

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΓΧΟΥΣ:
Η σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας, της συνεργασιμότητας
σε στόχους μεταξύ των συνεδριών και του θεραπευτικού
αποτελέσματος.**

ΠΑΣΧΑΛΙΑ Μ. ΜΥΤΣΚΙΔΟΥ

ΑΘΗΝΑ 2008

Εγκρίθηκε από την επταμελή εξεταστική επιτροπή με το βαθμό “Άριστα”
στις 26 Σεπτεμβρίου 2008.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΑΛΙΚΑΣ ΑΝ., Αναπληρωτής Καθηγητής (Επόπτης)

ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ Κ., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΤΡΙΛΙΒΑ Σ., Λέκτορας

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΑΛΙΚΑΣ ΑΝ., Αναπληρωτής Καθηγητής (επόπτης)

ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ Κ., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΤΡΙΛΙΒΑ Σ., Λέκτορας

ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ Φ., Καθηγήτρια

ΠΑΤΙΝΙΩΤΗΣ Ν., Καθηγητής

ΠΑΠΑΜΙΧΑΗΛ Γ., Καθηγητής

ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ Θ., Αναπληρωτής Καθηγητής

Στην κόρη μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας είναι αποτέλεσμα της προσφοράς και συνεργασίας πολλών ανθρώπων στους οποίους χρωστώ θερμότερες ευχαριστίες.

Πρωτίστως, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω την τριμελή μου επιτροπή που με τις συμβουλές και τις υποδείξεις της βοήθησε στην πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.

Χρωστώ ένα μεγάλο ευχαριστώ στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Σταλικά, ο οποίος μου εμπιστεύτηκε αυτό το δύσκολο έργο. Ακούραστος και υπομονετικός, μου έδωσε την ευκαιρία να μάθω, τη χαρά να συμμετέχω σε μια μεγάλη ομάδα εκλεκτών συναδέλφων και φίλων, των διδακτορικών φοιτητών του, και με καθοδήγησε σε όλα τα στάδια αυτού του πονήματος.

Ήταν μεγάλη μου χαρά και τιμή ότι επτά σημαίνοντες επιστήμονες δέχτηκαν να με κρίνουν και να εξετάσουν την εργασία μου. Ευχαριστώ την επταμελή εξεταστική επιτροπή για το χρόνο που δέχθηκε και τις παρατηρήσεις που διατύπωσε.

Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς που αποτελεί τμήμα του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών. Η Μονάδα υπήρξε για μένα ένας φιλόξενος χώρος που μου έδωσε την ευκαιρία να εκπαιδευτώ στη Θεραπεία Συμπεριφοράς και να εργαστώ ως θεραπεύτρια και επόπτρια για πολλά χρόνια. Για τους λόγους αυτούς ευχαριστώ θερμά τη Μονάδα και το Κέντρο.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ το δάσκαλό μου, Προϊστάμενο της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς, ψυχίατρο κ. Γιάννη Κασβίκη, για την εμπιστοσύνη που έδειξε στις ικανότητές μου και το χρόνο που αφιέρωσε ανιδιοτελώς και με χαρά στην εκπαίδευσή μου. Η διαρκής συμπαράσταση και βοήθειά του τα τελευταία 17 χρόνια καθώς και ο θεμελιώδης ρόλος του στην εκπόνηση της παρούσας μελέτης αποτελούν ένα μικρό μόνο μέρος της προσφοράς του στην πορεία μου στο χώρο της Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας. Του χρωστώ όλα όσα ξέρω και πράττω στην επαγγελματική μου ζωή.

Επιπλέον, ευχαριστώ το έμψυχο δυναμικό της Μονάδας, τις κυρίες Βιβή Σωτηροπούλου, Τίτκα Μητσοπούλου, Λία Κουμαντάνου και Ευφροσύνη Σπανέα, που βοήθησαν στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης ως ψυχοθεραπεύτριες, συμμορφώθηκαν αλόγιστα στις επιταγές του θεραπευτικού πρωτοκόλλου και ακολούθησαν τις παραινέσεις μου για την όσο το δυνατό αρτιότερη καταγραφή των θεραπευτικών πεπραγμένων. Τέλος, ευχαριστώ τους 34 συμμετέχοντες που συνεργάστηκαν με προθυμία μαζί μου και δέχτηκαν να προσφέρουν το χρόνο και τις εκτιμήσεις τους. Χωρίς τη συμμετοχή τους η διατριβή αυτή δεν θα ήταν δυνατό να πραγματοποιηθεί.

Ευχαριστώ ακόμα, την ομάδα των θετικών συναισθημάτων που μοιράστηκε μαζί μου απόψεις, πληροφορίες και εμπειρίες, με ενίσχυσε και με προφύλαξε αλλά κυρίως με έμαθε να μοιράζομαι, να συνεργάζομαι και να συμμετέχω. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τους Χρίστina Σεργιάννη, Αντιγόνη Μερτίκα και Μιχάλη Τσαγκαράκη για την πρακτική βοήθειά τους, την συμπαράσταση και την προθυμία τους να μοιραστούν τις γνώσεις και την εμπειρία τους.

Επί σειρά ετών κάποιοι συνάδερφοι και φίλοι μου προσέφεραν σταθερά τη βοήθεια και την καθοδήγησή τους και με τον τρόπο τους συνέβαλαν στην παρούσα μελέτη. Ευχαριστώ τη Μαρία Λιβανού που με εισήγαγε στο χώρο της ψυχοθεραπείας και μου έμαθε τι σημαίνει μεθοδολογία και στατιστική, τη Βιβή Σωτηροπούλου για τη βοήθεια και τη συμπαράσταση και την Τιτίκα Μητσοπούλου για την προθυμία και το κέφι.

Τέλος, ευχαριστώ από καρδιάς τους γονείς μου που εργάστηκαν σκληρά και με αυταπάρνηση για να μου προσφέρουν τη δυνατότητα να σπουδάσω, την αδερφή μου για την τεχνική και συναισθηματική στήριξη, τον σύντροφο και την κόρη μου που ακούραστα για τέσσερα ολόκληρα χρόνια βοήθησαν συναισθηματικά και πρακτικά για να ολοκληρωθεί αυτό το έργο.

