετέχοντες και από τις δύο ομάδες, κλήθηκαν να διαβάσουν την Πρόσκληση ενημέρωσης για τους σκοπούς, την οργάνωση και την συμμετοχή τους στην ερευνητική διαδικασία και σε περίπτωση που επιθυμούσαν να συμμετέχουν, να συμφωνήσουν εγγράφως με αυτή, υπογράφοντας το αντίστοιχο Έντυπο Συγκατάθεσης (Παράρτημα 2) για συμμετοχή στην έρευνα. Στην συνέχεια, κανονίστηκαν οι ατομικές συναντήσεις με τους συμμετέχοντες σε ώρα που τους βόλευε στο χώρο του Προγράμματος, όπου σε πρώτη φάση συμπλήρωσαν το τυποποιημένο ερωτηματολόγιο (την φόρμα που αντιστοιχούσε στην ομάδα τους) και αμέσως μετά πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις εις βάθος, οι οποίες ηχογραφήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν σε επόμενο χρόνο από την ερευνήτρια.

Μεθοδολογία παραγωγής ποσοτικών δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε για την μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας είναι η ελληνική προσαρμογή του Working Alliance Inventory (Horvath και Greenberg, 1989) το οποίο δόθηκε στην ερευνήτρια από την συνάδελφο Πασχαλιά Μυτσκίδου για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας. Ο πανθεωρητικός ορισμός του Bordin για την θεραπευτική συμμαχία που χρησιμοποιείται στο ερωτηματολόγιο αποτελεί ταυτόχρονα ερευνητικό ερώτημα για την συνέντευξη της ομάδας των θεραπευτών, κάτι που συντέλεσε στην επιλογή της συγκεκριμένης κλίμακας.

Πρόκειται για μια αυτοαναφερόμενη κλίμακα, με 36 δηλώσεις (κυκλοφορεί και η σύντομη μορφή της κλίμακας που αποτελείται από 12 δηλώσεις ωστόσο εδώ έγινε χρήση της πλήρους μορφής) που αποτυπώνουν την οπτική των συμμετεχόντων σχετικά με συγκεκριμένες θεραπευτικές διαδικασίες που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας υπό το πρίσμα των τριών συστατικών παραγόντων της έννοιας της συμμαχίας, σύμφωνα με τον ορισμό του Bordin: α) του στόχου, δηλαδή του βαθμού της συμφωνίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου αναφορικά με τους στόχους της θεραπείας, β) των έργων (ή των θεραπευτικών καθηκόντων/ εργασιών) που αναφέρεται στον βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στο θεραπευτή και τον θεραπευόμενο αναφορικά με τις διεργασίες των συνεδριών και γ) του δεσμού, ο οποίος αναφέρεται στην ανάπτυξη θεραπευτικού δεσμού μεταξύ των δύο συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία. Η κλίμακα αποτελείται από τρεις φόρμες: μία για τον θεραπευτή, μία για τον θεραπευόμενο και μία για τον παρατηρητή. Για αυτή την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν μόνο οι δύο πρώτες, δεδομένου ότι δεν υπήρξε η δυνατότητα συμμετοχής εκπαιδευόμενου παρατηρητή, η ερευνητική διαδικασία για τους συμμετέχοντες ήταν ατομική. Η ελληνική προσαρμογή έγινε από τους Ευσταθίου, Μαυροειδή, Παπαδημητρίου και Παυλάτου (2004).

Μεθοδολογία παραγωγής ποιοτικών δεδομένων

Οι συνεντεύξεις έγιναν βασισμένες σε Οδηγό Συνέντευξης που είχε δημιουργηθεί για την κάθε ομάδα, ενώ σε περιπτώσεις που προέκυπταν σημαντικά θέματα, επιπλέον από αυτά των ερωτήσεων, δόθηκε ο απαραίτητος χώρος για την ανάδυσή τους. Άλλωστε, η εμπλοκή του ερευνητή σε μία διαδραστική σχέση με τον συμμετέχοντα είναι αυτή που θα επιτρέψει την υποκειμενική διάσταση των

ζητημάτων που θέτει ο συνεντευξιζόμενος μέσα από την προσωπική του αφήγηση και νοηματοδότηση (Ισαρη και Πουρκός, 2015).

Οι Οδηγοί Συνέντευξης, μεταφρασμένα και προσαρμοσμένα από την ερευνήτρια, αποτελούν Πρωτόκολλα Συνεντεύξεων και πιο συγκεκριμένα για την συνέντευξη των θεραπευτών έγινε η απαραίτητη τροποποίηση από την έρευνα του Gregory H. Macewan (2008) με θέμα «The Efforts of Therapists in the First Session To Establish a Therapeutic Alliance» (Παράρτημα 3) και για τους θεραπευόμενους έγινε χρήση, ύστερα από προσαρμογή, του οδηγού συνέντευξης που περιέχεται στην εργασία «The Working Alliance in Young Women with a Self-Reported History of Childhood Abuse» από την ερευνήτρια Riana Mian (2016) (Παράρτημα 4).

Διαδικασία εκτίμησης των ποσοτικών δεδομένων

Για την παρουσίαση των ποσοτικών μετρήσεων των μεταβλητών της Θεραπευτικής Συμμαχίας επιλέχθηκε ο δείκτης του Μέσου Όρου (Μ.Ο.) και της Τυπικής Ανάλυσης (Τ.Α.).

Οι μετρήσεις αξιοπιστίας έδειξαν ότι το σύνολο του ερωτηματολογίου παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία (Cronbach's α) που κυμαίνεται από 0.90 για την φόρμα του θεραπευτή έως 0.96 για την φόρμα του θεραπευόμενου. Πιο συγκεκριμένα για την κλίμακα του θεραπευτή, η μέτρηση εσωτερικής συνέπειας για την κλίμακα του δεσμού ήταν 0.81, για την κλίμακα των στόχων 0.85, ενώ για την κλίμακα των καθηκόντων 0.76. Για την κλίμακα του

θεραπευόμενου, οι αναλύσεις έδωσαν βαθμό 0.91 για την υποκλίμακα του δεσμού, 0.80 για την υποκλίμακα του στόχου και 0.92 για την υποκλίμακα των καθηκόντων.

Διαδικασία ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων

Ύστερα από την απομαγνητοφώνηση και την μετατροπή σε κείμενο των δεδομένων, για την ανάλυση των δεδομένων ακολουθήθηκε η μέθοδος της Θεματικής Ανάλυσης, μιας μεθόδου που επιτρέπει τον εντοπισμό και την οργάνωση επαναλαμβανόμενων νοημάτων μέσα από τα δεδομένα που καταθέτουν οι συμμετέχοντες, ακολουθώντας το μοντέλο των έξι βημάτων της ανάλυσης των Braun και Clark (2006) (Ισαρη και Πουρκός, 2015). Πρόκειται για μία διαδικασία, η οποία αποτελεί την βάση, σχεδόν για όλα τα είδη έρευνας της ποιοτικής μεθοδολογίας, κατά την οποία ο ερευνητής εντοπίζοντας μονάδες νοήματος από την γραμμή προς γραμμή εξέταση του κειμένου, τα οργανώνει σε θέματα ανώτερης τάξης και σημαντικά για την περιγραφή του εξεταζόμενου φαινομένου (Willig, 2008).

Μεθοδολογικά και Δεοντολογικά Ζητήματα

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, δεν δόθηκε κάποιο είδος αμοιβής, ενώ διασφαλίστηκε η ανωνυμία και το απόρρητο των απαντήσεων των συμμετεχόντων σύμφωνα με την ερευνητική δεοντολογία. Αναλυτικότερα, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά πριν την έναρξη της ερευνητικής διαδικασίας για τον εμπιστευτικό χαρακτήρα του περιεχόμενου των συνεντεύξεων, τα δεδομένα των ερωτηματολογίων και των δημογραφικών στοιχείων, ενώ τα ηχογραφημένα αρχεία της συνέντευξης πρόκειται να καταστραφούν μετά το πέρας των 6 μηνών από

την ολοκλήρωση της έρευνας. Γνωστοποιήθηκαν επίσης οι στόχοι της ερευνητικής διαδικασίας και το δικαίωμα αποχώρησης από την έρευνα, εφόσον το επιθυμούσαν. Σχετικά με τα ερευνητικά αποτελέσματα, τα στοιχεία των συμμετεχόντων αποδίδονται κωδικοποιημένα προς αποφυγή όποιας ταυτοποίησης, ενώ σε περίπτωση που οι ίδιοι επιθυμούν, δίνεται η ευκαιρία πρόσβασης σε αυτά και επικοινωνίας με την ερευνήτρια.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία και η αποφυγή ταυτοποίησης των συμμετεχόντων κρίθηκε απαραίτητο τα αποτελέσματα να παρουσιαστούν σε κωδικοποιημένη μορφή και πιο συγκεκριμένα με την μορφή του συμβόλου της δίεσης και ενός αριθμού (#1, #2,...#14), ενώ για την διευκόλυνση της ανάγνωσης των ευρημάτων είτε ανά τις δύο ομάδες συμμετεχόντων (θεραπευτές και θεραπευόμενοι) είτε ανά συνδυασμό θεραπευτή και θεραπευόμενου, οι μονοί αριθμοί αντιστοιχούν στους θεραπευτές και οι ζυγοί στους θεραπευόμενους (Για παράδειγμα, ο κωδικός #1 αντιστοιχεί στον X θεραπευτή και ο κωδικός #2 στον θεραπευόμενο που συνεργάζεται με τον X θεραπευτή με κωδικό #1).

Ένας βασικός περιορισμός της έρευνας ήταν η ταυτόχρονη παρουσία μου στον φορέα ως ερευνήτρια και ως ασκούμενη θεραπεύτρια. Δεδομένου ότι ο ποιοτικός χαρακτήρας της έρευνας περιλαμβάνει την επαφή με τους συμμετέχοντες, την ανάπτυξη διαδραστικής σχέσης κατά τον χρόνο διεξαγωγής της όπως επίσης και την επίδραση του πλαισίου (Ίσαρη και Πουρκός, 2015), αναδείχθηκαν κάποια σημαντικά δεοντολογικά ζητήματα, τα οποία αποτέλεσαν και κριτήρια για την έρευνα. Αρχικά, για την ομάδα των συμμετεχόντων κρίθηκε απαραίτητο να δοθεί η οδηγία στους θεραπευτές να προτείνουν κάποιο θεραπευόμενο με τον οποίο δεν θα εμπλέκεται προσωπικά στην θεραπευτική του διαδικασία, όπως και έγινε. Επίσης, η Κλίμακα μέτρησης της θεραπευτικής συμμαχίας αποτελεί παράλληλα ένα εργαλείο

αξιολόγησης κάτι που συγκρούεται με την ιδιότητα της ερευνήτριας ως εκπαιδευόμενη σχετικά με τους θεραπευτές συμμετέχοντες. Τα παραπάνω εντοπίστηκαν ήδη κατά τον ερευνητικό σχεδιασμό με τον επόπτη και με τον κατάλληλο χειρισμό, έγινε προσπάθεια διευθέτησης αυτών των περιορισμών. Η ανατροφοδότηση και η εποπτεία καθόλη την διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας αποτελούν μέρος της προσπάθειας αυτής.

Ένας ακόμα περιορισμός επιβάλλεται από την χρήση Οδηγών Συνέντευξης ως μέσο για την συλλογή δεδομένων που, ενώ χρησιμοποιούνται ευρέως στην μέθοδο της θεματικής ανάλυσης, δεν παύουν να επιβάλλουν συγκεκριμένη δομή και κατεύθυνση για τις σκέψεις των συμμετεχόντων, γεγονός που θεωρείται βασικό μειονέκτημα των συνεντεύξεων, σύμφωνα με την Joffe (2012).

Επιπλέον, κατά την επιλογή προσέγγισης για την ανάλυση των δεδομένων, λόγω της ύπαρξης προκαθορισμένων κατηγοριών θεμάτων που φυσιολογικά προκύπτουν από την χρήση Οδηγών Συνέντευξης, επιλέχθηκε ο συνδυασμός επαγωγικής και παραγωγικής θεματικής ανάλυσης (Fereday και Muir-Cochrane, 2006) καθώς επιτρέπεται έτσι η ανάδυση νέων θεμάτων τα οποία ενοποιούνται με τις *a priori* κατηγοριοποιήσεις και συνθέτουν μία πιο ολοκληρωμένη θεματική ανάλυση των δεδομένων.

Αναστοχαστικότητα Ερευνητή

Το προσωπικό ενδιαφέρον της ερευνήτριας για την μελέτη της θεραπευτικής σχέσης ήταν ο βασικός άξονας από τον οποίο ξεκίνησε ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας. Η συνεισφορά της ως αναγνωρισμένο συστατικό για την ψυχοθεραπεία και για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αναγνωρισμένη από τις διάφορες ψυχοθεραπευτικές

προσεγγίσεις σύμφωνα με τους Norcross και Wampold (2011), επιτρέπει την διερεύνησή της από ένα ουδέτερο σημείο παρατήρησης το οποίο ταυτόχρονα έδωσε την ευκαιρία στην ερευνήτρια να εξοικειωθεί με τις λεπτές διαφοροποιήσεις της Συστημικής, Ψυχαναλυτικής και Ολιστικής προσέγγισης για την στάση του θεραπευτή στην δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης και η μετατροπή αυτής σε πολύτιμη γνώση. Την ίδια στιγμή, η μη εξειδίκευση της ερευνήτριας σε κάποιο μοντέλο ψυχοθεραπείας επέτρεψε το να είναι «ανοιχτή», κρατώντας μία στάση ουδέτερου παρατηρητή στην ερμηνεία των δεδομένων των συνεντεύξεων από την ομάδα των θεραπευτών.

Η διερεύνηση της προσωπικής εμπειρίας των υποκειμένων για το ζήτημα της θεραπευτικής συμμαχίας οδήγησε στην αναζήτηση μίας μεθοδολογίας ανάλυσης, η οποία θα επιτρέπει την εξέταση υπό το πρίσμα της φαινομενολογίας χωρίς όμως να δεσμεύεται εξ αρχής η χρήση συγκεκριμένου επιστημολογικού προσανατολισμού. Η θεματική ανάλυση επιλέχθηκε ύστερα από αρκετή αναζήτηση μεταξύ άλλων μεθόδων ανάλυσης ακριβώς γιατί επιτρέπει αυτή την «θεωρητική ελευθερία» μέσα από την οποία θα αναδυθεί η θεωρητική υπόσταση των επιμέρους θεμάτων (Willig, 2008).

Αποτελέσματα

Ποσοτική εκτίμηση θεραπευτικής συμμαχίας

Συμπληρωματικά με τον ποιοτικό χαρακτήρα της παρούσης εργασίας, χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Θεραπευτικής Συμμαχίας-Working Alliance Scale (Horvath 1989, 1991.). Από τους περιγραφικούς δείκτες του δείγματος, επιλέγοντας τον μέσο όρο μπορούμε να συμπεράνουμε τον βαθμό της θεραπευτικής συμμαχίας τόσο των δύο ομάδων (θεραπευτών και θερ/μενων) όσο και του κάθε θεραπευτικού συνδυασμού (θεραπευτής και θεραπευόμενος) ξεχωριστά και να συγκρίνουμε με τον μέσο όσο για κάθε μία από τις υποκλίμακες του Δεσμού, του Στόχου και των Έργων.

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 1, για την ομάδα των θεραπευτών ο συνολικός μέσος όρος της θεραπευτικής συμμαχίας είναι 72,19 με τυπική απόκλιση 5,33 , ενώ για την ομάδα των θεραπ/μενων μέσος όρος είναι 79,70 με τυπική απόκλιση 6,70. Εξετάζοντας τους μέσους όρους των υποκλιμάκων, οι οποίες συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες βάσει 7-βάθμιας κλίμακας, (1 = ποτέ, 2 = σπάνια, 3 = περιστασιακά, 4 = κάποιες φορές, 5 = συχνά, 6 = πολύ συχνά, 7 = πάντα) για την ομάδα των θεραπευτών διαπιστώνουμε ότι για την υποκλίμακα των Έργων μέσος όρος είναι 5, 86 (T.A.= 0,57), για την υποκλίμακα των Στόχων 5,76 (T.A.= 0,55), ενώ για την υποκλίμακα του Δεσμού ο μέσος όρος υπολογίστηκε ως 6,42 (T.A.=0,36). Για την ομάδα των θεραπ/μενων, ο μέσος όρος της υποκλίμακας των Έργων είναι 6,19 (T.A.=0,95), των Στόχων 5,84 (T.A.=0,87) και του Δεσμού 6,50 (T.A.= 0.56).

Τα επίπεδα της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου και της εσωτερικής συνέπειας των τριών υποκλιμάκων για τις δύο φόρμες που χρησιμοποιήθηκαν, κυμαίνονται από 0,76 για την υποκλίμακα των Έργων των θεραπευτών έως και 0,92 για την αντίστοιχη των θεραπ/μενων και είναι συμβατά με τα αντίστοιχα σε έρευνες των Μυτσκίδου (2008), Cook και συν. (2015), Davis και συν.(2015) και Maisto και συν. (2015).

Πίνακας 1

Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες και Συντελεστές Αξιοπιστίας των Υπό Μελέτη Κλιμάκων για το Συνολικό Δείγμα

	# προτ.	M.O.	T.A.	Min	Max	Alpha
<i>Σύνολο</i>						
Θεραπευτές	36	72,19	5,33	67,00	79,67	0,85
Θεραπευόμενοι	36	79,71	6,70	66,00	84,00	0,93
<i>Υποκλίμακες</i>						
<i>Θεραπευτές</i>						
<i>Εργα</i>	12	5,86	0,57	5,17	6,67	0,76
<i>Στόχοι</i>	12	5,76	0,55	5,25	6,58	0,81
<i>Δεσμός</i>	12	6,42	0,36	5,92	6,83	0,85
<i>Θεραπευόμενοι</i>						
<i>Εργα</i>	12	6,19	0,95	4,25	0,95	0,92
<i>Στόχοι</i>	12	5,84	0,87	4,08	6,50	0,80
<i>Δεσμός</i>	12	6,50	0,56	5,50	7,00	0,91

M.O.= Μέσος όρος, T.A.= Τυπική απόκλιση N = 14. Οι συμμετέχοντες απάντησαν στις ερωτήσεις χρησιμοποιώντας 7βάθμια κλίμακα Likert (1 = ποτέ, 7 = πάντα).

Υπολογίζοντας στη συνέχεια τους περιγραφικούς δείκτες των αποτελεσμάτων των επιπέδων της θεραπευτικής συμμαχίας ανά ζεύγη συμμετεχόντων, μεταξύ δηλαδή των θεραπευτών και των θεραπ/μένων τους, δίνεται η δυνατότητα για μία συνολικότερη επισκόπηση. Δεδομένου ότι για την κάθε υποκλίμακα το σκορ κυμαίνεται από 12 έως 84 βαθμούς, με τα πιο υψηλά σκορ να υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας (Hanson, Curry και Vandalos, 2002), διαπιστώνεται ότι τα αποτελέσματα των επτά ζευγαριών είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο σε σύγκριση με άλλες έρευνες (Μυτσκίδου 2008. Pasquali, Bandalos και Armelius, 2018). Πιο αναλυτικά, το χαμηλότερο αποτέλεσμα είναι για το ζευγάρι του θεραπευτή με κωδικό #5 και του θεραπευόμενου με κωδικό #6 στον υποπαράγοντα των Στόχων (M.O.=

56,00) και το υψηλότερο συγκέντρωσε η δυάδα του θεραπευτή με κωδικό #1 και του θεραπευόμενου #2 στον υποπαράγοντα του Δεσμού (Μ.Ο.= 83,00).

Πίνακας 2

Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες των Υπό Μελέτη Κλιμάκων για τα θεραπευτικά ζεύγη

Κωδ. θεραπευτή και θεραπευόμενου	Μ.Ο. (Τ.Α.) Υποκλίμακας Έργων	Μ.Ο. (Τ.Α.) Υποκλίμακας Στόχων	Μ.Ο. (Τ.Α.) Υποκλίμακας Δεσμού	Συνολικός Μ.Ο. (Τ.Α.)Θεραπευτικής Συμμαχίας
#1 και #2	79,50 (3,53)	77,00 (0,00)	83,00 (1,41)	79,83 (3,01)
#3 και #4	78,00 (8,48)	74,50 (4,95)	81,50 (3,53)	78,00 (13,50)
#5 και #6	56,50 (7,78)	56,00 (9,90)	73,50 (10,61)	62,00 (9,96)
#7 και #8	80,00 (0,00)	72,00 (9,90)	82,00 (2,83)	78,00 (15,29)
#9 και #10	70,50 (7,78)	67,50 (3,54)	75,00 (5,66)	71,00 (3,77)
#11 και #12	66,50 (3,53)	68,50 (7,78)	75,00 (2,12)	70,00 (4,44)
#13 και #14	75,00 (4,24)	72,00 (8,48)	78,50 (7,79)	75,17 (3,25)

Ποιοτική ανάλυση δεδομένων

Από την θεματική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν μέσω της συνέντευξης με τους συμμετέχοντες προέκυψαν επτά θέματα τα οποία κατηγοριοποιούνται αντίστοιχα σε δύο ευρύτερες κατηγορίες με βάση την ιδιότητα των συμμετεχόντων (θεραπευτών και θεραπ/μενων).

Συγκεκριμένα, από την ομάδα των θεραπευομένων προέκυψαν τρία θέματα, σύμφωνα με την εμπειρία από την συνεργασία με τον θεραπευτή τους: α) «Σχετικά με τον Θεραπευτή», β) «Αποτελεσματικότητα» και γ) «Θεραπευτική Διαδικασία». Πιο

αναλυτικά, τα τρία κύρια θέματα και οι δώδεκα επιμέρους υποκατηγορίες θεμάτων που αναλύονται στη συνέχεια, προέκυψαν ως εξής από τα ερευνητικά ερωτήματα:

- i. Από το πρώτο ερευνητικό ερώτημα όπου οι θεραπευόμενοι ερωτήθηκαν αν είχαν στο παρελθόν κάποια άλλη ψυχοθεραπευτική εμπειρία, προέκυψε η θεματική ενότητα της Αποτελεσματικότητας.
- ii. Από το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που αφορούσε το πώς βοήθησε ο θεραπευτής να αναπτυχθεί η θεραπευτική συμμαχία, δημιουργήθηκαν οι θεματικές ενότητες Σχετικά με τον Θεραπευτή, Σχετικά με την Θεραπευτική Διαδικασία, ενώ υποστηρίζεται και εδώ η ενότητα της Αποτελεσματικότητας.
- iii. Από το επόμενο ερώτημα «Υπήρξε κάτι που έκανε ο θεραπευτής σας το οποίο αισθανθήκατε ότι δεν βοήθησε την θεραπευτική σας σχέση» οι αναλύσεις των απαντήσεων συνθέτουν την θεματική ενότητα της Θεραπευτικής Διαδικασίας, αλλά και των πληροφοριών Σχετικά με τον Θεραπευτή.
- iv. Από το τελευταίο ερώτημα σχετικά με το τι ακόμα θα μπορούσε ο θεραπευτής να κάνει που θα ήταν βοηθητικό για την θεραπεία, οι αναλύσεις των απαντήσεων συνθέτουν τις θεματικές ενότητες Σχετικά με τον Θεραπευτή και Αποτελεσματικότητα.

Από την ομάδα των θεραπευτών και την θεματική ανάλυση των συνεντεύξεων τους προέκυψαν τέσσερα θέματα: α) «Σχετικά με τον Θεραπευτή», β) «Σχετικά με τον Θεραπευόμενο», γ) «Θεραπευτική Σχέση» και δ) «Θεραπευτική Διαδικασία», τα οποία διαιρούνται σε 14 θεματικές υποκατηγορίες που αναλύονται στην συνέχεια.

Τα ερευνητικά ερωτήματα για τις συνεντεύξεις με τους θεραπευτές της παρούσας έρευνας έδωσαν τις πληροφορίες για την σύνθεση των τεσσάρων κύριων θεματικών ενότητων ως εξής:

- i. Από το πρώτο ερώτημα σχετικά με τον ορισμό που θα έδιναν οι ίδιοι για την έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας και την επίδραση της θεωρητικής τους κατεύθυνσης σε αυτών, προέκυψε η θεματική ενότητα της Θεραπευτικής Σχέσης,
- ii. Τα δεδομένα των απαντήσεων από το επόμενο ερώτημα σχετικά με τα φαινόμενα που συμβαίνουν κατά την διάρκεια μίας συνεδρίας τα οποία συμβάλουν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας, εμπεριέχονται στα θέματα «Θεραπευτική Σχέση» και «Θεραπευτικής Διαδικασίας»,

- iii. Σχετικά με τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας, οι απαντήσεις των θεραπειών συνθέτουν τις θεματικές ενότητες «Σχετικά με τον Θεραπευτή» και «Θεραπευτική Διαδικασία»,
- iv. Το ερώτημα που αφορά στην επίδραση του πλαισίου της υπηρεσίας απαντάται στην θεματική ενότητα «Θεραπευτική Διαδικασία»,
- v. Τα προσωπικά χαρακτηριστικά των θεραπειών και των θεραπευομένων που συντελούν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας και αυτά που είναι λιγότερο βοηθητικά προκύπτουν από το τέταρτο ερώτημα και εντοπίζονται στα θέματα «Σχετικά με τον Θεραπευτή» και «Σχετικά με τον Θεραπευόμενο».
- vi. Τέλος, η σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με την παραμονή στην θεραπεία απαντάται από την θεματική κατηγορία «Θεραπευτική Σχέση».

Η εμπειρία των θεραπευομένων

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων από την εμπειρία των θεραπευομένων, η θεραπευτική συμμαχία ανάμεσα στους ίδιους και τους θεραπευτές τους διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες θεμάτων: 1) « Σχετικά με τον Θεραπευτή», 2) την «Αποτελεσματικότητα», 3) την «Θεραπευτική Διαδικασία», οι οποίες περιέχουν τις παρακάτω δώδεκα υποκατηγορίες.

1. Σχετικά με θεραπευτή

Στην πρώτη θεματική κατηγορία εντάσσονται οι εξής υποκατηγορίες: 1.1 Χαρακτηριστικά θεραπευτή, 1.2. Επικοινωνία, 1.3 Ο ρόλος της υπομονής και της επιμονής, 1.4 Εμπιστοσύνη στον θεραπευτή.

1.1 Χαρακτηριστικά θεραπευτή

Οι θεραπευόμενοι εντόπισαν τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή τους που εκτίμησαν ότι βοήθησε στο να αναπτυχθεί η σχέση μεταξύ τους. Χαρακτηριστικά όπως η ευγένεια, η καλοσύνη, η ηρεμία, ο απλός τρόπος επικοινωνίας, το ενδιαφέρον και ο επαγγελματισμός των θεραπευτών του Προγράμματος συντέλεσαν στην εδραίωση της θεραπευτικής συμμαχίας με τους θεραπ/μένους τους.

«... με ένα χαμόγελο, με απλούς τρόπους, με μία συμπεριφορά προσιτή, βοηθάει πολύ στο να μπορέσω να συνδεθώ μαζί του» #6

«...ένα ενδιαφέρον πάρα πολύ μεγάλο, κάτι που το βλέπω και εκτιμώ βαθύτατα. Αυτό είναι εκείνο που με κάνει.. με βοηθάει ως φρένο στην εξάρτηση, αλλά και στο να έρχομαι με χαρά όταν έχω συνεδρίες.» #14

1.2 Επικοινωνία

Περιγράφοντας τον τρόπο επικοινωνίας με τον θεραπευτή που βοήθησε στην οικοδόμηση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ τους, οι θεραπευόμενοι την περιέγραψαν με όρους όπως «απλή», «μπορούσα να της μιλήσω ανοιχτά», ισότιμης συνεργασίας «εξ αρχής συμφωνήσαμε τι μπορώ να κάνω εγώ και το πώς θα συνεργαστούμε» και θετικού κλίματος αποδοχής «..με ένα χαμόγελο, με απλούς τρόπους, με μία συμπεριφορά προσιτή, βοηθάει πολύ στο να μπορέσω να συνδεθώ μαζί του » #6

1.3 Υπομονή-επιμονή/ο ρόλος της επανάληψης

Στην υποεπινότητα αυτή, τονίζεται ο ρόλος της υπομονής και της επιμονής του θεραπευτή για την εδραίωση μίας σχέσης εμπιστοσύνης μαζί του ιδιαίτερα στην αρχική φάση της θεραπείας, σύμφωνα με την εμπειρία των θεραπευομένων:

«Αρχικά εγώ [...] είχα μία αρνητικότητα [...]είχε αυτή [η
θεραπεύτρια] την υπομονή και την επιμονή σε αυτό που πρέπει
να γίνει» #10

«Είχε την ανοχή στα παραπτώματά μου να... να το θεωρεί ως
φυσιολογικό, να το παρουσιάζει ως κάτι φυσιολογικό και δεν
πρέπει να σε πάει πίσω» #10

«Έχει υπομονή διότι σε κάποια θέματα, τα ίδια πράγματα
συζητούσαμε σε αρκετές συνεδρίες [...] Τα αναλύαμε, πολλές
φορές τα αναλύαμε και δυο και τρεις φορές γιατί δεν τα
καταλάβαινα»#8

2. Αποτελεσματικότητα

2.1 Αποτελεσματικές συζητήσεις

Οι θεραπευόμενοι εντόπισαν ότι ήταν αρκετά βοηθητικές οι συζητήσεις τους με
τους θεραπευτές τους, καθώς κατέληγαν σε εποικοδομητικούς, στοχευμένους και
«βοηθητικούς» διαλόγους:

«, αλλά εκ των υστέρων βέβαια, από όλες τις κινήσεις αυτές
που έκανε [ο θεραπευτής] ήταν απόλυτα βοηθητικές. Και υπήρχε
και λόγος τελικά για το καθένα που τότε με ξένιζε, κάποιες
συζητήσεις ή κάποια πράγματα που μου έλεγε ή έβαζε σαν
στόχους» #8

2.2 Πρόοδος

Σε αυτή την υποκατηγορία δίνεται έμφαση στην πρόοδο που οι θεραπευόμενοι
διαπίστωσαν αναστοχαζόμενοι πάνω στην πορεία της συνεργασίας τους έως σήμερα
τόσο ως προς τον στόχο της σταδιακής μείωσης της χρήσης όσο και ως προς ένα
ευρύτερο επίπεδο ψυχολογικής κατάστασης και λειτουργίας.

«...μόνο και μόνο από την πρόοδο μου όλο αυτό τον καιρό εε.. καταλαβαίνω πως ότι έχει πει η ψυχοθεραπεύτρια με έχει βοηθήσει»#2

«...καθοδήγησε σε ένα σωστό μονοπάτι, στο οποίο βρίσκομαι σήμερα [...] δίνοντάς μου με απλή γλώσσα τι θα έπρεπε να κάνω και αυτό με έχει βοηθήσει ιδιαίτερα.» #4

2.3 Προηγούμενη θεραπευτική εμπειρία

Η συγκεκριμένη υποενότητα περιλαμβάνει το πώς η εμπειρία από προηγούμενες συνεργασίες με ειδικούς ψυχικής υγείας συγκρίνεται με την παρούσα συνεργασία τους, είτε πρόκειται για αρνητικές εμπειρίες όπως για παράδειγμα του θεραπευόμενου #4 «...δεν είχα μείνει απόλυτα ευχαριστημένος, δεν υπήρχε κάτι συνεχόμενο, κάποια επαφή μαζί τους. Οπότε δεν μπορώ να το θεωρήσω συνεργασία, το να έλθω σε επαφή μία ή δύο φορές με έναν ψυχολόγο ή το να μου γράψει φάρμακα ένας ψυχίατρος, δεν το θεωρώ ψυχοθεραπεία σε καμία περίπτωση» είτε για θετικές που ευοδώθηκαν σε μία πιο αποτελεσματική πορεία λίγο αργότερα, όπως του θεραπευόμενου #14 «ωστόσο μου φέρθηκε τόσο καλά που ήλθα πάλι στον ίδιο».