Αθήνα

Σεπτέμβριος, 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	XIII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	XVII
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	XIX
ΣΥΝΟΨΗ	XXI

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Θεραπευτική συμμαχία

Ορισμός.....	1
Ιστορική αναδρομή της έννοιας της Θεραπευτικής Συμμαχίας στη θεραπεία	
Ψυχοδυναμικές θεωρίες	2
Προσωποκεντρική θεωρία και θεωρία της Κοινωνικής Επιρροής	4
Η θεωρία της προσκόλλησης	6
Η θεωρία της ενήλικης προσκόλλησης.....	7
Συμπεριφορικές θεωρίες	8
Η διαμόρφωση της επιστημονικής έρευνας.	8
Το ρεύμα των κοινών παραγόντων.	9
Παν-θεωρητικά μοντέλα	10
Μέτρηση της συμμαχίας	11
<i>Η Θεραπευτική Συμμαχία στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία.....</i>	<i>13</i>
Η συμβολή της γνωσιακής προσέγγισης.....	16
Φύση της σχέσης.....	17
Λειτουργία της σχέσης.....	18
Χαρακτηριστικά του θεραπευτή	21
Εκτιμήσεις του θεραπευομένου για τη Θεραπευτική Σχέση και τη Θεραπευτική Συμμαχία.....	23
Παράγοντες που επηρεάζουν τη Συμμαχία.....	26
Παράγοντες που αφορούν στο θεραπευόμενο	26
Βαρύτητα νόσου	26
Είδος διαταραχής	28
Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά	28
Προηγούμενες σχέσεις και τύπος πρόσδεσης (attachment style)	28
Παράγοντες που αφορούν στο θεραπευτή	29
Ικανότητες επικοινωνίας.....	29
Ενσυναίσθηση, Αυτοαποκάλυψη, Διερεύνηση	30
Εμπειρία και εκπαίδευση	31
Προσωπικότητα	32
Συμπληρωματικότητα θεραπευτή και θεραπευόμενου	32
Συνεργασία.....	32
Συμμαχία και θεραπευτικό αποτέλεσμα	36
Παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση Συμμαχίας-Θεραπευτικού αποτελέσματος.....	39
Επίδραση ερωτηματολογίου	40
Πηγή δεδομένων	40

Το φαινόμενο του επισκιασμού (halo effect).....	40
Χρόνος αξιολόγησης της συμμαχίας	41
Τρόπος ανάπτυξης της συμμαχίας	41
Διαφορές που σχετίζονται με την θεραπευτική προσέγγιση του θεραπευτή.....	44
Συμμαχία και Θεραπευτικό Αποτέλεσμα στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία	46
Έρευνες με αναδρομικές εκτιμήσεις της θεραπευτικής συμμαχίας.....	46
Συγκριτικές έρευνες διαδικασίας.....	47
Οι Διαταραχές Άγχους.....	51
Επιδημιολογικά στοιχεία, κοινωνικό και οικονομικό κόστος και συν-νοσηρότητα των αγχωδών διαταραχών	51
Το μοντέλο των κοινών παραγόντων	52
Περίληψη και Συμπεράσματα.....	58
 Συνεργασιμότητα	
Η ανάθεση έργου αυτοβοήθειας μεταξύ των συνεδριών.....	59
Ο ρόλος της ανάθεσης έργου αυτοβοήθειας στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία	59
Η θεωρητική βάση της ανάθεσης έργου μεταξύ των συνεδριών στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία	64
Κλασικές συμπεριφορικές θεωρίες.....	65
Θεωρία της κλασικής εξαρτημένης και της συντελεστικής μάθησης ...	65
Θεωρία της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης	67
Οι συνέπειες της συμπεριφοράς.....	67
Η γενίκευση	68
Αρχές της διατήρησης και της διαμόρφωσης	69
Προγράμματα ενίσχυσης	70
Εκμάθηση σύνθετων μορφών συμπεριφοράς	71
Γνωσιακές θεωρίες.....	72
Οι θεωρίες της κοινωνικής μάθησης και της αυτό-αποτελεσματικότητας.....	72
Εφαρμογές στην ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών	73
Οι αρχές της γνωσιακής ψυχοθεραπείας.....	75
Είδη εργασίας.....	77
Η εκτίμηση της συνεργασιμότητας.....	82
Είδος έργου	82
Πηγή αξιολόγησης	85
Τρόποι εκτίμησης.....	86
Ο ρόλος της συνεργασιμότητας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.....	88
Παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασιμότητα	94
Παράγοντες που αφορούν στο έργο.....	94
Παράγοντες που αφορούν στο θεραπευόμενο	95
Παράγοντες που αφορούν στο θεραπευτή.....	96

Περίληψη και Συμπεράσματα.....	99
Ερευνητικά Ερωτήματα	101
 Μέθοδος.....	103
Δείγμα	103
Εργαλεία	105
(α) Κλινική εκτίμηση	105
Η κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R (Derogatis, 1977), (Ντώνιας & συν., 1991)	105
Το ερωτηματολόγιο φόβου – The Fear Questionnaire (Marks & Mathews, 1979), (Κασβίκης & συν., 2006, Πούλου, 2001)	106
Το ερωτηματολόγιο άγχους-Beck Anxiety Inventory (BAI, Beck 1993)	107
Το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης – Beck Depression Inventory (BDI, Beck & Beamesderfer, 1974), (Τζέμος, 1987)	107
Βαθμολόγηση άγχους και αποφυγής των Τελικών Στόχων της θεραπείας	107
(β) Θεραπευτική συμμαχία	108
Το ερωτηματολόγιο της Θεραπευτικής Συμμαχίας-Working Alliance Inventory (WAI, Horvath & Greenberg, 1986)	108
(γ) Συνεργασιμότητα.....	109
Η Κλίμακα Συνεργασιμότητας-Homework Compliance Scale, (HCS, Primakof et al., 1986)	109
Διαδικασία συλλογής δεδομένων	110
Η θεραπεία	113
 Αποτελέσματα.....	117
 Συζήτηση	131
Εξέταση ερευνητικών ερωτημάτων	131
Ο ρόλος της συνεργασιμότητας.....	131
Ο ρόλος της συμμαχίας.....	132
Η σχέση συμμαχίας και συνεργασιμότητας.....	139
Κλινική αποτελεσματικότητα	140
 Γενικά συμπεράσματα και πορίσματα	143
Περιορισμοί και μελλοντικές έρευνες	145
Συνεισφορά στη γνώση.....	148
 Βιβλιογραφία.....	150
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I.....	177

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II.....	181
Συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα.....	181
Ερωτηματολόγιο Θεραπευτικής Συμμαχίας.....	182
Κλίμακα ψυχοπαθολογίας	187
Φύλλο αξιολόγησης της Συνεργασιμότητας.....	194
Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης (Α).....	195
Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης (Γ).....	198
Ημερολόγιο άγχους και αποφυγής.....	201
Τελικοί στόχοι	203
Ερωτηματολόγιο Άγχους.....	204
Ερωτηματολόγιο φόβου.....	205
Μερικοί χρήσιμοι ορισμοί	207

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1	
<u>Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της συμμαχίας</u>	34
Πίνακας 2	
<u>Μεταβλητές που επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος</u>	45
Πίνακας 3	
<u>Προτάσεις για την εισαγωγή εργασιών στη θεραπεία συμπεριφοράς</u>	61
Πίνακας 4	
<u>Προτάσεις για τη βελτίωση της συνεργασιμότητας σε εργασία μεταξύ των συνεδριών</u>	62
Πίνακας 5	
<u>Είδος εργασίας που ανατίθεται για το σπίτι και τρόπος εκτίμησης της συνεργασιμότητας</u>	84
Πίνακας 6	
<u>Παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασιμότητα</u>	98
Πίνακας 7	
<u>Διαγνώσεις κατάλληλων περιστατικών</u>	104
Πίνακας 8	
<u>Ελλιπή δεδομένα</u>	105
Πίνακας 9.	
<u>Χρονικά σημεία αξιολογήσεων για τους ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και για τους ασθενείς που αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία</u>	113
Πίνακας 10	
<u>Κατάσταση θεραπείας</u>	117
Πίνακας 11	
<u>Σύγκριση αρχικών και τελικών τιμών ερωτηματολογίων για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας ολόκληρου του δείγματος</u>	119
Πίνακας 12	
<u>Σύγκριση αρχικών και τελικών τιμών ερωτηματολογίων για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας των φοβικών</u>	120

Πίνακας 13	
<u>Σύγκριση αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας ολόκληρου του δείγματος</u>	121
Πίνακας 14	
<u>Σύγκριση αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας των φοβικών</u>	122
Πίνακας 15	
<u>Σύγκριση αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης για την ομάδα της άρνησης ή διακοπής θεραπείας ολόκληρου του δείγματος</u>	123
Πίνακας 16	
<u>Σύγκριση αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης για την ομάδα της άρνησης ή διακοπής θεραπείας των φοβικών</u>	123
Πίνακας 17	
<u>Σύγκριση αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης όσων αρνήθηκαν τη θεραπεία (χωρίς να συμπεριλαμβάνονται όσοι διέκοψαν τη θεραπεία)</u>	124
Πίνακας 18	
<u>Σύγκριση εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και των ασθενών που τη διέκοψαν</u>	125
Πίνακας 19	
<u>Συσχετίσεις της αρχικής βαρύτητας φόβου και της εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας στην τρίτη συνεδρία και στο σύνολο και των τριών συνεδριών των φοβικών ασθενών</u>	126
Πίνακας 20	
<u>Σύγκριση της συνεργασιμότητας των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και των ασθενών που τη διέκοψαν</u>	127
Πίνακας 21	
<u>Σύγκριση εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας των ασθενών που συνεργάστηκαν ικανοποιητικά σε στόχους μεταξύ των συνεδριών και των ασθενών που δεν συνεργάστηκαν ικανοποιητικά</u>	127
Πίνακας 22	
<u>Συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας της πρώτης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα στη δεύτερη συνεδρία των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους</u>	128
Πίνακας 23	
<u>Συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας της δεύτερης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα στην τρίτη συνεδρία των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους</u>	128

Πίνακας 24

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των τριών πρώτων συνεδριών με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους 129

Πίνακας 25

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των συνεδριών που πραγματοποιήθηκαν με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους 129

Πίνακας 26

Συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας της δεύτερης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα στην τρίτη συνεδρία των ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους 129

Πίνακας 27

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των τριών πρώτων συνεδριών με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους 130

Πίνακας 28

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των συνεδριών που πραγματοποιήθηκαν με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους 130

Πίνακας 29

Σύγκριση εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία σε σχέση με ασθενείς που τη διέκοψαν (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)..... 177

Πίνακας 30

Σύγκριση της συνεργασιμότητας των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία σε σχέση με ασθενείς που τη διέκοψαν (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)..... 178

Πίνακας 31

Σύγκριση εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας των ασθενών που συνεργάστηκαν ικανοποιητικά σε στόχους μεταξύ των συνεδριών και των ασθενών που δεν συνεργάστηκαν ικανοποιητικά (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ) 178

Πίνακας 32

Συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας της πρώτης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα στη δεύτερη συνεδρία των φοβικών ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ) 178

Πίνακας 33

Συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας της δεύτερης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα στην τρίτη συνεδρία των φοβικών ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ) 179

Πίνακας 34

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των τριών πρώτων συνεδριών με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των φοβικών ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ) 179

Πίνακας 35

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των συνεδριών που πραγματοποιήθηκαν με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των φοβικών ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ) 179

Πίνακας 36

Συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας της δεύτερης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα στην τρίτη συνεδρία των φοβικών ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)..... 180

Πίνακας 37

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των τριών πρώτων συνεδριών με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των φοβικών ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)..... 180

Πίνακας 38

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των συνεδριών που πραγματοποιήθηκαν με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των φοβικών ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)..... 180

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

<u>Σχήμα 1.</u> Η μεθοδολογία της θεραπευτικής διαδικασίας.....	113
---	-----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η θεραπευτική συμμαχία, που ορίζεται ως ο συναισθηματικός δεσμός μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, η συμφωνία στους θεραπευτικούς στόχους και η συναίνεση στα έργα που απαιτεί η θεραπεία, όταν αξιολογείται νωρίς στην θεραπεία αποτελεί ένα καλό προγνωστικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος (Horvath, 2001, 2005). Στο πλαίσιο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας, η έρευνα είναι σαφώς πιο περιορισμένη και τα ευρήματα αντικρουόμενα. Η μεταβλητή που φαίνεται να συνδέεται περισσότερο με το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι η συνεργασιμότητα των θεραπευόμενων στα έργα που πραγματοποιούν μεταξύ των συνεδριών. Πολλοί θεωρητικοί συσχετίζουν τις δύο αυτές μεταβλητές και υποστηρίζουν ότι μια καλή θεραπευτική σχέση ενισχύει τη συνεργασιμότητα του θεραπευόμενου (Emmelkamp, 1986; Garfield, 1995; Goldfried, 1982; Lazarus & Faye, 1982; Tompkins, 2003), η θέση αυτή ωστόσο δεν έχει μελετηθεί συστηματικά στο πλαίσιο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας Διαταραχών Άγχους.