2.4 Τι άλλο χρειάζεται;

Απαντώντας στο ερώτημα σχετικά με το τι ακόμα θα μπορούσε να κάνει ο θεραπευτής που θα ήταν βοηθητικό κατά τους θεραπευόμενους πολλοί απάντησαν πως δεν υπάρχει κάτι που εκτίμησαν ότι δεν είχε κάνει ή να ένιωθαν ότι έπρεπε να γίνει. Ένας από τους συμμετέχοντες εξέφρασε την επιθυμία του για περισσότερη έμφαση στο παρελθόν, στα παιδικά βιώματα, έτσι, ώστε να μπορέσει να κατανοήσει την σχέση του με τις ουσίες, όπως δήλωσε:

«ίσως συγκεκριμένα όσον αφορά το παρελθόν μου ας πούμε [...] να κατανοήσω γιατί το κάνω και κατανοώντας γιατί

κάνω χρήση σε συγκεκριμένες περιστάσεις, ίσως βοηθούσε στο να αντιληφθώ και εγώ το μέγεθος του προβλήματος και να πάρω κάποια μέτρα για να το λύσω.»#6

2.5 Λιγότερο βοηθητικές διαδικασίες

Οι θεραπευόμενοι ερωτήθηκαν επίσης σχετικά με λιγότερο βοηθητικές στάσεις ή οτιδήποτε άλλο από την πλευρά του θεραπευτή, οι οποίες ένιωσαν ότι ίσως δεν βοήθησαν τόσο την εδραίωση της θεραπευτικής συμμαχίας. Από τα δεδομένα των απαντήσεων τους προκύπτει η παρούσα κατηγορία, σύμφωνα με την οποία όποια γεγονότα ή στάσεις αντιλαμβάνονταν ως λιγότερο βοηθητικά δεν σχετίζονταν τόσο με την πλευρά του θεραπευτή, ιδιαίτερα στην αρχική φάση της θεραπείας, αλλά μάλλον με τον δικό τους βαθμό ετοιμότητας για εμπλοκή στη θεραπεία.

«Εκείνη την στιγμή [...]μπορεί να μου φάνηκε περιττό» #8

«Όχι από την θέση του θεραπευτή, από την δική μου θέση, στις πρώτες συνεδρίες επειδή επικεντρωθήκαμε πολύ στο θέμα της εξάρτησης εεμ.... και δεν ένιωθα ότι μιλάω για εμένα μιλούσα μόνο το ποτό» #10

Επιπλέον ένας συμμετέχων δήλωσε πως η πληροφόρηση σε σχέση με ήδη γνωστά θέματα σχετικά με την εξάρτηση δεν βοήθησε τόσο.

«Κάποιες φορές ένιωσα ότι επαναλαμβάναμε αυτά που κάποιος μπορεί να βρει στο διαδίκτυο ή που ήδη γνώριζα για την εξάρτηση»#6

3. Θεραπευτική διαδικασία

Οι θεραπευόμενοι ανέφεραν τις διαστάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας που ένιωσαν ότι τους βοήθησαν στην εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης με τον θεραπευτή τους. Από την ανάλυση των δεδομένων αυτών, προκύπτουν οι θεματικές υποενότητες που αφορούν το «Κλίμα της Συνεδρίας», την «Εισαγωγή διαφορετικής οπτικής» καθώς και το σταδιακό χαρακτήρα της θεραπευτικής σχέσης, «Κάθε φορά κάτι καινούριο».

3.1 Κλίμα της συνεδρίας

Περιγράφοντας το κλίμα της συνεδρίας, οι θεραπευόμενοι τόνισαν τόσο πρακτικά στοιχεία που συνθέτουν το κλίμα των συνεδριών όπως ο χώρος, η ησυχία και η εύρυθμη λειτουργία του Προγράμματος «Αθηνά» όσο και χαρακτηριστικά και πρακτικές από την πλευρά του θεραπευτή τους.

«...το κλίμα της συνεδρίας. Βρισκόμαστε σε κατάλληλο μέρος, δηλαδή είναι σχετικά ήσυχο, δεν μας ενοχλούν»#6

«Με αντιμετώπισε με πολύ ζεστό ενδιαφέρον, κάτι που δεν το περίμενα και πραγματικά αυτό με ενθάρρυνε να είμαι απέναντί του απόλυτα ειλικρινής»#14

3.2 Εισαγωγή μιας διαφορετικής οπτικής

Οι συμμετέχοντες από την ομάδα των θεραπ/μένων περιέγραψαν ως βοηθητική για την θεραπευτική συμμαχία την εισαγωγή μίας αναπλαισίωσης, μίας άλλης οπτικής, τόσο για θέματα άμεσα σχετιζόμενα με την εξάρτηση όσο και για πιο γενικές δυσκολίες που έχουν αντιμετωπίσει.

«..ότι τα ίδια πράγματα μου τα έδινε με διαφορετικό τρόπο έτσι, ώστε να τα κατανοήσω.»#8

«..ανακάλυψε πράγματα πάνω μου που για πολλά χρόνια τα κουβαλούσα μέσα μου νομίζοντας ότι είναι σωστές κινήσεις, ενώ ήταν λάθος. Μια διαφορετική, πραγματική ίσως, αλήθεια.»#4

3.3 Κάθε φορά κάτι καινούργιο

Οι θεραπευόμενοι αντιλαμβάνονταν ως μία σταδιακή, αθροιστική διαδικασία την συνολική πορεία της θεραπείας, ενώ το ίδιο φάνηκε να ισχύει και για την θεραπευτική σχέση.

«Έβλεπα βελτίωση μετά από κάθε συνεδρία»#2

«Μπορεί κάποιες φορές να είναι πιο μικρό, κάποιες φορές πιο μεγάλο, αλλά μικρά σκαλοπάτια. [...]Ναι, κάθε φορά κάτι προστίθεται στη συνεργασία»#6

Η εμπειρία των θεραπειών

Από την ανάλυση των συνεντεύξεων της ομάδας των θεραπειών προέκυψαν οι τέσσερις βασικές θεματικές ενότητες «Σχετικά με τον Θεραπευτή», «Σχετικά με τον Θεραπευόμενο», «Θεραπευτική Σχέση» και «Θεραπευτική Διαδικασία», οι οποίες διαιρούνται σε 14 υποκατηγορίες οι οποίες αναλύονται ακολούθως.

1 Σχετικά με τον θεραπευτή

Στην πρώτη θεματική ενότητα εντάσσονται οι υποκατηγορίες που περιγράφουν 1.1 «Στάσεις του θεραπευτή που βοηθούν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας» και 1.2 «Προσωπικά Χαρακτηριστικά του θεραπευτή».

1.1 Στάσεις θεραπευτή που βοηθούν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας

Σύμφωνα με την εμπειρία των θεραπειών, οι στάσεις που εκτιμούν ότι βοηθούν την ανάπτυξη μιας ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας με τους θεραπευόμενους περιλαμβάνουν την στάση αποδοχής και ενσυναίσθησης, τις βασικές δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης, το να είναι ευκρινώς προσδιορισμένο το πλαίσιο και τα όρια της συνεργασίας τους, τη στάση ουδετερότητας καθώς και τις προσπάθειες για ενδυνάμωση κινήτρου.

1.1.1 Στάση αποδοχής και ενσυναίσθησης

«[Στάση] αποδοχής, ενσυναίσθησης, κατανόησης, του μη κριτή, όσο γίνεται να μην παρεμβαίνεις, τουλάχιστον στην αρχή, στα πρώτα ραντεβού να έχεις μία στάση αποδοχής και κατανόησης» #1

1.1.2 Δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης

«είναι πολύ σημαντικά στα πρώτα ραντεβού με την έννοια ότι ακούμε, παρατηρούμε, δείχνουμε λεκτικά και έξω- λεκτικά ότι καταλαβαίνουμε, ανάλογα με αυτό που βλέπουμε προσπαθούμε να εξηγήσουμε, να κάνουμε τον άλλον να νιώσει άνετα, αν υπάρχει άγχος να κουβεντιάσουμε τι είναι αυτό που σκέφτεται ή φοβάται, με τι συναισθήματα έρχεται στο ραντεβού και να του δώσουμε να καταλάβει, με οποιονδήποτε τρόπο, ότι αυτός είναι το επίκεντρο της συνάντησης και οτιδήποτε γίνεται αφορά αυτόν και το αίτημα για το οποίο έρχεται στον χώρο.» #3

1.1.3 Ευκρινώς προσδιορισμένο το πλαίσιο και τα όρια συνεργασίας

«Είναι σημαντικό στους νεαρούς ανθρώπους να είναι ξεκάθαρο το πλαίσιο και οι όροι της επικοινωνίας: να είναι φιλικός μεν ο τρόπος επικοινωνίας, να υπάρχει η κατανόηση, η αποδοχή, αλλά με ξεκάθαρα όρια αυτής της σχέσης και να μην χαθούν αυτά.» #1

1.1.4 Στάση ουδετερότητας

Όπως περιέγραψε ένας θεραπευτής που ασχολείται με ζεύγη και οικογένειες, «Είναι βοηθητικό στην αρχή να υπάρχει μια πιο ουδέτερη στάση του θεραπευτή, για να καταλάβει λίγο τα δυναμικά που αναπτύσσονται ανάμεσα στους δύο που έχεις απέναντι και στην σχέση τους και μετά χρειάζεται να τους κάνεις και τους δύο να αισθανθούν άνετα.» #5

1.1.5 Ενδυνάμωση κινήτρου

«Να είμαι ξεκάθαρη από την αρχή ότι δεν υπάρχει μαγικός τρόπος και πρέπει και οι ίδιοι να πάρουν απόφαση ότι θα ξεκουμπωθούν, να ανοιχτούν» #3

1.2 Προσωπικά χαρακτηριστικά θεραπευτή

Οι θεραπευτές μίλησαν για προσωπικά τους χαρακτηριστικά που αντιλαμβάνονται ως βοηθητικά για το χτίσιμο της θεραπευτικής συμμαχίας με τους ασθενείς καθώς και για εκείνα που αντιλαμβάνονται ως λιγότερο βοηθητικά.

1.2.1 Ειλικρίνεια και γνήσιο ενδιαφέρον

«Να προσεγγίσουμε ένα άτομο με μία θεραπευτική περιέργεια σημαίνει ότι ενδιαφερόμαστε πραγματικά και αυτό το μεταδίδουμε [...] πρέπει να είσαι ειλικρινής και η βασική στάση του θεραπευτή πρέπει να είναι η ειλικρίνεια, σεβασμός, ειλικρίνεια και περιέργεια για τον τρόπο τον οποίο ο άνθρωπος αυτός, όταν είναι ατομική συστημική θεραπεία πχ, αντιλαμβάνεται τον κόσμο, αντιμετωπίζει την ζωή του, τις δυσκολίες του και ποιες λύσεις βρήκε μέχρι τώρα, γιατί το κάθε ψυχικό πρόβλημα είναι ταυτόχρονα και μία προσπάθεια λύσης σε κάτι το οποίο φέρνει το άτομο σε δύσκολη θέση» #9

1.2.2 Προσήγεια

«είμαι ανοιχτός άνθρωπος, είμαι καλή στις κοινωνικές σχέσεις. Έχω μία ευκολία να κάνω τον άλλον να αισθάνεται άνετα... είμαι πώς να το πω... welcoming... πώς να το πω... προσιτή» #9

1.2.3 Χρήση απλής και επεξηγηματικής γλώσσας

«Βοηθάει να γίνομαι αρκετές φορές άμεσος, κατανοητός, επεξηγηματικός [...] Το να καταλαβαίνει ο άλλος ότι μπορείς

να συνεννοηθείς με υλικό που σου φέρνει είτε είναι του σαλονιού, είτε του λιμανιού, που λέει ο λόγος.» #13

1.2.4 Εμπειρία

«Νομίζω ότι η εμπειρία βοηθάει γενικότερα. Η εκπαίδευση, είναι πολύ βασική, η οποία είναι και συνεχιζόμενη σε αυτό το επάγγελμα» #9

«Πέρα από το ότι είμαι αρκετά χρόνια συνολικότερα στην δουλεία, είμαι αρκετά χρόνια και στον χώρο των εξαρτήσεων. Έχω δουλέψει σε διαφορετικά πλαίσια και αυτό βοηθάει.» #13

1.2.5 Ικανότητες ενσυναίσθησης

«Έχω empathy, το παίρνω λίγο περισσότερο πάνω μου απ'ότι κάποιοι άλλοι θεραπευτές, αυτό προσπαθώ λίγο να το ελέγχω. Σίγουρα σε έναν βαθμό αυτό εισπράττεται από τον ασθενή και τον βοηθάει να παραμείνει στην σχέση» #7

«Είμαι ανοιχτός νομίζω γενικά σαν άνθρωπος και μπορώ να καταλάβω τις διαφορετικές ανάγκες, αντιλήψεις του άλλου ακόμα και αν εμένα μου είναι ξένες» #11

1.2.6 Φροντίδα

«Το ότι γενικά μπορεί να έχω μία ας πούμε λίγο φροντιστική, πατρική εικόνα, αυτό μπορεί να είναι επίσης βοηθητικό» #11

1.2.7 Κατευθυντική στάση

«Να προσπαθήσω να μην μπω κατευθυντικά απέναντι στον άλλον. Να ακούσω κάτι να με τρομάξει, να στεναχωρηθώ ή

να με δυσκολέψει η ιστορία του, θα προσπαθήσω να μην μπω κατευθυντικά» #5

1.2.8 Υπερβολική εμπλοκή/υπερβολικός βαθμός ενσυναίσθησης

«...το παίρνω λίγο περισσότερο πάνω μου απ'ότι κάποιοι άλλοι θεραπευτές, αυτό προσπαθώ λίγο να το ελέγχω.» #7

«Η υπερβολική ενσυναίσθηση κατά την άποψη μου μπορεί να φέρει μία υπερβολική ταύτιση, το οποίο δεν επιτρέπεται. Ο άλλος δεν ήρθε σε εμάς για να βρει τον εαυτό του, έρχεται γιατί χρειάζεται κάτι διαφορετικό έτσι, ώστε εκείνος να βρει τον εαυτό του.» #9

1.2.9 Burn-out

«τα πολλά χρόνια εργασίας είναι παράλληλα εμπόδιο γιατί κουράζομαι πιο εύκολα.» #9

1.2.10 Δυσκολία για οριοθέτηση

«Κάποιοι χρειάζονται παραπάνω οριοθέτηση που πολλές φορές εγώ δυσκολεύομαι να βάλω [...] Ουσιαστικά κάποια από τα θετικά χαρακτηριστικά [του θεραπευτή] σε κάποιους ανθρώπους μπορεί να λειτουργούν ανάποδα.» #11

1.2.11 Στάση ειδικού

«να αισθάνεται ότι ενδιαφέρεσαι γι' αυτόν, ότι τον ακούς, ότι δεν βιάζεσαι να πεις τα δικά σου και να του προτείνεις μία σειρά από τρόπους για να αντιμετωπίσει το θέμα του. Καταρχήν να νιώσει ότι είσαι εκεί για να τον ακούσεις και να τον νιώσεις [...] Άρα κάπου εδώ πρέπει να τον βοηθήσεις,

δεν είμαι εδώ ούτε για να τον μαλώσω, ούτε για να τον νουθετήσω. Είμαι ένας συνεργάτης σε μία προσπάθεια του να πάει καλύτερα, να προχωρήσει σε έναν υγιή δρόμο. Άρα θα του πούμε ένα πράγμα όσο και αν είναι και στενάχωρο, δυσάρεστο.» #13

1.2.12 Διαπολιτισμικές διαφορές

«Δεν ξέρω αν το γεγονός ότι είμαι ξένη, αν σε κάποιους δημιουργεί μία αίσθηση λιγότερης οικειότητας. Μπορεί κάποιες φορές να το έχω αντιληφθεί, μία στάση πιο αμυντική λόγω της διαφορετικής καταγωγής μου» #9

2 Σχετικά με τον θεραπευόμενο

Οι θεραπευτές περιέγραψαν Στάσεις και Προσωπικά Χαρακτηριστικά των Θεραπ/μενων τους που εκτίμησαν ότι βοήθησαν στο χτίσιμο της συμμαχίας μαζί τους καθώς και για τα προσωπικά χαρακτηριστικά που βοήθησαν λιγότερο.

2.1 Στάσεις θεραπευόμενου που βοηθούν στην θεραπευτική συμμαχία

Στάσεις θεραπευτών όπως η κινητοποίηση και το υψηλό κίνητρο για αλλαγή, η ενεργή συμμετοχή στην θεραπεία, αλλά και η ειλικρίνεια, φαίνεται να βοήθησαν τον θεραπευτή να συμμαχήσει με τον θεραπευ/μενο.

2.1.1 Κίνητρο και αίτημα για αλλαγή/θεραπεία

«Ήταν έτοιμος να δεσμευτεί όταν ήρθε εδώ [...] Εξαρτάται από το επίπεδο και του θεραπευόμενου αν θέλει να προχωρήσει, αν θέλει να δουλέψει πράγματα, αν φέρει υλικό να δουλέψει. Το κίνητρο..» #1

«...έρχεται κανείς συνειδητά, με την θέληση του να πάρει βοήθεια.» #3

2.1.2 Ενεργή συμμετοχή και συνυπευθυνότητα

«Ο θεραπευτής το προτείνει και δεν το επιβάλλει, το οποίο είναι θεωρώ στα πλαίσια του σεβασμού και επίσης τονίζει την συνυπευθυνότητά του. Δηλαδή το αποτέλεσμα της θεραπείας είναι ευθύνη του θεραπευτή, αλλά είναι και του θεραπευόμενου» #9

2.1.3 Ειλικρίνεια

«όταν καταλαβαίνω ότι ο άλλος είναι ειλικρινής ακόμα και στα πιο δύσκολα, είναι χαρακτηριστικό που με κάνει και εμένα να τον εμπιστευτώ, είναι αλληλένδετο αυτό» #9

2.2 Προσωπικά χαρακτηριστικά θεραπευόμενου

Οι θεραπευτές πρότειναν κάποια χαρακτηριστικά που κατέχουν οι θεραπευόμενοι τους που συμμετείχαν στην έρευνα, τα οποία βοήθησαν στην ανάπτυξη και στην εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης, αλλά και σε εκείνα που τους δυσκόλεψαν.

2.2.1 Ανεπτυγμένη ψυχολογική σκέψη

«Είναι ειλικρινής και παρόλη την ηλικία του, για εμένα είναι έκπληξη να δουλεύει πράγματα για τον εαυτό του [...] Το μορφωτικό, το επίπεδο ψυχολογικής σκέψης του [...] το να μπορεί μετά από τόσα χρόνια να δει μέσα του, να ψάχνει, να αναρωτιέται και να προβληματίζεται, θεωρώ ότι είναι πολύ σημαντικό και για τον ίδιο, αλλά και για την θεραπευτική συνεργασία.» #3

«Εντάξει, ένας άνθρωπος που δεν είναι πολύ κλειστός, που είναι ανοιχτός, να μιλήσει, να απαντήσει, να πει πράγματα για τον εαυτό του, που έχει ψυχολογική σκέψη, είναι πολύ σημαντικό, ένας άνθρωπος που καταλαβαίνει τι του γίνεται

είναι ψαγμένος είναι δουλεμένος, ένας άνθρωπος που δεν έχει τόση επιθετικότητα...» #5

2.2.2 Ικανότητες ψυχικής ανθεκτικότητας και καλό επίπεδο λειτουργικότητας

«είναι μία πάρα πολύ πονεμένη γυναίκα, έχει περάσει πολλές καταστάσεις στην ζωή της, έχει βρει τρόπο να τις αντιμετωπίσει ακόμα και όταν η στρατηγική αντιμετώπισης εμπεριέχει και ένα σύμπτωμα, δύσκολο σύμπτωμα. Έχει φλερτάρει με θάνατο, με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές καθόλη την διάρκεια της ζωής της, αλλά έχει μία απίστευτη δύναμη επιβίωσης. Αντιλαμβάνομαι κάτι resilient» #9

«είναι μία γυναίκα υψηλής λειτουργικότητας, νομίζω ότι είναι ένας άνθρωπος υψηλού νοητικού επιπέδου» #11

2.2.3 Συνέπεια και δέσμευση στην θεραπευτική συνεργασία

«Είναι ένα ιδιαίτερο παιδί, αρκετά έξυπνο [...] πάρα πολύ υπεύθυνος και συνεπής με ότι δεσμεύεται, αλλά εις βάρος των αναγκών του» #1

«Η μεγάλη του ανάγκη για σχέση μέσα από την δική μας θεραπεία. Η μεγάλη του ανάγκη για συναισθηματικές διορθωτικές σχέσεις μέσα από την δική μας σχέση» #7

2.2.4 Χιούμορ και καλές επικοινωνιακές δεξιότητες

«Εγώ βρήκα σε αυτή έναν άνθρωπο που έχει ενδιαφέροντα, που ασχολείται με ένα αντικείμενο που εμένα μου αρέσει και μέσα από αυτό συνδεθήκαμε [...] Μέσα από το χιούμορ, λίγο τον σαρκασμό και μια ειρωνεία ας πούμε...» #11

2.2.5 Δυσκολίες σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων

«...πάρα πολύ συναισθηματικά ευαίσθητο, εσωστρεφή και απομονωμένο από την οικογένειά του» #1

«Ήταν μία δύσκολη προσωπικότητα... με το που έφυγε το αλκοόλ, προέκυψαν διάφορα θέματα προσωπικότητας... να παρερμηνευε, κάποιες εμμονές, να κόλλαγε...#3

«είναι ένας δύσκολος άνθρωπος... στις επαγγελματικές της συναλλαγές έχει το όνομα της περίεργης, της δύσκολης...»#11

2.2.6 Απόλυτος τρόπος σκέψης

«...με δυσκολεύει όταν κολλάει σε εμμονές και λέω κάποια πράγματα και εκείνος επιμένει στο δικό του και τότε το κόβω»» #3

«Είναι απόλυτη σε κάποια πράγματα, γίνεται λίγο εριστική, προκλητική [...] Έβγαζε και εδώ απολυτότητες, που όμως τις άκουσα, δεν δυσφόρησα σε αυτό»#11

2.2.7 Μη ειλικρινής στάση

«Ότι στην προσπάθειά του να δείξει καλή εικόνα, δεν ήταν πάντα πολύ ειλικρινής με αυτά που ένιωθε και αυτά που του συνέβαιναν.» #7

«...στην αρχή δεν ήταν, προσπαθεί τώρα να είναι ειλικρινής» #9

2.2.8 Αντίσταση και απουσία κινήτρου για αλλαγή

«Ένας που έχει δυσκολίες, είναι εριστικός, πας να μιλήσεις μαζί του και του βγαίνει κάποια επιθετικότητα, οι

αντιστάσεις, η κλειστότητα, η απουσία ψυχολογικής σκέψης είναι πιο δύσκολη για έναν θεραπευτή. Ιδίως όταν δουλεύεις με εφήβους και παιδιά, που δεν έχουν ψυχολογική σκέψη, δεν έχουν ψαχτεί και βαριούνται να έρθουν σε θεραπεία γιατί τους φέρνουν οι οικογένειες, οι γονείς, και σου απαντούν μονολεκτικά, είναι πολύ δύσκολο εκεί. Σε κοιτάνε και κάπως περίεργα και σου λένε «δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα εδώ, έρχομαι γιατί με φέρνουν οι γονείς μου» και προσπαθείς να πιαστείς από κάπου, να αρχίσεις λίγο να κάνεις μια συζήτηση μαζί τους, είναι πιο δύσκολο.» #5

3 Θεραπευτική σχέση

Οι θεραπευτές περιέγραψαν έναν ορισμό που θα έδιναν εκείνοι για την θεραπευτική σχέση και στη συνέχεια, συζητώντας για τον πανθεωρητικό ορισμό του Bordin κλήθηκαν να δώσουν ένα παράδειγμα για τα τρία συστατικά της θεραπευτικής συμμαχίας, σύμφωνα με τον Bordin, τα οποία αποτελούν και τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου της θεραπευτικής συμμαχίας.

3.1 Η θεραπευτική συμμαχία κατά τους θεραπευτές

Η θεραπευτική συμμαχία σύμφωνα με τους θεραπευτές ορίζεται ως μία «ανθρώπινη σχέση», μία «συμφωνία» ανάμεσα στον ειδικό και τον θεραπευόμενο, η οποία βασίζεται στην «εμπιστοσύνη», στην «κατανόηση», στο «σεβασμό» και εμπνέει «ελπίδα» και «αισιοδοξία» για την βοήθεια που αιτείται ο εξυπηρετούμενος..

«Είναι μία κοινωνική ανθρώπινη σχέση που όμως έχει κάποιες ιδιαιτερότητες: είναι πολύ κοντινή, είναι πολύ προσωπική, αλλά ταυτόχρονα επιβάλλει να έχει όρια και επαγγελματική στάση εκ μέρους του θεραπευτή [...] προϋποθέτει μία αμοιβαία εμπιστοσύνη, η οποία κερδίζεται στην διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης [...] διαμορφώνεται και εξελίσσεται σε όλη την διάρκεια της θεραπείας και

χρειάζεται κινήσεις διορθωτικές και εκ μέρους του θεραπευτή και εκ μέρους του θεραπευόμενου.» #9

«είναι μία σημαντική σχέση, η οποία μπορεί να εμπεριέχει στοιχεία από άλλες σημαντικές σχέσεις, στοιχεία δεσμού πχ., αυτό μας δίνει πολύ σημαντική πληροφορία για τον ίδιο τον θεραπευόμενο.» #9

«Το πόσο μπορώ να καταλάβω τα προβλήματα και τις δυσκολίες του θεραπευόμενου, πόσο μπορώ να νιώσω ότι ανοίγεται και βγάζει, παρουσιάζει σε σημαντικό βαθμό αυτά που τον απασχολούν, πόση εμπιστοσύνη δείχνει στην σχέση που αναπτύσσεται και πόσο αυτή η σχέση, νιώθω ότι είναι ένα προχώρημα πιθανά και για τους δύο.» #11

«Μία συμφωνία δύο ενηλίκων αφού είμαι και ψυχίατρος ενηλίκων, γύρω από την εργασία τους ως προς το καλό στην πορεία και την ζωή ενός ανθρώπου, που έρχεται με ένα συγκεκριμένο πρόβλημα.» #13

3.2 Τα τρία συστατικά της θεραπευτικής συμμαχίας

« [ο δεσμός] ίσως είναι λίγο πιο σημαντικός γιατί αυτός μας διασφαλίζει την μείωση, αυτή η σχέση διασφαλίζει την μείωση. Ο συγκεκριμένος δεν θα μπορούσε να κόψει αν δεν υπήρχε αυτή η θεραπευτική σχέση» #7

«Νομίζω ότι το πρωταρχικό είναι ο δεσμός, είναι το βασικότερο και αυτό σε μεγάλο βαθμό θα επηρεάσει τα υπόλοιπα. Βέβαια και τα υπόλοιπα μπορεί να έχουν πρωταρχική σημασία στο να βαθύνουν τον δεσμό» #13

«Είναι αλληλένδετα. Νομίζω ότι ο δεσμός είναι ας πούμε η βάση στην οποία δρουν τα άλλα δυο συστατικά, αλλά και ο δεσμός [...] επηρεάζεται από τα άλλα δυο συστατικά» #9

«και τα τρία είναι απαραίτητα, ο συντονισμός τους οδηγεί στο αποτέλεσμα» #3

3.3 Θεραπευτική συμμαχία και παραμονή στην θεραπεία

«Πολύ σημαντική. Είναι ο ακρογωνιαίος λίθος. Κανένας δεν μένει σε μία συνεδρία αν δεν υπάρχει η θεραπευτική σχέση. Όλοι φεύγουν, ακόμα και αυτοί που μπορεί να έχουν επωφεληθεί μέσα σε λίγες συνεδρίες» #7

«Αν δεν υπήρχε μία καλή θεραπευτική σχέση, δεν θα έκανε πάνω από τέσσερα πέντε ρ/β και ίσως λέω και πολλά. Ισχύει για πολύ κόσμο, αλλά η συγκεκριμένη ασθενής δεν θα παρέμενε.» #11

4 Θεραπευτική διαδικασία

Οι θεραπευτές περιέγραψαν λειτουργίες και πλευρές της θεραπευτικής διαδικασίας όπως είναι η επίδραση της θεωρητικής τους κατεύθυνσης, οι τεχνικές και το πλαίσιο του Προγράμματος, οι οποίες επηρεάζουν την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας με τον θεραπευόμενο. Τονίζονται επίσης η σημασία του κατάλληλου χρόνου, η συμμετοχή του θεραπευτή στην προσπάθεια του θεραπευμένου για ανακατασκευή του προσωπικού του νοήματος, η μορφή μίας διορθωτικής συναισθηματικής σχέσης που μπορεί να πάρει η θεραπεία όπως επίσης το θέμα του στίγματος και των ενοχών σχετικά με την εξάρτηση, καθώς κατά τους θεραπευτές είναι ζητήματα που συμβαίνουν κατά την θεραπευτική διαδικασία και επιδρούν άμεσα στην σχέση τους με τον θεραπευμένο τους.

4.1 Επίδραση θεωρητικού πλαισίου

4.1.1 Ολιστική Προσέγγιση

«Η θεωρητική μου κατεύθυνση στηρίζεται στο μοντέλο της ολιστικής προσέγγισης [...] εξατομικευμένη αντιμετώπιση σύμφωνα με τις ανάγκες, την προσωπικότητα, με το πρόβλημα. Η δική μου στάση είναι να προσπαθώ να ακούσω, να καταλάβω, να συναισθανθώ την θέση και το πρόβλημα του άλλου και να μπορέσω να βοηθήσω, παρέχοντας στήριξη.» #3

4.1.2 Συστημική Προσέγγιση

«Η συστημική θεραπεία, η οποία όπως την καταλαβαίνω εγώ είναι αρκετά ανοιχτή ως προς το πώς είναι ο θεραπευτής απέναντι στη θεραπευτική σχέση. Πολλές φορές ο θεραπευτής μπορεί να αποκαλύψει στοιχεία για τον εαυτό του, αλλά πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός και να το κάνει πολύ επιλεγμένα, πρέπει να ξέρει πώς να το κάνει. Και αυτό μπορεί να βοηθήσει κάπως την θεραπευτική σχέση, να αισθανθεί ο θεραπευόμενος πιο άνετα» #5

«Η θεραπευτική προσέγγιση στην οποία έχει εξειδικευθεί [ο θεραπευτής] διαμορφώνει την μεθοδολογία, δηλ. μας δίνει ένα know how, μας δίνει τις βασικές οδηγίες σχετικά με το πώς θα διαμορφώσουμε την θεραπευτική σχέση και χωρίς αυτό τον μπούσουλα είναι πολύ πιο δύσκολο να είναι ο θεραπευτής σε θέση να προσεγγίσει τον θεραπευόμενο και να εφαρμόσει τις μεθοδολογίες οι οποίες γνωρίζουμε ότι μπορεί να είναι αποτελεσματικές. Στην αρχή ως θεραπευτική σχέση είχαν αναλύσει έννοιες όπως το joining, η σύνδεση, το engagement που σημαίνει η εγκατάσταση της σχέσης που έλεγε ο Salvador Minuchin ή την έννοια της ουδετερότητας που είχε η ομάδα του Μιλάνο.» #9

4.1.3 Ψυχοδυναμική Προσέγγιση

«Στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία η θεραπευτική σχέση είναι πιο σημαντική από άλλες θεραπείες και γι' αυτό λέμε σημασία δεν έχει τι κάνει ο θεραπευτής, αλλά τι είναι ο θεραπευτής. Το τι είναι ο θεραπευτής είναι η προσωπικότητά του, η εκπαίδευσή του, η κλινική του εμπειρία, το σύστημα αξιών του και αυτό προσδιορίζει και την θεραπευτική σχέση» #7

«Σύμφωνα με το ψυχοδυναμικό μοντέλο είναι πολύ σημαντικό στο να κατανοήσεις πράγματα για τον ασθενή σου, δηλαδή να δουλέψεις μέσα σου το υλικό που φέρνει ο ασθενής και όχι για τις τεχνικές που θα χρησιμοποιήσεις στην επαφή σου μαζί του.» #13

4.2 Τεχνικές

«Οι αρχές της συνέντευξης. Είναι πολύ σημαντικό στα πρώτα ραντεβού να ακούμε, να παρατηρούμε, να δείχνουμε λεκτικά και έξω-λεκτικά ότι καταλαβαίνουμε, [...] να κάνουμε τον άλλον να νιώσει άνετα, αν υπάρχει άγχος να κουβεντιάσουμε τι είναι αυτό που σκέφτεται ή φοβάται, με τι συναισθήματα έρχεται στο ραντεβού και να του δώσουμε να καταλάβει, με οποιονδήποτε τρόπο, ότι αυτός είναι το επίκεντρο της συνάντησης και οτιδήποτε γίνεται αφορά αυτόν και το αίτημα για το οποίο έρχεται» #3

«Ίσως τις μη κατευθυντικές αν θα μπορούσαμε να τις βάλουμε σε μία πιο γενική ομάδα, όπου ο θεραπευτής χρειάζεται να δώσει χώρο στον θεραπευόμενο, να μπορέσει να εκφράσει ποιες είναι οι δυσκολίες του, ποια είναι τα προβλήματά του, να τον ακούσει, να εστιάσει σε αυτά, αλλά να εστιάσει και στις λειτουργικές του πλευρές και στα θετικά του σημεία για να μπορέσει ο άλλος να φύγει με μία αίσθηση

ότι κάτι παίρνω από εδώ πέρα και αυτός ο άνθρωπος κάπως με ακούσει, με σέβεται, με καταλαβαίνει [...] η αίσθηση του θεραπευτή κατά τη μοντέρνα σχολή της συστημικής όπου ο θεραπευτής είναι ο μη ειδικός, δεν έχει τις απαντήσεις για όλα. Ο θεραπευτής συν-κατασκευάζει την πραγματικότητα, μαζί με τον θεραπευόμενο.[...] Αυτό που λέμε ουδετερότητα στην συστημική θεωρία, πρέπει να είναι ουδέτερος, να μην παίρνει μέρη, να μην συμμαχεί μόνο με τον έναν. Να έχει την περιέργεια, να θέλει να μάθει πληροφορίες για τον άνθρωπο, μια περιέργεια όπως είναι η παιδική περιέργεια, να είναι γνήσιο όλο αυτό, όχι κάτι φτιαχτό» #5

«Η ενεργητική ακρόαση [...] ο θεραπευτής πρέπει να είναι active [...] η έννοια της κυκλικότητας. Δηλαδή, η δράση μας βασίζεται στο feedback που μας δίνει ο άλλος και την διορθώνουμε συνεχώς [...] με κάποιο τρόπο προσπαθώ να βοηθήσω τον θεραπευόμενο να αναστοχαστεί σε αυτό που κάνουμε μαζί» #9

«Σίγουρα βοηθάει ένα τεχνικό κομμάτι ότι εγώ είμαι χρόνια στη δουλεία είμαι αρκετά πεπειραμένος και αυτό με κάποιο τρόπο το εισπράττει ο άνθρωπος που είναι απέναντί μου [...] αρκετές φορές θα του προσφέρω και κάποιες πληροφορίες γύρω από το όλο θέμα, βέβαια αρκετά συχνά προσφέρω και ένα κομμάτι διευκρινήσεων γύρω από το κομμάτι των εξαρτήσεων» #13

4.3 Επίδραση θεραπευτικού πλαισίου

Οι θεραπευτές μίλησαν για το πώς εκτιμούν ότι επιδρά στην θεραπευτική σχέση που έχουν χτίσει με τον θεραπευόμενό τους το πλαίσιο του Προγράμματος «Αθηνά». Επιπλέον, κάποιιοι παρέθεσαν και την γενικότερη εμπειρία τους μέσα από την ανατροφοδότηση που έχουν δεχτεί γενικότερα από εξυπηρετούμενους, ενώ κάποιιοι αναφέρθηκαν και σε πιο πρακτικά ζητήματα που πιστεύουν ότι δυσκολεύει την συνεργασία τους με τους θεραπευόμενους.