Η παρούσα διατριβή εξέτασε τη σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας και της συνεργασιμότητας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, και τη μεταξύ τους σχέση, σε 34 ασθενείς με Αγχώδη Διαταραχή που προσήλθαν οικειοθελώς στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς (ΜΘΣ) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών από το Μάιο ως το Δεκέμβριο του 2003. Οι συμμετέχοντες ακολούθησαν Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία, η οποία ήταν αποτελεσματική καθώς όσοι την ολοκλήρωσαν παρουσίαζαν σημαντική βελτίωση και έχαναν τη διάγνωση της Αγχώδους Διαταραχής.

Η συνεργασιμότητα βρέθηκε να συσχετίζεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αντίθετα, η θεραπευτική συμμαχία δε συνδέεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επιπλέον, όσοι διέκοπταν τη θεραπεία εκτιμούσαν ως καλύτερη τη θεραπευτική τους συμμαχία, εύρημα που υποδεικνύει ότι η συμβολή της θεραπευτικής συμμαχίας στο αποτέλεσμα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Τέλος, δε βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και της συνεργασιμότητας. Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχει καμία αναφορά στη σχέση μεταξύ συνεργασιμότητας και θεραπευτικής συμμαχίας σε Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία Διαταραχών Άγχους.

ΣΥΝΟΨΗ

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί αντικείμενο έρευνας τα τελευταία 50 χρόνια. Μετά την εμπειρική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς της, η έρευνα στράφηκε στην διερεύνηση των κρίσιμων συστατικών της, των μεταβλητών δηλαδή εκείνων που την κάνουν αποτελεσματική. Ανάμεσα στην πληθώρα των μεταβλητών που καταγράφηκαν και διερευνήθηκαν, η θεραπευτική συμμαχία και η συνεργασιμότητα αναδείχθηκαν ως ιδιαίτερα σημαντικές.

Η θεραπευτική συμμαχία ορίζεται ως το ενεργό συστατικό κάθε θεραπευτικής σχέσης που περιέχει τρία σημαντικά συστατικά στοιχεία: (1) συμφωνία για τους θεραπευτικούς στόχους, (2) συναίνεση για τα έργα που απαιτεί η θεραπεία και (3) ένα συναισθηματικό δεσμό μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου (Bordin, 1976). Η συνεργασιμότητα ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο οι θεραπευόμενοι πραγματοποιούν τα θεραπευτικά τους έργα μεταξύ των συνεδριών.

Ο στόχος της παρούσας διατριβής είναι να μελετήσει τις δύο αυτές μεταβλητές σε Θεραπεία Συμπεριφοράς Διαταραχών Άγχους. Με τον όρο Διαταραχές Άγχους αναφερόμαστε σε άτομα με φοβίες, επίμονους και παράλογους δηλαδή φόβους για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, κατάσταση ή δραστηριότητα, που έχει ως αποτέλεσμα την έντονη επιθυμία αποφυγής, και ιδεοληψίες, με ή χωρίς τελετουργίες, που συνοδεύονται από παθολογικό άγχος. Τα παραπάνω δημιουργούν προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα των ατόμων, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική τους ηρεμία (Μάνος, 1997).

Είναι η πρώτη φορά που διενεργείται μια τέτοια έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό, επομένως θα διερευνήσουμε τόσο τη σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας και της συνεργασιμότητας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, όσο και τη μεταξύ τους σχέση.

Μετά από αυτή τη σύντομη εισαγωγή θα ακολουθήσει μια συνοπτική παρουσίαση της παρούσας έρευνας.

Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας έχει τις ρίζες της στις ψυχαναλυτικές θεωρίες, ωστόσο η ανάπτυξη της προσωποκεντρικής θεωρίας του Rogers (1951, 1957) ήταν εκείνη που την ανήγαγε σε κατεξοχήν θεραπευτική, όταν ικανοποιούνται οι τρεις αναγκαίες και ικανές συνθήκες για τη θεραπευτική αλλαγή: η άνευ όρων αποδοχή του θεραπευόμενου, η αυθεντικότητα και η ενσυναίσθηση.

Ο Συμπεριφορισμός αμφισβήτησε τη σημασία της σχέσης θεραπευτή και θεραπευόμενου για την αλλαγή της συμπεριφοράς. Περιέγραψε τη θεραπευτική διαδικασία ως μια διαδικασία μάθησης όπου η ποιότητα των τεχνικών παρέμβασης και όχι η σχέση των συμ-

μετεχόντων αποτελούσαν το σημαντικότερο παράγοντα αλλαγής (Skinner, 1971).

Ωστόσο, η ανάπτυξη της έρευνας που σημειώθηκε τη δεκαετία του 1970 με στόχο να καλύψει την ανάγκη για εμπειρική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας, έδειξε ότι η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί μια μεταβλητή που επηρεάζει σημαντικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Το εύρημα αυτό οδήγησε στη διατύπωση ενός παν-θεωρητικού ορισμού για τη θεραπευτική συμμαχία (Bordin, 1976; 1980).

Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί το ενεργό συστατικό κάθε θεραπευτικής σχέσης, που περιέχει τρία σημαντικά συστατικά στοιχεία: (1) συμφωνία για τους θεραπευτικούς στόχους, (2) συναίνεση για τα έργα που απαιτεί η θεραπεία και (3) ένα συναισθηματικό δεσμό μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Ο Bordin (1976) ήταν από τους πρώτους που υποστήριξαν τη σχέση μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και της συνεργασιμότητας. Σύμφωνα με τις θέσεις του, όταν ο θεραπευόμενος έχει καλή συμμαχία με το θεραπευτή, αντιμετωπίζει θετικότερα τις τεχνικές και τις παρεμβάσεις του τελευταίου, και αντίστροφα, όταν οι παρεμβάσεις του θεραπευτή είναι εύστοχες και αποτελεσματικές, ενισχύεται η εμπιστοσύνη του θεραπευόμενου και ισχυροποιείται η θεραπευτική συμμαχία.

Την ίδια εποχή, η ερευνητική διαδικασία αποτυπώνει μια μεταστροφή όσον αφορά στο ρόλο και στην αξία της θεραπευτικής συμμαχίας στα πλαίσια του Συμπεριφορισμού. Παρά το γεγονός ότι δεν θεωρούσαν αναγκαίο να επεξεργαστούν θεωρητικά το λειτουργικό ρόλο της σχέσης θεραπευτή και θεραπευόμενου, οι θεραπευτές συμπεριφοράς ενίσχυαν ένα θερμό και υποστηρικτικό θεραπευτικό κλίμα ως απαραίτητο και αυτονόητο στοιχείο της θεραπευτικής διαδικασίας (Sweet, 1984; Wilson & Evans, 1977). Ερευνητές και θεωρητικοί του χώρου τροποποιούν τις αρχικές τους θέσεις για την παντοδυναμία των τεχνικών και υποστηρίζουν την ανάγκη ενδυνάμωσης μιας θεραπευτικής σχέσης, σύμφωνα με την οποία θα καθορίζονται οι αναμενόμενες συμπεριφορές του πελάτη και του θεραπευτή (Goldfried & Davison, 1976). Ωστόσο, αν και πολλοί συγγραφείς θεωρούσαν δεδομένο ότι η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης συντελούσε στην πορεία του ασθενή να επιτύχει την αλλαγή (Frank, 1982; Michell, Bozarth, & Krauft, 1977; Sweet, 1984; Wilson & Evans, 1977), η σχέση θεωρούνταν δευτερογενές στοιχείο της ψυχοθεραπείας (Σταλίκας, 2005) τουλάχιστον μέχρι την εμφάνιση της Γνωσιακής Θεωρίας.

Η εισαγωγή των γνωσιακών θεωριών και πρακτικών στο Συμπεριφορισμό, ανέδειξε το ρόλο της θεραπευτικής συμμαχίας και στη συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση. Ο Beck (1979) ως κύριος εκφραστής της γνωσιακής θεωρίας, εισαγάγει την έννοια του «συνεργατικού εμπειρισμού» (collaborative empiricism) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) για να περιγράψει την επίμονη και διαρκή εξέταση ή αλλιώς τον «πειραματικό» ή «δοκιμαστικό» έλεγχο των γνωσιακών χαρτογραφήσεων του ασθενούς σε μια σχέση συνεργασίας, συμμαχίας και αλληλοκατανόησης. Η συνεργατική σχέση ανάγεται σε σημαντικό χαρακτηριστικό της θεραπευτικής διαδικασίας που καθορίζει τους ρόλους του θεραπευτή και του

θεραπευόμενου ως συνεργάτες στην επίτευξη ενός κοινού στόχου. Αυξάνει την πιθανότητα να αποτελέσει ο θεραπευτής πρότυπο μίμησης, που θα προωθήσει θετικές προσδοκίες για αλλαγή (Goldfried & Davison, 1976; Wilson & Evans, 1977) και επιλύει ή αποτρέπει πιθανές αντιστάσεις από την πλευρά του θεραπευόμενου (Beck & Freeman, 1990; Mahoney, 1991; Παπακώστας, 1994; Raue & Goldfried, 1994).

Η σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, εξετάστηκε σε πολυάριθμες έρευνες. Σε ανασκοπήσεις των ερευνών μετά-ανάλυσης (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000) η συσχέτιση των δύο μεταβλητών είναι μέτρια αλλά σημαντική. Η αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας που γίνεται νωρίς στην θεραπεία από το θεραπευόμενο φαίνεται να είναι περισσότερο προβλεπτική του θεραπευτικού αποτελέσματος από εκείνη που γίνεται από το θεραπευτή ή έναν εξωτερικό παρατηρητή και σε μεταγενέστερο θεραπευτικό στάδιο (Horvath, 2001; 2005).

Ωστόσο, στα πλαίσια της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας, οι έρευνες που αφορούν στην επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι λιγότερες και τα αποτελέσματά τους αντιφατικά. Κάποιες έρευνες που αφορούν σε αναδρομική εκτίμηση (Keijsers et al., 2000) ή θεραπεία κατάθλιψης βρίσκουν θετική συσχέτιση (DeRubeis & Feeley, 1991; Krupnick et al., 1996; Marmar et al., 1989; Svensson & Hansson, 1999). Κάποιες έρευνες βρίσκουν συσχέτιση όταν οι αξιολογήσεις της θεραπευτικής συμμαχίας γίνονται αργότερα στη θεραπεία (Casey et al., 2005; Gaston et al., 1991; O' Mally, Suh, & Strupp, 1983) γεγονός που εγείρει προβληματισμούς για την επίδραση της μείωσης των συμπτωμάτων στη διαμόρφωση της θεραπευτικής συμμαχίας, ενώ, τέλος, κάποιες άλλες δε βρίσκουν καμία σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley et al., 1999; Safran & Wallner, 1991).

Όσο δε αφορά σε θεραπεία Διαταραχών Άγχους, τις διαταραχές όπου η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία αποτελεί την θεραπεία επιλογής (Barlow, 2002; National Institute for Clinical Excellence, 2004), η θεραπευτική συμμαχία μόλις πρόσφατα προσέλκυσε το ερευνητικό ενδιαφέρον. Στις λίγες έρευνες που έχουν μέχρι στιγμής διενεργηθεί, η θεραπευτική συμμαχία δεν επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε θεραπεία ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Lindsay et al. 1997) και διαταραχής πανικού με αγοραφοβία (Casey et al., 2005). Παράλληλα, έρευνες που έχουν εξετάσει την αποτελεσματικότητα συμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπειών που προσφέρονται μέσω βιβλίου, διαδικτύου, τηλεφώνου ή λογισμικού (Bachofen et al., 1999; Kenardy et al., 2003; Marks et al., 1998; Newman et al., 2003) δείχνουν ότι η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική και οι θεραπευόμενοι εξίσου ικανοποιημένοι, με εκείνους που ακολουθούν την κλασική μορφή της ψυχοθεραπείας, παρά το γεγονός ότι η επαφή με το θεραπευτή είναι πρακτικά ανύπαρκτη (Marks et al., 2004; Proudfoot et al., 2004). Τα παραπάνω στοιχεία αφορούν λίγες έρευνες με μικρό δείγμα και δεν επιτρέπουν σε καμία περίπτωση τη διεξαγωγή σαφών

συμπερασμάτων για το ρόλο της θεραπευτικής συμμαχίας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, ωστόσο, εγείρουν ερωτήματα σχετικά με το ρόλο της στην ενλόγω ψυχοθεραπευτική προσέγγιση.