4.3.1 Λειτουργία «ανοιχτού» θεραπευτικού Προγράμματος

«(λειτουργεί) σε εξωτερική βάση και υπάρχει αυτή η ευελιξία των ραντεβού [...] τον βοηθάει γιατί έχει και τις δικές του δραστηριότητες και υπάρχει η δυνατότητα τροποποίησης του ραντεβού [...] νομίζω ότι τον βοήθησε το πλαίσιο αυτό, ότι ήμασταν ανοιχτό ψυχοθεραπευτικό χωρίς αυτούς τους σκληρούς, άκαμπτους κανόνες»#1

«Επιδρά θετικά το γεγονός ότι είναι ένα πρόγραμμα που αφήνει μεγάλη ελευθερία στην διαμόρφωση της θεραπευτικής προσέγγισης, δεν υπάρχει ένα πρωτόκολλο συγκεκριμένο στο οποίο πρέπει θεραπευόμενοι και θεραπευτές να προσαρμοστούν με βήματα, με χρόνους κλπ, έχουμε αυτό το πιο ανοιχτό, το οποίο επιδρά θετικά» #9

4.3.2 Καλή συνεργασία προσωπικού

«Η σταθερότητα των ραντεβού, η καλή συνεργασία γραμματείας και του υπόλοιπου προσωπικού, ο αξιοπρεπής χώρος, όλα αυτά βοηθούν θετικά στην διατήρηση αυτής της θεραπευτικής σχέσης» #7

4.3.3 Δημόσιος χαρακτήρας

«Είναι σαν κάποιος να βλέπει ανθρώπους στο γραφείο του ή στο ιατρείο του. Αυτό από μόνο του διευκολύνει ανθρώπους που θέλουν να δουλέψουν εξατομικευμένα, μπορεί να μην τους αρέσει να μπαίνουν σε μία ομάδα .Δεν υπάρχει χρονικό όριο λήξης, δεν υπάρχει οικονομική επιβάρυνση εδώ πέρα, οπότε αισθάνονται ότι είναι ένας δημόσιος χώρος, ο άλλος δεν είναι εδώ για να κοιτάξει να βγάλει χρήματα, αλλά αν δείχνει ενδιαφέρον πραγματικά, δείχνει γιατί μπορεί να ενδιαφέρεται για εμένα, μπορεί να εμπιστευτούνε διαφορετικά ίσως, σε έναν δημόσιο χώρο» #5

4.3.4 Πρακτικές δυσκολίες σε λειτουργικό επίπεδο

«..θεσμικά ζητήματα που μπορούν να επιδρούν αρνητικά, π.χ. η οργάνωση κάποιες φορές ίσως κάνει νερά, τα πρακτικά ζητήματα τύπου χρειάζεται να πάρεις ένα τηλέφωνο και δεν λειτουργεί το ένα ή το άλλο, η επικοινωνία με τους θεραπευόμενους δεν είναι πάντοτε πολύ εύκολη, πιο πολύ οργανωτικά θέματα τα οποία επηρεάζουν τις θεραπευτικές σχέσεις. Και το φόρτο εργασίας, για εμένα ειδικά.» #9

«Τα τελευταία χρόνια έχει λίγο ατονήσει το κομμάτι της ανάλυσης περιστατικών που κάναμε μία φορά την εβδομάδα» #13

4.4 Σημασία κατανόησης και αξιολόγησης του προσωπικού χρόνου αλλαγής

Οι θεραπευτές επισήμαναν την σημασία που έχει ο χρόνος και η κατάλληλη στιγμή στην θεραπεία.

«Ο καθένας είναι διαφορετικός και σε άλλο χρόνο έτοιμος, σεβαστό και αυτό» #3

«Άλλος είναι ο ψυχικός χρόνος του ανθρώπου που έρχεται στην θεραπεία με την έννοια ότι όλοι μας έχουμε έναν ψυχικό χρόνο. Τι σημαίνει αυτό; Σημαίνει ότι θέλουμε κάποιο χρόνο να κάνουμε τις αλλαγές στην θεραπεία [...] χρειάζεται να καταλάβω τον δικό σου χρόνο και να προσαρμοστώ σε αυτό» #5

4.5 Συγκατασκευή νοημάτων

Την ψυχοθεραπεία ως προσπάθεια να βοηθηθεί ο θεραπ/μενος να κάνει μία νέα, πιο λειτουργική κατασκευή των νοημάτων, μία «επαναφήγηση» της προσωπικής του ιστορίας, ορίζουν οι θεραπευτές στην παρούσα θεματική ενότητα.

«Ο θεραπευτής συν-κατασκευάζει την πραγματικότητα, μαζί με τον θεραπευόμενο.» #5

« Όταν λέμε ότι η βασική αλλαγή προκύπτει, σύμφωνα με τις σύγχρονες απόψεις στην οικογενειακή θεραπεία, ως συν-κατασκευή του θεραπευτή με τον θεραπευόμενο ή με την οικογένεια, καταλαβαίνεις πόσο εμπλέκεται και το πρόσωπο του θεραπευτή ως πρόσωπο.» #9

4.6 Διορθωτικές συναισθηματικές σχέσεις

Οι θεραπευτές φάνηκε να εντοπίζουν την ανάγκη για συναισθηματικές σχέσεις με διορθωτικό χαρακτήρα, σε σχέση με τις μέχρι τώρα δυσλειτουργικές εμπειρίες των ασθενών, αλλά και το πώς μπορεί αυτό το στοιχείο να αξιοποιηθεί στη θεραπεία, προς όφελος πάντα του εξυπηρετούμενου.

«Ίσως παίζει ρόλο το ότι είμαι γυναίκα. Μου έρχεται στο μυαλό και άλλο ένα άτομο που δεν είχε καλές σχέσεις με την μητέρα του και ίσως παίζει ένα ρόλο επαναπροσέγγισης με το άλλο φύλο ή με το μητρικό, μια άλλη εμπειρία με μια μητρική φιγούρα.» #1

«Αναδείχθηκαν κάποιες δυσκολίες στην επικοινωνία με τους άλλους και η δική μας επικοινωνία ήταν αυτό το παράδειγμα που μετέφερε και τον βοήθησε» #3

«Η μεγάλη του ανάγκη για σχέση μέσα από την δική μας θεραπεία. Η μεγάλη του ανάγκη για συναισθηματικές διορθωτικές σχέσεις μέσα από την δική μας σχέση» #7

4.7 Στίγμα και ενοχές

Σε πολλές ερωτήσεις σχετικά με στάσεις και χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου, προέκυψε το θέμα του στίγματος που υπάρχει τόσο για την ουσιοεξάρτηση όσο και για την ψυχοθεραπεία σχετικά με τα προβλήματα αυτά.. Επιπλέον, σε αυτή την θεματική ενότητα συμπεριλαμβάνονται και οι περιγραφές των θεραπειών σχετικά με ενοχικές συμπεριφορές των θεραπ/μενων τους που έχουν αντιληφθεί στην συνεργασία τους έως τώρα.

«Όταν μιλάμε για πληθυσμό εξαρτημένων βέβαια μπαίνουν και θέματα ενοχικά, είναι το στίγμα που έτσι και αλλιώς υπάρχει σε μία κατάσταση, που αυτά πολλές φορές είναι εμπόδια, είναι το θέμα της εμπιστοσύνης με τις πληροφορίες πως αυτές καμιά φορά διαχέονται σε άλλους (οικογένεια και οποιονδήποτε άλλον μπορεί να ενδιαφέρεται), είναι λίγο το θέμα του μοιράσματος μυστικών και δύσκολων καταστάσεων που αυτό θέλει χρόνο για να γίνει, δεν μπορεί να γίνει εύκολα...» #11

«Να του εξηγήσω ότι δεν χρειάζεται να είναι πάντα ο καλός μαθητής δηλαδή έχει μία τάση να είναι αρκετά ενοχικός, όταν κάτι δεν πήγαινε καλά αφού κάμποσες φορές κάτι δεν πήγαινε καλά.» #13

«Αρκετά ενοχικός όταν κάτι δεν πάει καλά, που είναι ένα από τα πράγματα που συνολικότερα δουλεύω στις εξαρτήσεις, αλλά και με τον συγκεκριμένο άτομο το δουλεύω περισσότερο» #13

Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της εμπειρίας θεραπευτή και θεραπευόμενου αναφορικά με την θεραπευτική συμμαχία και την σύνδεσή της με την παραμονή στην θεραπεία, στον τομέα των ουσιοεξαρτήσεων. Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε ως πλέον κατάλληλη ήταν μικτή, ένας συνδυασμός ποσοτικής και ποιοτικής. Οι συμμετέχοντες, θεραπευτές και θεραπευόμενοι, αφού ενημερώθηκαν για τον σκοπό και την διαδικασία της έρευνας και συμφώνησαν, συμπλήρωσαν, σε πρώτη φάση, την αντίστοιχη για την ομάδα τους φόρμα του Ερωτηματολογίου Θεραπευτικής Συμμαχίας (Working Alliance Inventory-W.A.I.) και στην συνέχεια παραχώρησαν στην ερευνήτρια ατομικές ημι-δομημένες συνεντεύξεις, βασισμένες σε μεταφρασμένα και προσαρμοσμένα πρωτόκολλα συνεντεύξεων σχετικά με την θεραπευτική συμμαχία.

Τα ερευνητικά ερωτήματα για την ομάδα των θεραπευομένων αφορούσαν τα εξής θέματα: την προηγούμενη εμπειρία ψυχοθεραπείας, πως βοήθησε ο θεραπευτής στο να αναπτυχθεί η θεραπευτική σχέση μεταξύ τους, αν υπήρξε κάτι που έκανε ο θεραπευτής και δεν βοήθησε στην ανάπτυξη της σχέσης αυτής και, τέλος, τι ακόμα θα μπορούσε να κάνει ο θεραπευτής το οποίο θα ήταν πιο βοηθητικό για την θεραπεία τους. Για την ομάδα των θεραπευτών, τα κύρια ερωτήματα αφορούσαν τα εξής θέματα: πως οι θεραπευτές αντιλαμβάνονται την έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας, ποια είναι τα επιμέρους φαινόμενα σε μία συνεδρία που βοηθούν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας, τι είναι αυτό που κάνουν οι θεραπευτές για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, πως επιδρά σε αυτή η προσωπικότητα των ίδιων, αλλά και των θεραπ/μενων τους και τέλος, ποια είναι η σχέση ανάμεσα στην θεραπευτική συμμαχία με το θεραπευτικό αποτέλεσμα σύμφωνα με την εμπειρία τους

Τα ευρήματα, ύστερα από την ποιοτική ανάλυση φαινομενολογικής προσέγγισης, εμπεριέχουν συνολικά επτά θέματα: από την οπτική των θεραπευομένων, αναδείχθηκαν σημαντικά ευρήματα Σχετικά με τον Θεραπευτή, την Αποτελεσματικότητα και την Θεραπευτική Διαδικασία. Η εμπειρία των θεραπειών αντιπροσωπεύεται από τις θεματικές ενότητες Σχετικά με τον Θεραπευτή, με τον Θεραπευόμενο, με την Θεραπευτική Σχέση και με την Θεραπευτική Διαδικασία. Στη συνέχεια, οι ενότητες που απαντούν τα ερωτήματα αυτής της εργασίας, επεξηγούνται πλήρως, εκτιμάται η σχέση τους με δεδομένα άλλων ερευνών και επισημαίνονται επιπλέον σημαντικά συμπεράσματα, κατά την ερευνητήρια.

Θεραπευτική Συμμαχία: Η εμπειρία του ειδικού και του θεραπευόμενου

Το μεγαλύτερο μέρος της υπάρχουσας βιβλιογραφίας αποτελείται από θεωρητικούς ορισμούς, περιγραφές και εκτιμήσεις των ειδικών για την έννοια και τον ρόλο της θεραπευτικής σχέσης στην θεραπεία, ενώ οι αντίστοιχες εκτιμήσεις των θεραπευομένων είναι κυρίως ποσοτικής φύσης, μέσα από την χρήση ποσοτικών κλιμάκων και ερωτηματολογίων. Για τις ποσοτικού τύπου εκτιμήσεις πχ, υπάρχουν ενστάσεις πως οι θεραπευόμενοι καλούνται να αξιολογήσουν την θεραπευτική σχέση που έχουν αναπτύξει ή πρόκειται να αναπτύξουν με τον θεραπευτή τους (ανάλογα με την χρονική στιγμή της χορήγησης της κλίμακας), σε μία δομημένη κλίμακα, η οποία κατασκευάστηκε βάσει του ορισμού και των επιμέρους διαστάσεων που έχουν ήδη δοθεί από τους ειδικούς (Krause, Altimir και Horvath, 2011). Η έμφαση αυτή στην πλευρά του ειδικού μπορεί να δικαιολογηθεί από το σκεπτικό πως η ενδυνάμωση χαρακτηριστικών και πρακτικών του θεραπευτή που οδηγούν σε καλύτερα επίπεδα της θεραπευτικής σχέσης μπορεί να συνδεθεί με καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Heinonen και συν., 2014). Διαφορετικά, στην παρούσα εργασία, δόθηκε έμφαση

στην διερεύνηση και απόδοση με την ίδια μεθοδολογία της εμπειρίας τόσο των θεραπευτών όσο και των θεραπευομένων.

Δύο σημαντικά ευρήματα που προέκυψαν από την φαινομενολογική ανάλυση των δεδομένων τόσο από την ομάδα των θεραπευτών όσο και από την ομάδα των θεραπευομένων είναι: α) ο ορισμός προσωπικών χαρακτηριστικών του θεραπευτή που βοηθούν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας και β) στοιχεία της θεραπευτικής διαδικασίας που συνδέονται με την έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας και συντελούν στα ικανοποιητικά επίπεδα αυτής για τα επτά θεραπευτικά ζευγάρια.

A) Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή που βοηθούν σχετίζονται με έννοιες της ενσυναίσθησης, της αμεσότητας, του σεβασμού και με στάση γνήσιου ενδιαφέροντος, ουδετερότητας και ενεργητικής ακρόασης. Τα χαρακτηριστικά αυτά υποστηρίζονται βιβλιογραφικά σε πολυάριθμες έρευνες (Gelso 2014, Nienhuis και συν., 2018. Wampold, 2015. Θεοφίλου και συν. 2015. Καλαντζή-Αζίζι, 1990.) και δεν διαφοροποιούνται στην θεραπεία της ουσιοεξάρτησης από άλλου είδους θεραπείες.