Επιπλέον, η επιτροπή της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας (1999) που συστάθηκε για τη μελέτη της εμπειρικής τεκμηρίωσης της θεραπευτικής σχέσης επισήμανε για το θέμα της συμμαχίας στα πλαίσια της θεραπείας των Διαταραχών Άγχους, ότι στη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών, οι θεραπευτικές τεχνικές ευθύνονται για το μέγεθος της επίδρασης και όχι η θεραπευτική συμμαχία (Norcross, 2002).

Βασική προϋπόθεση της εφαρμογής των θεραπευτικών τεχνικών είναι η συνεργασιμότητα του θεραπευόμενου στην πραγματοποίηση έργου μεταξύ των συνεδριών. Η ανάθεση έργου και η συνεργασιμότητα αποτελούν δραστικά στοιχεία της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας, τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής διαδικασίας, και συνδέονται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Abramowitz et al., 2002; Beutler et al., 2004; Burns & Spangler, 2000; Coon & Thompson, 2003; Kazanzis, Deane, & Ronan, 2000; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000).

Η ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών έχει προταθεί ως μέσο αύξησης της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας από τη δεκαετία του 1930 από πολλούς ερευνητές σε διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις (Freud, 1952; Dunlop, 1932, 1936; Herzberg, 1941; Karpman, 1949; Kelly, 1955). Η εμφάνιση του Συμπεριφορισμού ανέδειξε την ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών σε κεντρικό χαρακτηριστικό της ψυχοθεραπείας (Kanfer & Phillips, 1966) σε τέτοιο βαθμό ώστε να υποστηρίζεται ότι οποιαδήποτε θεραπεία χωρίς ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών δεν μπορεί να θεωρηθεί γνωσιακή (Thase & Gallan, 2006).

Το έργο που συνήθως ανατίθεται στα πλαίσια της θεραπείας Αγχωδών Διαταραχών αφορά κυρίως στην έκθεση των θεραπευόμενων σε καταστάσεις που αποφεύγουν λόγω άγχους (Huppert, 2006). Τρεις τύποι ασκήσεων έκθεσης χρησιμοποιούνται: έκθεση στην πραγματικότητα (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Leung & Heimberg, 1996; Edelman & Chambless, 1993; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000) ή και στη φαντασία (De Araujo, Ito & Marks, 1996) και έκθεση στα ιδιοδεκτικά ερεθίσματα (Huppert, 2006). Επιπλέον, ανατίθεται πρακτική σε τεχνικές διαχείρισης του άγχους (όπως διαφραγματική αναπνοή και μυϊκή χαλάρωση), ενώ συχνά η θεραπεία εμπλουτίζεται με την εφαρμογή συγκεκριμένων γνωσιακών τεχνικών με κυριότερη εκείνη της γνωσιακής αναδόμησης, με την καταγραφή και ανασκευή των αυτόματων αρνητικών σκέψεων που σχετίζονται με το άγχος και τον πανικό (Leahy, 2005; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Σπανιότερα, και πάντα σε συνδυασμό με τους παραπάνω στόχους, ανατίθενται και άλλες δραστηριότητες όπως η ανάγνωση ενός βιβλίου αυτοβοήθειας, η ακρόαση κασετών των θεραπευτικών συνεδριών ακόμα και η συμπλήρωση ερωτηματολογίων (De Araujo, Ito & Marks, 1996).

Η πραγματοποίηση έργου μεταξύ των συνεδριών υποστηρίζεται από τη θεωρητική βάση της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις αρχές της κλασικής και συντελεστικής μάθησης, η σταδιακή και επαναλαμβανόμενη έκθεση στο φοβογόνο ερέθισμα με την ταυτόχρονη μεταβολή των συμπεριφορών που διατηρούν την παθολογική συμπεριφορά όπως οι αποφυγές και οι καθησυχασμοί, προκαλεί την εξοικείωση του θεραπευόμενου, καθώς του παρέχει τη δυνατότητα να δημιουργήσει καινούριες συνεξαρτήσεις μεταξύ των ερεθισμάτων και να μάθει εκ νέου (Huppert et al., 2006; Kazdin, 2001; Lewis & Malloy, 1982). Ταυτόχρονα, σύμφωνα με τις αρχές των γνωσιακών θεωριών και των θεωριών της κοινωνικής μάθησης και της αυτό-αποτελεσματικότητας, η επαναλαμβανόμενη συμμετοχή σε έργο μεταβάλλει τις πεποιθήσεις και γενικότερα τις γνώσεις του θεραπευόμενου τόσο σχετικά με τον εαυτό του όσο και με το περιβάλλον και αυξάνει την αίσθηση ελέγχου και κυριαρχίας και τις εκτιμήσεις αυτο-αποτελεσματικότητας (Bandura, 1986; Beck, 1979).