B) Σχετικά με την θεραπευτική διαδικασία, οι θεραπευόμενοι περιέγραψαν ως σημαντικούς παράγοντες το κλίμα της συνεδρίας, την εισαγωγή μίας διαφορετικής οπτικής και το γεγονός ότι κάθε φορά προστίθεται κάτι καινούριο. Το κλίμα της συνεδρίας, μία θεματική κατηγορία που περιλαμβάνει παράγοντες πρακτικούς όπως ο χώρος των συνεδριών, χαρακτηριστικά θεραπευτή όπως το «ενδιαφέρον», η «ζεστασιά» και το «κλίμα οικειότητας» επιβεβαιώνονται και από άλλες έρευνες που μελέτησαν την εμπειρία των θεραπ/μενων ως προς την θεραπευτική συμμαχία. Σε έρευνα των Shattell, Star και Thomas (2007) όπου διερευνήθηκαν ποιοτικά οι θεραπευτικοί παράγοντες της θεραπευτικής συμμαχίας σε λήπτες υπηρεσιών ψυχικής

υγείας, τρία βασικά θέματα που ανέκυψαν αφορούσαν την δημιουργία δεσμού ανάμεσα στον ειδικό και τον θεραπευόμενο, το να προσεγγίσει ο ειδικός τον θεραπευόμενο ως άνθρωπο και πέρα από την διάγνωση ή τα συμπτώματα που παρουσιάζονται καθώς και να τον βοηθήσει να βρει την λύση. Η εισαγωγή μίας διαφορετικής οπτικής επιβεβαιώνεται από ερευνητικά δεδομένα του ελληνικού χώρου. Συγκεκριμένα οι Καμπόλη και Ρακιτζή (2017) στον χώρο της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας επισημαίνουν την συμβολή του συνεργατικού εμπειρισμού, τον έλεγχο και τον πειραματισμό σε πραγματικές συνθήκες σκέψεων του θεραπευόμενου, σε συνεργασία με τον θεραπευτή. Άλλωστε, αρκετοί θεραπευτές τόνισαν την χρήση τεχνικών της συγκεκριμένης προσέγγισης στην θεραπεία εξαρτήσεων. Το τελευταίο θέμα εκτιμάται ότι θα μπορούσε να συνάδει με την τρίτη υποκατηγορία της παρούσας εργασίας όπου οι θεραπευόμενοι, εκτιμώντας την γενικότερη σταδιακή τους πορεία, περιέγραψαν πως σε κάθε συνεδρία, κάτι προστίθεται στην πορεία της θεραπείας τους καθώς με την θεματική ενότητα της Αποτελεσματικότητας.

Οι θεραπευτές περιέγραψαν την Θεραπευτική Διαδικασία με συστατικά όπως α) η επίδραση του θεωρητικού τους πλαισίου, το οποίο διαπιστώνεται και βιβλιογραφικά από έρευνες και μετα-αναλύσεις ερευνών σχετικά με την σύνδεση της θεραπευτικής συμμαχίας και τα κυριότερα θεραπευτικά μοντέλα (Norcross, 2011., Gelso, 2014., Shafran και συν., 2017.), β) τις τεχνικές, όπου έρευνα του Kazatzis (2015) έχει αναδείξει την σημασία των τεχνικών για το αποτέλεσμα της θεραπείας και τον συμπληρωματικό τους ρόλο με μία καλά εδραιωμένη θεραπευτική συμμαχία, γ) την σημασία κατανόησης ψυχικού χρόνου, εύρημα που συμφωνεί με τα αποτελέσματα ερευνών των Shafran, Kivlighan, Gelso, Bhatia και Hill (2016, δ) τις διορθωτικές συναισθηματικές σχέσεις τις οποίες η ψυχοθεραπεία στοχεύει να αναπλαισιώνει, ε)

την επίδραση του θεραπευτικού πλαισίου, για το οποίο συστατικό δεν υπάρχουν αναφορές στην βιβλιογραφία. Τέλος, οι θεραπευτές επισημαίνουν επίσης τον ρόλο του στίγματος που σχετίζεται με την ουσιοεξάρτηση και των συναισθημάτων ενοχής που μπορεί να βιώνουν οι θεραπευόμενοι.

Οι δύο τελευταίες υποενότητες, σχετικά με την Θεραπευτική Διαδικασία που προέκυψαν από την ομάδα των θεραπευτών, δείχνουν να συμφωνούν με ευρήματα των Kendra, Mohr και Pollard (2014) οι οποίοι εξέτασαν το πώς επηρεάζει την θεραπεία το στίγμα των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε διαφορετικές χρονικές στιγμές της θεραπευτικής διαδικασίας καθώς και το πώς ο βαθμός του στίγματος θα μπορούσε να προβλέψει την δέσμευση των θεραπ/μένων, την θεραπευτική συμμαχία και την πορεία της συνυπάρχουσας ψυχικής διαταραχής (πχ. κατάθλιψη). Κατά τους συγγραφείς, το στίγμα διαχωρίζεται σε εκλαμβανόμενο από εξωτερικούς, κοινωνικούς παράγοντες (Public Perceived Stigma) και ενδο-ατομικό (Self- Stigma) το οποίο αφορά άτομα που εσωτερικεύουν το «δημόσιο» στίγμα καθώς κατηγορούν και μειώνουν τον εαυτό τους για την ψυχική τους κατάσταση. Στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας με το ενδο-ατομικό στίγμα, ειδικότερα στο αρχικό στάδιο της θεραπείας. Το εύρημα αυτό μεταφράζεται ως ένας πιθανός παράγοντας κινδύνου στο αρχικό στάδιο της θεραπείας για την θεραπευτική συμμαχία και την συνέχισή της. Ωστόσο, τα ευρήματα των μετρήσεων που συνέκριναν την μετέπειτα πορεία των θεραπευομένων, έδειξαν πως δεν είχαν όλοι το ίδιο αποτέλεσμα, όπως θα υποστηριζόταν από την παραπάνω υπόθεση: Για κάποιους από τους συμμετέχοντες, τα υψηλότερα επίπεδα του ενδο-ατομικού στίγματος, κατά την συνέχεια της θεραπείας είναι αφορμή για καλύτερα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας καθώς ο θεραπευόμενος μπορεί αρχικά να προσεγγίσει την θεραπεία με επιφύλαξη, δισταγμό και να δημιουργείται έτσι η

απόσταση ανάμεσα στους ίδιους και στους θεραπευτές τους, στην συνέχεια όμως φαίνεται πως η αύξηση των συναισθημάτων που συνδέονται με το στίγμα, μετατρέπεται σε ανάγκη να ζητήσουν μεγαλύτερη υποστήριξη από τον θεραπευτή τους. Επιπλέον, νιώθοντας παραπάνω ασφάλεια στην θεραπεία μπορούν να επεξεργαστούν τα συναισθήματα που συνδέονται με το ενδο-ατομικό στίγμα.

Σχετικά με τα ενοχικά συναισθήματα, σε έρευνα που μελετούσε τα επίπεδα της Θεραπευτικής Συμμαχίας σε διπολικούς ασθενείς και στην φροντίδα των νοσοκόμων κατά την διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, ένα βασικό θέμα που προέκυψε ήταν ότι η βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό με την μορφή της διευκρίνισης των καταθλιπτικών σκέψεων και συναισθημάτων όπως είναι η ανησυχία, η έλλειψη συγκέντρωσης, η ανασφάλεια και οι ενοχές βοήθησαν τόσο στην ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας όσο και στην ανάκαμψη των θεραπ/μένων από το επεισόδιο (Stegink και συν., 2015).

Εξετάζοντας την ενοχή σε συστημικό επίπεδο, οι Cohen-Filipic και Bentley (2015) διερεύνησαν ποιοτικά τα συναισθήματα ενοχής, ευθύνης και ντροπής γονέων των οποίων τα παιδιά αντιμετωπίζουν καταστάσεις συννοσηρότητας προβλημάτων ψυχικής υγείας και ουσιοεξάρτησης. Βρέθηκε πως τα τρία παραπάνω συναισθήματα επιδρούν σημαντικά στην δέσμευση και την πορεία της θεραπείας καθώς φαίνεται πως α) οι γονείς συσχετίζουν τα συναισθήματα ντροπής με τις αλληλεπιδράσεις που έχουν με επαγγελματίες ψυχικής υγείας και β) συνδέουν προσωπικά τους χαρακτηριστικά, πρακτικές τους από τον ρόλο τους ως γονείς και άλλα θέματα σχέσεων με εμπειρίες ντροπής και ενοχής που βιώνουν όταν αντιμετωπίζουν προκλήσεις, οι οποίες απορρέουν από τα προβλήματα υγείας των παιδιών τους.

Ο Barrett (1995) έχει στο παρελθόν αναφερθεί στις δυσκολίες που επιφέρει το συναίσθημα της ντροπής στο σχετίζεσθαι του ατόμου, κάτι που συμβαίνει και στη θεραπευτική σχέση: το άτομο νιώθοντας ντροπή τείνει να αποστασιοποιείται. Διαχωρίζει την ντροπή από την ενοχή, θεωρώντας ότι η ενοχή μπορεί να μετατραπεί σε κίνητρο για επανόρθωση σχέσεων ή άλλων προβλημάτων, ενώ η ντροπή χαρακτηρίζεται ως εμπόδιο και πρόκληση για την θεραπεία. Περιγράφει πως η ενοχή, μέσα από κατάλληλους χειρισμούς των ειδικών, μπορεί να αξιοποιηθεί θεραπευτικά προς μία κατεύθυνση για προώθηση επανορθωτικών σχέσεων, κάτι που στην έρευνα των Cohen-Filipe (2015) εντοπίστηκε σαν εύρημα στην ομάδα των θεραπευτών και όχι στην ομάδα των γονέων. Επιπλέον στην παρούσα εργασία, τα θέματα που αφορούν το στίγμα και τις ενοχές δεν επισημάνθηκαν από την ομάδα των θεραπευομένων, αλλά μόνο από αυτή των θεραπευτών.

Προσωπικά χαρακτηριστικά που βοηθούν στην ανάπτυξη της Θεραπευτικής Σχέσης

Οι θεραπευτές και οι θεραπευόμενοι περιέγραψαν κάποια χαρακτηριστικά που κρίνουν ως βοηθητικά για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, από την εμπειρία της συνεργασίας τους στο Πρόγραμμα.

Σχετικά με τον θεραπευτή, χαρακτηριστικά όπως αυτά της ευγένειας, της αμεσότητας, του πραγματικού ενδιαφέροντος, της ζεστασιάς και της ενσυναίσθησης, προέκυψαν τόσο από την ομάδα των θεραπευομένων όσο και από αυτή των θεραπευτών. Τα ευρήματα συνάδουν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Ο Gelso (2014) υπογραμμίζει πως η θεραπευτική σχέση βασίζεται στην ενσυναίσθηση, τον

σεβασμό και την μεταδοτικότητα. Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή που έχουν σταθερή προβλεπτική αξία για το επίπεδο της θεραπευτικής συμμαχίας αφορούν πλευρές του «σχετίζεσθαι» σύμφωνα με ευρήματα των Horvath και Bedi (2002) Orlinsky, Rønnestad, και Willutzki (2004). Πιο συγκεκριμένα, θεραπευτές που περιγράφονται με χαρακτηριστικά που αφορούν την ζεστασιά, την δέσμευση, την ενσυναίσθηση και την ανταπόκριση, φαίνεται να εδραιώνουν υψηλότερα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας (Horvath και Bedi, 2002).

Επίσης, επίθετα όπως «ανοιχτός/η», «ευέλικτος/η», «ευσεβής» και η χρήση των τεχνικών που διευκολύνουν την έκφραση του συναισθήματος συντελούν σε υψηλά σκορ στη μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας. Από την άλλη, ένας θεραπευτής, ο οποίος είναι άκαμπτος, σε ένταση, δεν προσέχει τον θεραπευόμενο, προβαίνει σε ακατάλληλες και άστοχες αυτό-αποκαλύψεις και επιμένει σε ερμηνείες μεταβίβασης, φαίνεται σύμφωνα με την έρευνα, ότι βαθμολογείται χαμηλότερα ως προς τα επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας (Ackerman και Hilsenroth 2001., 2003). Συχνά τα παραπάνω χαρακτηριστικά των θεραπευτών δοκιμάζονται, ειδικά σε περιπτώσεις όπου καλούνται να διαχειριστούν δυσκολίες που προκύπτουν από την συνεργασία με έναν θεραπευόμενο. Σε έρευνα των Safran και Muran (2000), ικανότητες που βοηθούν τους θεραπευτές να διαχειρίζονται αποτελεσματικά εχθρικές, απορριπτικές ή άλλες δύσκολες συμπεριφορές του θεραπευόμενου σχετίζονται με καλύτερα επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας. Όταν συμβαίνουν εντάσεις και ρήξεις στην συμμαχία, το να ανταποκριθεί ο θεραπευτής με έναν μη επικριτικό και απορριπτικό τρόπο που εκφράζει αποδοχή και συνυπευθυνότητα φαίνεται να βοηθά στην ευεργετική αξιοποίηση τέτοιων δυσκολιών τόσο για την θεραπευτική σχέση όσο και την θεραπεία. Την ίδια στιγμή, το να ανταπαντήσει με ευερέθιστη συμπεριφορά, πρόωρες

ερμηνείες και με αμυντική στάση, αναμένεται, σύμφωνα με τους ερευνητές, να φέρει τα αντίθετα αποτελέσματα.

Στην παρούσα εργασία, ο ρόλος της υπομονής και της επιμονής του ειδικού φάνηκε να αξιολογείται ως σημαντικός από τους θεραπευόμενους. Οι περισσότεροι θεραπευόμενοι μιλώντας για την διαχείριση των υποτροπών ή των στιγμών στην θεραπεία που ήταν λιγότερο ειλικρινής με τον θεραπευτή τους, περιέγραψαν την στάση του θεραπευτή τους, η οποία συνάδει με τα παραπάνω ευρήματα. Αντίστοιχα και οι θεραπευτές, υπογράμμισαν πως δεν εκτιμούν ως ιδιαίτερα βοηθητικές την κατευθυντική στάση, την απόμακρη στάση του ειδικού και τις πρώιμες παρεμβάσεις, γεγονός που στηρίζεται βιβλιογραφικά από τα προαναφερθέντα ευρήματα. Επιπλέον, οι θεραπευτές επισήμαναν τον κίνδυνο που θα αποτελούσαν για την θεραπευτική συμμαχία στάσεις του ειδικού όπως η υπερβολή εμπλοκή και ο υπερβολικός βαθμός ενσυναίσθησης, η δυσκολία για οριοθέτηση, οι διαπολιτισμικές διαφορές στην περίπτωση διαφορετικής εθνικότητας του θεραπευτή συγκεκριμένα, όπως μας περιέγραψε ένας συμμετέχων από την ομάδα των θεραπευτών, καθώς και η εργασιακή εξουθένωση.

Σχετικά με χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου που συνεισφέρουν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας, οι θεραπευτές περιέγραψαν στάσεις όπως το κίνητρο και το αίτημα για αλλαγή, την ενεργή συμμετοχή και την συνυπευθυνότητα όπως επίσης και την ειλικρίνεια. Σε επίπεδο χαρακτηριστικών, η ανεπτυγμένη ψυχολογική σκέψη, οι ικανότητες ψυχικής ανθεκτικότητας και το καλό επίπεδο λειτουργικότητας, η συνέπεια και η δέσμευση στην θεραπευτική συνεργασία, το χιούμορ και γενικότερα οι καλές επικοινωνιακές δεξιότητες, εκτιμήθηκαν κατά την ομάδα των θεραπευτών να είναι βοηθητικά.