Η συνεργασιμότητα (Homework Compliance) ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο οι θεραπευόμενοι πραγματοποιούν το έργο που τους ανατίθεται μεταξύ των συνεδριών. Η αξιολόγηση της συνεργασιμότητας στις διάφορες έρευνες συνίσταται συνήθως σε μια συνολική εκτίμηση στη λήξη της θεραπείας είτε της συχνότητας πραγματοποίησης των στόχων είτε του ποσοστού της ολοκληρωμένης εργασίας σε σχέση με εκείνη που είχε συμφωνηθεί να πραγματοποιηθεί. Σπανιότερα, γίνεται και ποιοτική εκτίμηση του έργου που πραγματοποιείται στη βάση των παρακάτω κριτηρίων: (α) αν έχει εξαρχής καθοριστεί ένας συγκεκριμένος στόχος ο οποίος (β) προκαλεί τουλάχιστον μέτρια επιπέδα φόβου, (γ) επαναλαμβάνεται μέχρι να επέλθει εξοικείωση με (δ) την απομάκρυνση των ασφαλειών κατά την διάρκεια της έκθεσης (Neimeyer & Feixas, 1990; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Η καταγραφή του στόχου που κάθε φορά ανατίθεται, σε φόρμα, η οποία δίνεται στο θεραπευόμενο και η εκτίμησή του έργου που πραγματοποιήθηκε στην επόμενη συνεδρία αποτελούν παράγοντες που βελτιώνουν τη συνεργασιμότητα των θεραπευομένων (Bryant et al., 1999).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει να υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ της συνεργασιμότητας και του θεραπευτικού αποτελέσματος σε Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία Αγχωδών Διαταραχών (Abramowitz et al., 2002; Al-Kubaisy et al., 1992; Edelman & Chambless, 1993, 1995; De Araujo, Ito, & Marks, 1996; Leung & Heimberg, 1996; Michelson et al., 1986; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000) και την αναδεικνύει σε σημαντικό προγνωστικό παράγοντα επιτυχούς έκβασης (Detweiler & Whisman, 1999; Kazantzis et al., 2000).

Συμπερασματικά, η θεραπευτική συμμαχία όπως αξιολογείται νωρίς στη θεραπεία αποτελεί ένα καλό προγνωστικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος και συσχετίζεται με τα θεραπευτικά κέρδη (Horvath, 2001, 2005). Στο πλαίσιο της Γνωσιακής-

Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας Αγχωδών Διαταραχών, η έρευνα είναι σαφώς πιο περιορισμένη και τα ευρήματα αντικρουόμενα. Η μεταβλητή που φαίνεται να συνδέεται περισσότερο με το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι η συνεργασιμότητα των θεραπευόμενων στα έργα μεταξύ των συνεδριών. Παρά το γεγονός ότι πολλοί θεωρητικοί συσχετίζουν τις δύο αυτές μεταβλητές, θεραπευτική συμμαχία και συνεργασιμότητα, και υποστηρίζουν ότι μια καλή θεραπευτική σχέση ενισχύει τη συνεργασιμότητα του θεραπευόμενου (Emmelkamp, 1986; Garfield, 1995; Goldfried, 1982; Lazarus & Faye, 1982; Tompkins, 2003), η θέση αυτή δεν έχει μελετηθεί συστηματικά στο πλαίσιο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας και ιδιαίτερα όσον αφορά στις Διαταραχές Άγχους με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν ευρήματα που το υποστηρίζουν.

Για τους παραπάνω λόγους θελήσαμε να ερευνήσουμε τη σχέση αυτών των μεταβλητών με το θεραπευτικό αποτέλεσμα αλλά και τη μεταξύ τους σχέση. Εξετάσαμε αρχικά τη σχέση τόσο της θεραπευτικής συμμαχίας όσο και της συνεργασιμότητας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στη συνέχεια εξετάσαμε τη σχέση της συμμαχίας με τη συνεργασιμότητα ώστε να διερευνήσουμε αν η συμμαχία επηρεάζει τη συνεργασιμότητα. Για το λόγο αυτό, εξετάσαμε αν η θεραπευτική συμμαχία στην προηγούμενη συνεδρία συσχετίζεται με τη συνεργασιμότητα στην επόμενη ή αν η θεραπευτική συμμαχία όπως εκτιμάται κατά μέσο όρο στις τρεις πρώτες συνεδρίες συσχετίζεται με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας όπως αυτή εκτιμάται από την τέταρτη συνεδρία και μετά. Ταυτόχρονα, καθώς στον ορισμό της θεραπευτικής συμμαχίας εμπεριέχεται η συμφωνία για τους θεραπευτικούς στόχους και η συναίνεση για το έργο μέσω του οποίου θα επιτευχθούν, θελήσαμε να διερευνήσουμε το γεγονός οι δυο αυτές μεταβλητές να είναι ταυτόσημες και απλά καθώς προέρχονται από διαφορετικούς θεωρητικούς χώρους, να περιγράφονται με διαφορετική ορολογία.

Για τη διερεύνηση των παραπάνω ερευνητικών ερωτημάτων επιλέχθηκε ένα δείγμα 34 ασθενών με διάγνωση Αγχώδους Διαταραχής που προσήλθαν οικειοθελώς στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς (ΜΘΣ) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών από τον Μάιο ως το Δεκέμβριο του 2003. Το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες (64,7%) και ο μέσος όρος ηλικίας του ήταν 34,5 έτη ($M=34,5$, $TA=12,7$).

Για την εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας χορηγήθηκε στους θεραπευόμενους το Ερωτηματολόγιο της Θεραπευτικής Συμμαχίας (WAI, Horvath & Greenberg, 1986), το οποίο συμπληρώθηκε ανώνυμα μετά την ολοκλήρωση των τριών πρώτων συνεδριών και τοποθετήθηκε σε κάλπη ώστε να διασφαλιστεί το απόρρητο της αξιολόγησης και κατ' επέκταση η ειλικρίνεια των θεραπευόμενων. Η εκτίμηση της συνεργασιμότητας γινόταν από το θεραπευτή με την Κλίμακα Συνεργασιμότητας (HCS, Primakof et al., 1986) μετά από κάθε συνεδρία, από την τρίτη και μετά, οπότε και οριζόταν έργο μεταξύ των συνεδριών. Η εκτίμηση βασιζόταν κυρίως σε ένα ημερολόγιο στόχων που χρησιμοποιούσε ο θεραπευόμενος κατά την πραγματοποίηση των στόχων του, το οποίο παρείχε τη δυνατότητα μιας

σαφούς ποσοτικής αλλά και ποιοτικής εκτίμησης του πραγματοποιηθέντος έργου, καθώς και στη συζήτηση του θεραπευτή με το θεραπευόμενο