Η δέσμευση του θεραπευόμενου και η συμμετοχή του κατά την διάρκεια της θεραπείας, σχετίζονται άμεσα με το τελικό αποτέλεσμα. Η διάθεση του πελάτη να συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία και να συνεργαστεί αποτελεσματικά με το θεραπευτή φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης (Σταλίκας, Μερτίκα, 2004). Ερευνώντας τα πιο σημαντικά συστατικά της ψυχοθεραπείας, διαπιστώνεται η σημασία που έχει η κινητοποίηση του θεραπευόμενου, ως ένδειξη της διάθεσής του να εμπλακεί στη θεραπεία και τη στενή συσχέτισή τους με τα θεραπευτικά οφέλη (Orlinsky, Grawe και Parks, 1994. Bachelor και Horvath, 1999). Ιδιαίτερα για τη θεραπευτική σχέση, οι Reandean και Wampold (1991) έδειξαν ότι η μεγάλη εμπλοκή του θεραπευόμενου αποτελεί χαρακτηριστικό των θεραπειών με βέλτιστη θεραπευτική σχέση και θεωρείται απαραίτητη για την επιτυχημένη έκβαση της θεραπείας.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, αναμένεται τα χαρακτηριστικά που βοηθούν λιγότερο να σχετίζονται με δυσκολίες σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων, απόλυτο τρόπο σκέψης, χαμηλό επίπεδο επικοινωνιακών δεξιοτήτων, έλλειψη ειλικρίνειας, αντίσταση και απουσία κινήτρου για αλλαγή. Σχετικά με τις έννοιες της απουσίας κινήτρου, της εμπλοκής και της δέσμευσης του θεραπευόμενου, που αναφέρθηκαν μόνο από την πλευρά των θεραπευτών, φαίνεται να συνάδουν με την βιβλιογραφική ανασκόπηση της Doran (2016) όπου σε έρευνες που ζητήθηκε από τους θεραπευόμενους να περιγράψουν τι ήταν βοηθητικό καθ'αυτούς στην θεραπευτική σχέση, περιέγραψαν κυρίως χαρακτηριστικά και πλευρές του θεραπευτή όπως η χρήση χιούμορ, η φιλική διάθεση και τα θετικά σχόλια και επιβεβαιώσεις. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε από την παρούσα εργασία καθώς οι θεραπευόμενοι δεν αναφέρθηκαν στην αμοιβαία φύση της θεραπευτικής σχέσης ή στην δική τους συνεισφορά σε αυτή. Οι δυσκολίες σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων και η

λιγότερο αναπτυγμένη ψυχολογική σκέψη του θεραπευμένου έχει συνδεθεί στο παρελθόν με χαμηλότερα σκορ σε εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας (Horvath και Luborsky, 1993).

Συστατικά της Θεραπευτικής Συμμαχίας: Έργα, Στόχοι και Δεσμός

Με βάση τα όσα περιέγραψαν οι θεραπευτές, φαίνεται πως οι στόχοι, αν και σημαντικοί και απαραίτητοι στην θεραπεία ουσιοεξαρτήσεων, είναι κάτι που επαναδιαπραγματεύονται συνεχώς με τους θεραπευόμενους τους καθώς οι περισσότεροι θεώρησαν περισσότερο σημαντικό τον δεσμό, ενώ κάποιους τον συνδυασμό και των τριών συστατικών, σύμφωνα με τον ορισμό του Bordin (1979), για την ανάπτυξη και ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας. Καθώς η θεραπεία με τους συγκεκριμένους που συμμετείχαν στην έρευνα και για τους οποίους μίλησαν βρίσκεται στην κύρια φάση, δίνεται έμφαση σε παράγοντες της θεραπευτικής διαδικασίας και όχι του αποτελέσματος. Θα μπορούσε να παρατηρηθεί συμπληρωματικά πως και η φύση της θεραπευτικής σχέσης, που μεταξύ των υπόλοιπων ιδιοτήτων της συμπεριλαμβάνεται να είναι μία ανθρώπινη σχέση, παραπέμπει σε μία πιο δυναμική και όχι στατική προσέγγισή της.

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα της εκτίμησης των επιπέδων της θεραπευτικής συμμαχίας με χρήση του Ερωτηματολογίου Θεραπευτικής Συμμαχίας- Working Alliance Inventory (W.A.I.) (Horvath και Greenberg, 1986, 1989) παρατηρούμε πως τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την παραπάνω διατύπωση: Η υποκλίμακα του Δεσμού συγκέντρωσε τον υψηλότερο μέσο όρο και από τις δύο ομάδες, ενώ η υποκλίμακα του Στόχου ήταν σταθερά αυτή που συγκέντρωσε την χαμηλότερη βαθμολογία.

Το παραπάνω γεγονός υποστηρίζεται εν μέρει από τα ευρήματα της Bachelor (2013) όπου τα αποτελέσματα της συγκριτικής ανάλυσης των παραγόντων τριών εργαλείων ποσοτικής εκτίμησης της θεραπευτικής σχέσης (των Working Alliance Scale, Helping Alliance Questionnaire και California Psychotherapy Alliance Scales) έδειξαν ότι η ομάδα των θεραπ/μενων έκρινε ως σημαντικό μεταξύ άλλων τον παράγοντα του Δεσμού, ενώ η ομάδα των θεραπευτών τον παράγοντα της Συνεργατικής Εργασιακής Σχέσης που αποτελείται από την αλληλεπίδραση θεραπευτή και θεραπευόμενου, λαμβάνοντας υπόψη τους στόχους και τα καθήκοντα της θεραπείας.

Συμπεράσματα

Η θεραπευτική σχέση αποτελεί έναν από τους κοινούς παράγοντες που συνδέονται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα και είναι ένα αναγνωρισμένο συστατικό της ψυχοθεραπείας, για το οποίο συμφωνούν οι κυριότερες βασικές προσεγγίσεις, σύμφωνα με τους Norcross και Wampold (2011). Η παρούσα εργασία εστιάζει στην θεραπευτική συμμαχία, η οποία είναι η εφαρμοσμένη έννοια της θεραπευτικής σχέσης, και, υιοθετώντας τον πανθεωρητικό ορισμό του Bordin (1979), επιχειρεί να γνωρίσει την εμπειρία του θεραπευτή και του θεραπευόμενου σχετικά με την θεραπευτική συμμαχία που έχει εδραιωθεί ανάμεσά τους. Πρόκειται για μία ενδιαφέρουσα θεματική, με άμεσες εφαρμογές στην θεραπεία και την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, ωστόσο ελάχιστα ερευνημένη μέχρι τώρα, ιδιαίτερα σε Ελληνικό πληθυσμό.

Το ενδιαφέρον για διερεύνηση της εμπειρίας του ειδικού και εκείνης του θεραπευόμενου, υιοθετώντας την ίδια μεθοδολογία, δεν έχει ερευνηθεί μέχρι τώρα στον τομέα της ουσιοεξάρτησης. Ενώ έχει δοθεί αρκετή έμφαση στην διερεύνηση της εμπειρίας του ειδικού, είναι λιγότερα τα ευρήματα που αναδεικνύουν την εμπειρία των θεραπευομένων. Επιπλέον, δεν αναφέρονται εργασίες που μελετούν την εμπειρία της δυάδας θεραπευτή και θεραπευόμενου. Στην παρούσα εργασία, οι θεραπευόμενοι ανέφεραν προηγούμενες εμπειρίες ψυχοθεραπείας, είτε θετικές είτε αρνητικές, οι οποίες συμβάλουν, κατά τους ίδιους, στην θετική πορεία της θεραπείας τους στο παρόν. Αναλύοντας τι έχει βοηθήσει μέχρι τώρα και τι ήταν λιγότερο αποτελεσματικό από την συνεργασία με τον θεραπευτή τους, διεξάγεται χρήσιμη ανατροφοδότηση τόσο για τον ειδικό όσο και για την πορεία της συνεργασίας και της θεραπείας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας διακρίνονται σε ποσοτικά και ποιοτικά, τα οποία καταλήγουν να αλληλο-υποστηρίζονται. Ο Δεσμός είναι από τους πιο σημαντικούς, αν όχι ο σημαντικότερος, παράγοντας για την θεραπευτική συμμαχία, σύμφωνα με τους θεραπευτές. Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα της κλίμακας του Ερωτηματολογίου Θεραπευτικής Συμμαχίας, έδειξαν σταθερά υψηλότερο μέσο όρο για την κλίμακα του Δεσμού για τα επτά θεραπευτικά ζεύγη που συμμετείχαν. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει, μεταξύ άλλων, την συμφωνία των κυριότερων μοντέλων ψυχοθεραπείας για την σημασία της θεραπευτικής σχέσης, καθώς στην παρούσα έρευνα εκπροσωπήθηκαν η Ψυχοδυναμική, η Συστημική, η Γνωσιο-συμπεριφορική και η Ολιστική προσέγγιση.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, επιβεβαιώνονται τα ευρήματα που σχετίζονται με βοηθητικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή καθώς και πλευρές της θεραπευτικής διαδικασίας για την εδραίωση της θεραπευτικής συμμαχίας. Και οι δύο ομάδες συμμετεχόντων περιέγραψαν ως βοηθητικά χαρακτηριστικά την αμεσότητα, τον σεβασμό, την ενσυναίσθηση και τη στάση γνήσιου ενδιαφέροντος, ουδετερότητας και ενεργητικής ακρόασης εκ μέρους του θεραπευτή. Αναφορικά με την θεραπευτική διαδικασία, το «ζεστό» και «οικείο» κλίμα της συνεδρίας, η εισαγωγή μίας νέας, διαφορετικής οπτικής και το γεγονός ότι σε κάθε συνεδρία προστίθεται κάτι καινούργιο, όπως αναφέρθηκε από τους θεραπευόμενους, επιβεβαιώνουν ευρήματα της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Από την οπτική του ειδικού αντίστοιχα, αναφέρθηκαν πλευρές της θεραπευτικής διαδικασίας που σχετίζονται με την επίδραση της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης που ακολουθούν, των τεχνικών, της διάστασης του χρόνου και των διορθωτικών συναισθηματικών σχέσεων. Η ενοχή και το στίγμα που σχετίζονται με την ουσιοεξάρτηση είναι στοιχεία που επιδρούν στην

θεραπευτική συμμαχία, όπως τονίστηκε από την ομάδα των θεραπευτών. Το παραπάνω εύρημα επιβεβαιώνεται και από την διεθνή βιβλιογραφία.

Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μικτής μεθοδολογίας διερεύνηση της θεραπευτικής συμμαχίας στην θεραπεία ουσιοεξαρτήσεων με βάση την εμπειρία των συμμετεχόντων στην θεραπευτική διαδικασία. Πρόκειται για ένα ερευνητικό θέμα για το οποίο δεν υπάρχουν αρκετές αναφορές στην ελληνική βιβλιογραφία. Τα ευρήματα που αναφέρθηκαν και αναλύθηκαν στις προηγούμενες ενότητες, αποτελούν μία χρήσιμη βάση για περαιτέρω και πιο σύνθετη διερεύνηση των στοιχείων αυτών στον χώρο των εξαρτήσεων.

Συγκεκριμένα, η ποσοτική εκτίμηση των επιπέδων της θεραπευτικής συμμαχίας για τα επτά θεραπευτικά ζευγάρια που συμμετείχαν, έγινε με την χρήση του Working Alliance Inventory (Horvath και Greenberg, 1986, 1989). Ο αριθμός των συμμετεχόντων, καθότι μικρός για ποσοτική αξιολόγηση των υπό-μελέτη παραγόντων, δεν επιτρέπει την γενίκευση των ευρημάτων σε γενικό πληθυσμό καθώς κάτι τέτοιο απαιτεί μεγαλύτερο δείγμα. Μία πρόταση για μελλοντική έρευνα θα περιλάμβανε την επανάληψη της παρούσας ερευνητικής μεθοδολογίας σε μεγαλύτερο δείγμα. Επιπλέον, αν και στην εργασία προσεγγίζονται επαρκώς τα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα της Ψυχοδυναμικής, Συστημικής, Γνωσιο-Συμπεριφορικής και Ολιστικής προσέγγισης, διερευνώντας τους υπό μελέτη παράγοντες της παρούσας εργασίας, σε περισσότερα θεραπευτικά ζεύγη όπου οι θεραπευτές θα εκπροσωπούσαν ανάλογα τις παραπάνω προσεγγίσεις, θα επέτρεπε να προκύψουν συμπεράσματα για την θεραπευτική συμμαχία στη θεραπεία εξαρτήσεων στα κυριότερα θεραπευτικά μοντέλα.

Ένας ακόμα περιορισμός έγκειται στην έλλειψη ισόποσης εκπροσώπησης των δύο φύλων, ειδικότερα για την πλευρά των θεραπευομένων. Το γεγονός αυτό, δεν επέτρεψε να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με το ποσοστό επίδρασης που θα είχε το φύλο του θεραπευτή ή/και του θεραπευόμενου στο επίπεδο της θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ τους. Μία πρόταση για μελλοντική έρευνα θα προσέγγιζε τους συμμετέχοντες με πρόσθετο κριτήριο επιλογής το φύλο.

Ένα από τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα για την ομάδα των θεραπευτών, αφορούσε τη σύνδεση της θεραπευτικής συμμαχίας με την παραμονή των θεραπευομένων στην θεραπευτική διαδικασία. Για να εκτιμηθεί κατά πόσο η θεραπευτική συμμαχία συνδέεται με την παραμονή ή την εγκατάλειψη της θεραπείας, θα ήταν καταλληλότερο να διερευνηθεί σε αντίστοιχο δείγμα που εγκατέλειψε, κάτι που αποτελεί δυσκολία στην προσέγγιση τέτοιων περιστατικών σε πολλές δομές απεξάρτησης, όπως και στην υπηρεσία που διεξήχθη η παρούσα εργασία.

Η επίδραση του θεραπευτικού πλαισίου, αποτελεί εύρημα που δεν αναφέρεται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία ωστόσο ειδικά για την θεραπεία της ουσιοεξάρτησης, κρίνεται ως ενδιαφέρον για περαιτέρω διερεύνηση. Η παρούσα εργασία έλαβε χώρο σε μία δημόσια δομή, ενός ανοικτού ψυχοθεραπευτικού προγράμματος. Αρκετοί θεραπευτές μίλησαν για διαφορές στο πως επιδρά ο χώρος στην διαδικασία της ψυχοθεραπείας και ορισμένοι θεραπευόμενοι συνέκριναν την εμπειρία τους με προηγούμενες σε κλειστές δομές, νοσοκομειακές υπηρεσίες και άλλα προγράμματα. Θα ήταν ενδιαφέρον να ερευνηθεί περαιτέρω η θεματική αυτή καθώς θα μπορούσαν να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα που συνδέονται με την κλινική πρακτική.

Βιβλιογραφία

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171.

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23(1), 1-33.

Alexander, L., & Luborsky, L. (1986). Research on the helping alliance. *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Guilford, New York, 325-366.

Altimir, C., Capella, C., Núñez, L., Abarzúa, M., και Krause, M. (2017). Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in several clinical contexts. *Journal of clinical psychology*, 73(11), 1510-1522.

Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. *Therapy as social construction*, 25-39.

Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology και Psychotherapy*, 20(2), 118-135.

Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship.

Bartholomew, T. T., Gundel, B. E., και Scheel, M. J. (2017). The relationship between alliance ruptures and hope for change through counseling: A mixed methods study. *Counselling Psychology Quarterly*, 30(1), 1-19.

Bertrando, P. (2006). The evolution of family interventions for schizophrenia. A tribute to Gianfranco Cecchin. *Journal of family therapy*, 28(1), 4-22.

Bertrando, P. (2018). *Emotions and the Therapist: A Systemic-dialogical Approach*. Routledge.

- Bertrando, P., και Arcelloni, T. (2014). Emotions in the practice of systemic therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(2), 123-135.
- Bertrando, P., και Arcelloni, T. (2018). Anger and boredom: Unpleasant emotions in systemic therapy. In *Systems and Psychoanalysis* (pp. 75-92). Routledge.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The counseling psychologist*, 11(1), 35-42.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. *The working alliance: Theory, research, and practice*, 173, 13-37.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. *The working alliance: Theory, research, and practice*, 173, 13-37.
- Budge, S. L., και Wampold, B. E. (2015). The relationship: How it works. In *Psychotherapy research* (pp. 213-228). Springer, Vienna.
- Cameron, S. K., Rodgers, J., & Dagnan, D. (2018). The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(3), 446-456.
- Charura, D., και Paul, S. (Eds.). (2015). *Love and Therapy: In Relationship*. Karnac Books.
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Dermen, K. H., Kadden, R., Carroll, K. M., και Frone, M. R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism therapy. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(1), 139-149.
- Cook, S., Heather, N., και McCambridge, J. (2015). The role of the working alliance in therapy for alcohol problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(2), 371.

- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., και Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research, 21*(5), 525-540.
- Davis, T. A., Ancis, J. R., και Ashby, J. S. (2015). Therapist effects, working alliance, and African American women substance users. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 21*(1), 126.
- DiClemente, C. C., Nidecker, M., και Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of substance abuse therapy, 34*(1), 25-35.
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going?. *Psychotherapy Research, 26*(2), 146-163.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., και Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association.
- Emmerling, M. E., και Whelton, W. J. (2009). Stages of change and the working alliance in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 19*(6), 687-698.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*.
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1991). Manual of the California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS). *Unpublished manuscript*.
- Gelso, C. J., & Samstag, L. W. (2008). A tripartite model of the therapeutic relationship. *Handbook of counseling psychology, 4*, 267-283.
- Gelso, C. J., (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. American Psychological Association.
- Gelso, C. J., (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research, 24*(2), 117-131.
- Gelso, C. J., Kelley, F. A., Fuertes, J. N., Marmorosh, C., Holmes, S. E., Costa, C., και Hancock, G. R. (2005). Measuring the real relationship in psychotherapy:

Initial validation of the Therapist Form. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 640–649.

Gelso, C. J., και Bhatia, A. (2012). Crossing theoretical lines: The role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy*, 49, 384–390.

Gelso, C. J., και Carter, J. A. (1985). The real relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155–243.

Gelso, C. J., και Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296–306.

Gelso, C. J., και Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. New York, NY: Wiley.

Gelso, C. J., και Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). Introduction and overview: Basic issues in the therapeutic relationship. In *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 19-39). Routledge.

Green, S. (2017). *The Therapeutic Alliance and Psychotherapy Outcomes for Young Adults Aged 18 to 34: A Systematic Review* (Doctoral dissertation, Bryn Mawr College, Graduate School of Social Work and Social Research).

Hamovitch, E. K., Choy-Brown, M., και Stanhope, V. (2018). Person-Centered Care and the Therapeutic Alliance. *Community Mental Health Journal*, 1-8.

Hartzler, B., Witkiewitz, K., Villarroel, N., και Donovan, D. (2011). Self-efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in therapy for alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 269.

Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G., Tangen, T., Kvale, G., Hovland, O. J., ... και Havik, O. E. (2016). Working alliance and competence as predictors of outcome

- in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorder in adults. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 40-51.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Härkänen, T., Virtala, E., Jääskeläinen, T., και Knekt, P. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies. *Clinical psychology και psychotherapy*, 21(6), 475-494.
- Hill, C. E., και Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy research*, 19(1), 13-29.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. (1986). The development of the Working Alliance Inventory: A research handbook. *Psychotherapeutic processes: A research handbook*, 529-556.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36(2), 223.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice* (Vol. 173). John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.

- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds.) (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38*, 139-149.
- Horvath, A.O. (2001). *The alliance*. *Psychotherapy, 38*, 365-372
- Ilgén, M., Tiet, Q., Finney, J., & Moos, R. H. (2006). Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol-use disorder treatment outcomes. *Journal of studies on alcohol, 67*(3), 465-472.
- Jazaieri, H., Goldin, P. R., και Gross, J. J. (2018). The Role of Working Alliance in CBT and MBSR for Social Anxiety Disorder. *Mindfulness, 1-9*.
- Kazantzis, N., Cronin, T. J., Norton, P. J., Lai, J., & Hofmann, S. G. (2015). Reservations about the conclusions of the interdivisional (APA divisions 12 & 29) task force on evidence-based therapy relationships: What do we know, what don't we know?. *Journal of clinical psychology, 71*(5), 423-427.
- Kazantzis, N. (2018). Introduction to the special issue on processes of cognitive behavioral therapy: does “necessary, but not sufficient” still capture it?.
- Kazantzis, N., Dattilio, F. M., και Dobson, K. S. (2017). *The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: A clinician's guide*. Guilford Publications.
- Kendra, M. S., Mohr, J. J., & Pollard, J. W. (2014). The stigma of having psychological problems: Relations with engagement, working alliance, and depression in psychotherapy. *Psychotherapy, 51*(4), 563.
- Kivlighan Jr, D. M., Hill, C. E., Gelso, C. J., και Baumann, E. (2016). Working alliance, real relationship, session quality, and client improvement in psychodynamic psychotherapy: A longitudinal actor partner interdependence model. *Journal of Counseling Psychology, 63*(2), 149.
- Krause, M., Altimir, C., και Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clínica y*

Salud, 22(3).

Lingiardi, V., και Colli, A. (2015). Therapeutic alliance and alliance ruptures and resolutions: Theoretical definitions, assessment issues, and research findings.

In *Psychotherapy research* (pp. 311-329). Springer, Vienna.

Maisto, S. A., Roos, C. R., O'sickey, A. J., Kirouac, M., Connors, G. J., Tonigan, J. S., και Witkiewitz, K. (2015). The indirect effect of the therapeutic alliance and alcohol abstinence self-efficacy on alcohol use and alcohol-related problems in Project MATCH. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(3), 504-513.

McClintock, A. S., Anderson, T., Patterson, C. L., και Wing, E. H. (2018). Early psychotherapeutic empathy, alliance, and client outcome: Preliminary evidence of indirect effects. *Journal of clinical psychology*, 74(6), 839-848.

McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Sage.

Meier, P. S., Barrowclough, C., και Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the therapy of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316.

Meier, P. S., και Donmall, M. C. (2006). Differences in client and therapist views of the working alliance in drug therapy. *Journal of Substance Use*, 11(1), 73-80.

Miller, W. R., και Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction therapy. *Addiction*, 110(3), 401-413.

Minuchin, S. (2013). The family in therapy. In *Counseling and Family Therapy with Latino Populations* (pp. 74-84). Routledge.

Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., ... και Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605.

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*(1), 98.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of clinical psychology, 67*(2), 127-132.

Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: noch einmal.

Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 5*, 307-389.

Pomini, V., και Mellos, E. (2014). Drug Abuse And Psychopathology: The Role Of The Family. *PLURALISM IN PSYCHIATRY, 65*.

Reandean, S. G., & Wampold, B. E. (1991). Relationship of power and involvement to working alliance: A multiple-case sequential analysis of brief therapy. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 107.

Roy-Chowdhury, S. (2006). How is the therapeutic relationship talked into being?. *Journal of Family Therapy, 28*(2), 153-174.

Safran, J. D., και Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy, 51*(3), 381.

Shafran, N., Kivlighan, D. M., Gelso, C. J., Bhatia, A., και Hill, C. E. (2017). Therapist immediacy: The association with working alliance, real relationship, session quality, and time in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 27*(6), 737-748.

Shattell, M. M., Starr, S. S., και Thomas, S. P. (2007). 'Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*(4), 274-284.

Silveri, M. M., Dager, A. D., Cohen-Gilbert, J. E., και Sneider, J. T. (2016). Neurobiological signatures associated with alcohol and drug use in the human adolescent brain. *Neuroscience και Biobehavioral Reviews, 70*, 244-259.

Stegink, E. E., van der Voort, T. Y. N., van der Hooft, T., Kupka, R. W., Goossens, P. J., Beekman, A. T., και van Meijel, B. (2015). The working alliance between patients with bipolar disorder and the nurse: helpful and obstructive elements during a depressive episode from the patients' perspective. *Archives of psychiatric nursing, 29*(5), 290-296.

Sterba, R.F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis, 115*, 117-126.

the conclusions of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29) Task Force

Thompson, V. L. S., Bazile, A., & Akbar, M. (2004). African Americans' perceptions of psychotherapy and psychotherapists. *Professional psychology: Research and practice, 35*(1), 19.

Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A journal of consulting and clinical psychology, 1*(3), 207.

Tseliou, E. (2013). Systemic family therapy in Greece: Polyphony and diversity. *Contemporary family therapy, 35*(2), 223-243.

Voutilainen, L., Peräkylä, A., και Ruusuvuori, J. (2010). Misalignment as a therapeutic resource. *Qualitative Research in Psychology, 7*(4), 299-315.4

Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective.

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277.

Watkins Jr, C. E. (2015). Extrapolating Gelso's tripartite model of the psychotherapy relationship to the psychotherapy supervision relationship: A potential common factors perspective. *Journal of Psychotherapy Integration, 25*(2), 143.

Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., και Childs, S. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, therapy motivation and therapeutic

alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors*, 38(5), 2187-2195.

Zetsel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

Zimmerman, K. J. (2011). Commentary: is collaboration a viable target for family therapists?. *Journal of Family Therapy*, 33(2), 215-223.

Βασλαμαντζής, Γ., Γονιδάκης, Φ., Γουρνάς, Γ., Ζέρβας, Γ., Ιωάννοβιτς, Ε., Καλλιτεράκη Ε., Καραμανωλάκη, Χ., Μάτσα Κ., Μιχόπουλος, Γ., Παπακώστας, Γ., Πεχλιβανίδης, Α., Πομίни, Β., Τομαράς, Β., Τουρνής, Σ., και Χαραλαμπίκη Κ.,(2015). Η θεραπευτική σχέση. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Θεοφίλου Π, Κατσάμπα Ε, Λίγκρης Γ, Παπαματθαίου Ζ, Χαρίλα Ντ. (2015). Η θεραπευτική σχέση στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία- παράγοντες επίδρασης. Εργασία Α' Έτους. ΙΕΘΣ.

Ίσαρη Φ., και Πουρκός Μ., (2015). *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στην Ψυχολογία και στην Εκπαίδευση*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Retrieved from:www.Kallipos.gr

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1990). Οι σχέσεις θεραπευτή-πελάτη στις θεραπείες της συμπεριφοράς. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 30, 90-99.

Καμπόλη, Γ. και Ρακιτζή, Σ. (2017). Η θεραπευτική σχέση και συμμαχία και η σημασία τους στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία. *Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Έρευνα και Θεραπεία*, 1, 5-17.

Μυτσκίδου, Π. Μ. (2008). Θεραπεία συμπεριφοράς διαταραχών άγχους: η σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας, της συνεργασιμότητας σε στόχους μεταξύ των συνεδριών και του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Σταλίκας, Α. (2005). *Θεραπευτικές παρεμβάσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σταλίκας, Α. και Μερτίκα, Α. (2004). *Η Θεραπευτική Συμμαχία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Τομαράς, Β., Πομίνι, Β. (2008). Οικογενειακή ψυχοθεραπεία σε προβλήματα εφηβείας. Στο: Θέματα ψυχοδυναμικής και ψυχοκοινωνικής παιδοψυχιατρικής, 623-634. Αθήνα: ΒΗΤΑ.

Παράρτημα 1-Πρόσκληση σε έρευνα

Αγαπητέ/ή,

Ονομάζομαι Ελένη Χαρούλη, είμαι εκπαιδευόμενη Συμβουλευτική Ψυχολόγος και θα ήθελα να σας προσκαλέσω να συμμετάσχετε στην έρευνα που κάνω για την διπλωματική μου εργασία. Ενδιαφέρομαι να μελετήσω την ανάπτυξη της

θεραπευτικής συμμαχίας σύμφωνα με την εμπειρία του θεραπευτή και του θεραπευόμενου και το πώς συνδέεται με την πορεία του θεραπευόμενου στα πλαίσια του Προγράμματος «Αθηνά».

Η δική σας συνεισφορά έγκειται στην συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου Θεραπευτικής Συμμαχίας (Working Alliance Inventory) και σε μία συνέντευξη σχετικά με την προσωπική σας εμπειρία στο Πρόγραμμα «Αθηνά». Η συνολική διαδικασία θα έχει διάρκεια έως 40 λεπτά και θα πραγματοποιηθεί στον χώρο του Προγράμματος, σε μέρα και ώρα που σας εξυπηρετεί.

Το περιεχόμενο των συνεντεύξεων, τα δεδομένα των ερωτηματολογίων και τα δημογραφικά σας στοιχεία είναι εμπιστευτικά, πρόσβαση σε αυτά έχουν αποκλειστικά η υποφαινόμενη και ο επόπτης καθηγητής, ενώ οι ηχογραφημένες συνεντεύξεις θα καταστραφούν μετά το πέρας των 6 μηνών από την ολοκλήρωση της εργασίας. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι ανώνυμη και εθελοντική. Σε περίπτωση που αισθανθείτε την επιθυμία να σταματήσετε την συμμετοχή, μπορείτε ανά πάσα στιγμή να αποχωρήσετε. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου και να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα στην παρακάτω ηλεκτρονική διεύθυνση: lana_hrl@yahoo.gr.

Παρακαλώ εφόσον επιθυμείτε να συμμετάσχετε, να διαβάσετε με προσοχή και να υπογράψετε την φόρμα συγκατάθεσης που ακολουθεί.

Σας ευχαριστώ θερμά για τον χρόνο και την προσοχή σας!

Με εκτίμηση,

Ελένη Χαρούλη.

Παράρτημα 2- Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα

Ημερομηνία: / /2019

Δηλώνω ότι ενδιαφέρομαι να συμμετάσχω οικειοθελώς στην έρευνα με θέμα «*Η θεραπευτική συμμαχία στις εξαρτήσεις: Μία μικτής μεθοδολογίας διερεύνηση της εμπειρίας θεραπευτή και θεραπευόμενου και της σύνδεσής της με την παραμονή στην θεραπεία.*» που διεξάγεται στο Πρόγραμμα «*Αθηνά*» από την κα *Χαρούλη Ελένη*, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «*Συμβουλευτική Ψυχολογία και Συμβουλευτική στην Εκπαίδευση, την Υγεία, την Εργασία*» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.

Έχω ενημερωθεί ότι θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες που θα παραχωρηθούν και θα έχω πρόσβαση στα αποτελέσματα της έρευνας μετά την ολοκλήρωσή της. Συνεπώς, συμφωνώ με την συμμετοχή μου στην ερευνητική διαδικασία.

Υπογραφή

.....

Παράρτημα 3- Πρωτόκολλο Συνέντευξης Θεραπευομένων

Ενδιαφέρομαι να μάθω από ανθρώπους που βρίσκονται σε θεραπεία, τι πιστεύουν ότι βοήθησε στο να χτίσουν μία σχέση συμμαχίας με τον θεραπευτή τους. Θα ήθελα να σκεφτείτε, με βάση την προσωπική σας εμπειρία στάσεις και πράξεις του θεραπευτή που ήταν ή δεν ήταν βοηθητικά στην δημιουργία της σχέσης.

1. Αρχικά, θα ήθελα να σας ρωτήσω αν έχετε κάνει άλλες φορές ψυχοθεραπεία στο παρελθόν; Πόσο ετών ήσασταν και για πόσο καιρό κάνατε;
2. (Στον παρόν...) Πως βοήθησε ο θεραπευτής σας στο να αναπτυχθεί η σχέση σας μαζί του;
3. Υπήρξε κάτι που έκανε ο θεραπευτής σας το οποίο αισθανθήκατε ότι δεν βοήθησε την θεραπευτική σας σχέση;
4. Τι ακόμα θα μπορούσε να κάνει που θα ήταν βοηθητικό για την θεραπεία σας;

Παράρτημα 4-Πρωτόκολλο Συνέντευξης Θεραπευτών

- 1) *Πως οι θεραπευτές αντιλαμβάνονται την έννοια της θεραπευτικής σχέσης;*
 - a) Πως θα ορίζατε εσείς την έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας;
 - b) Ποιος είναι ο θεωρητικός σας προσανατολισμός; Πως επηρεάζει την οπτική σας για την θεραπευτική συμμαχία;

- 2) *Ποια είναι τα φαινόμενα, που συμβαίνουν κατά την διάρκεια μίας συνεδρίας, τα οποία συμβάλλουν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας;*
 - a) Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι στάσεις του θεραπευτή που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας; Και ποιες του θεραπευόμενου;
 - b) Ο Bordin ορίζει τρεις πλευρές της θεραπευτικής συμμαχίας: Έργα, στόχοι και δεσμός.
 - b1) Πως εντοπίζονται τα παραπάνω συστατικά σε μία συνεδρία;
 - b2) Ποιο από αυτά τα τρία είναι περισσότερο σημαντικό, κατά την γνώμη σας;

- 3) *Τι είναι αυτό που οι θεραπευτές κάνουν για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης;*
 - a) Ποιες τεχνικές χρησιμοποιείτε για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης;
 - b) Με ποιο τρόπο το πλαίσιο εργασίας του Προγράμματος «Αθηνά» επιδρά στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης με τους θεραπευόμενους σας;

- 4) *Κατά την διάρκεια μίας θεραπείας, πως η προσωπικότητα του θεραπευτή και του θεραπευόμενου επηρεάζει την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας;*
 - a) Ποια είναι τα προσωπικά σας χαρακτηριστικά που θεωρείτε ότι ενισχύουν την ικανότητα σας για εδραίωση της θεραπευτικής συμμαχίας με τους θερ/μενους σας; Και ποια είναι αυτά που βοηθούν λιγότερο;
 - b) Ποια είναι τα προσωπικά χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου που συντελούν βοηθητικά στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας και ποια είναι αυτά που συμβάλλουν λιγότερο βοηθητικά;

- 5) *Η σχέση ανάμεσα στην θεραπευτική συμμαχία και το θεραπευτικό αποτέλεσμα.*
 - a) Σύμφωνα με την δική σας εμπειρία, ποια είναι η σχέση ανάμεσα στην θεραπευτική συμμαχία και την παραμονή του θεραπευόμενου στην θεραπεία;