Για να καταστεί δυνατή η εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος, αξιολογήθηκε η κλινική εικόνα των θεραπευόμενων στην αρχή και στη λήξη της θεραπείας καθώς και σε επανεξέταση έξι μηνών. Συγκεκριμένα, έγινε εκτίμηση της συμπτωματολογίας τους, της φοβίας, της κατάθλιψης και της βαρύτητας του προβλήματος, με τη χορήγηση των ακόλουθων ψυχοδιαγνωστικών εργαλείων: την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90R, Derogatis, 1977; Ντώνιας & συν., 1991), το Ερωτηματολόγιο Φόβου (Marks & Mathews, 1979; Κασβίκης & συν., 2006, Πούλου, 2001) το Ερωτηματολόγιο Άγχους (BAI, Beck, 1993) και το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης (BDI, Beck & Beamesderfer, 1974; Τζέμος, 1987). Επιπλέον, έγινε εκτίμηση των τελικών θεραπευτικών στόχων, όσον αφορά στο άγχος και στην αποφυγή που προκαλούσαν στους θεραπευόμενους, όταν τέθηκαν, στη δεύτερη δηλαδή ή τρίτη συνεδρία, στη λήξη της θεραπείας και στην επανεξέταση. Οι τελικοί στόχοι αφορούν στην ουσία συγκεκριμένες καταστάσεις ή δραστηριότητες της καθημερινής ζωής των θεραπευομένων, τις οποίες οι πάσχοντες αποφεύγουν τελείως ή σε μεγάλο βαθμό λόγω άγχους. Αποτελούν ρεαλιστικά θεραπευτικά αιτήματα των οποίων η επίτευξη χωρίς άγχος σηματοδοτεί και την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Όλοι οι συμμετέχοντες ακολούθησαν Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία με κύρια θεραπευτική τεχνική την έκθεση στην πραγματικότητα και σε ιδιοδεκτικά ερεθίσματα, και την έκθεση με εμποδισμό απάντησης για τους ασθενείς με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή.

Όσοι ακολούθησαν τις οδηγίες του θεραπευτή τους για όσο χρόνο χρειάστηκε έτσι ώστε να πραγματοποιήσουν τους τελικούς θεραπευτικούς τους στόχους χωρίς άγχος και αποφυγή αποτέλεσαν την ομάδα της ολοκληρωμένης-επιτυχημένης θεραπείας. Ο ορισμός της επιτυχημένης θεραπείας γινόταν ουσιαστικά στη βάση δύο κριτηρίων: (α) την ψυχιατρική εκτίμηση που βασιζόταν στα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, DSM IV, American Psychiatric Association, 1994), και (β) την εκτίμηση των τελικών θεραπευτικών στόχων όσο αφορά στο άγχος και στην αποφυγή που προκαλούσαν στο θεραπευόμενο που έπρεπε να κυμαίνονται από δύο και κάτω (όπου 2=λίγο άγχος/αποφεύγω λίγες φορές) καθώς το άγχος και η αποφυγή αποτελούν διαγνωστικά κριτήρια των εν λόγω διαταραχών (Μάνος, 1997). Ο μέσος χρόνος θεραπείας όσων ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους με επιτυχία ήταν 7,5 συνεδρίες ($M=7,5$, $TA=5,1$).

Όσοι αρνήθηκαν να εμπλακούν σε θεραπεία μετά την εξήγηση της θεραπευτικής διαδικασίας, αποτέλεσαν την ομάδα άρνησης της θεραπείας. Τέλος, όσοι ακολούθησαν τις θεραπευτικές οδηγίες αλλά διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία τους, πριν την πραγματοποίηση των τελικών θεραπευτικών τους στόχων, αποτέλεσαν την ομάδα διακοπής της θεραπείας. Αυτές οι δύο ομάδες έχουν όπως είναι φυσικό κλινικές εκτιμήσεις μόνο στην έναρξη της

θεραπείας και έξι μήνες μετά τη διακοπή ή την άρνηση τους, ενώ η ομάδα της άρνησης δεν έχει εκτιμήσεις τελικών στόχων και συνεργασιμότητας.

Επειδή τα ερευνητικά μας ερωτήματα έχουν αξία μόνο αν η θεραπεία μας είναι αποτελεσματική, διενεργήσαμε κάποιες πρωταρχικές στατιστικές αναλύσεις για τον έλεγχο της κλινικής αποτελεσματικότητας. Βρήκαμε ότι πράγματι, όσοι ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους παρουσίαζαν σημαντική βελτίωση στο άγχος, στην κατάθλιψη και στο φόβο σε αντίθεση με όσους διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία. Η βελτίωση ήταν τέτοια ώστε έχαναν τη διάγνωση της αγχώδους διαταραχής καθώς οι εκτιμήσεις στην Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας και το Ερωτηματολόγιο Φόβου κυμαίνονταν κάτω από την τιμή διάκρισης που καθορίζει την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας.

Όσον αφορά στη σχέση της συμμαχίας και της συνεργασιμότητας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, μόνο η συνεργασιμότητα βρέθηκε να συσχετίζεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αντίθετα, όσον αφορά στη σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με την αποτελεσματικότητα, όσοι διέκοπταν τη θεραπεία εκτιμούσαν ως καλύτερη τη θεραπευτική τους συμμαχία στο τέλος της δεύτερης συνεδρίας αλλά και κατά μέσο όρο στις τρεις πρώτες συνεδρίες. Σε μια προσπάθεια να διερευνήσουμε περαιτέρω το συγκεκριμένο εύρημα, εξετάσαμε αν οι δύο αυτές ομάδες διέφεραν μεταξύ τους. Βρήκαμε ότι στις αρχικές αξιολογήσεις, η ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας διέφερε από εκείνη της διακοπής στη βαρύτητα της φοβίας, με εκείνους που ολοκλήρωσαν με επιτυχία την θεραπεία τους να παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα φόβου από εκείνους που διέκοψαν. Στη συνέχεια ελέγξαμε αν η αρχική βαρύτητα συσχετιζόταν με τη θεραπευτική συμμαχία και βρήκαμε ότι συσχετιζόνταν αρνητικά, δηλαδή όσο βαρύτερα ήταν κάποιος όσον αφορά στο φόβο του στην αρχή τόσο χειρότερα εκτιμούσε τη θεραπευτική του συμμαχία.

Τέλος, όσον αφορά στη σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με τη συνεργασιμότητα δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση. Ειδικότερα, η αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας δεν διέφερε μεταξύ όσων συνεργάστηκαν ικανοποιητικά και όσων δεν συνεργάστηκαν ικανοποιητικά στους θεραπευτικούς τους στόχους. Ως ικανοποιητικούς συνεργαζόμενους ορίσαμε εκείνους που είχαν κατά μέσο όρο εκτίμηση της συνεργασιμότητάς τους από τέσσερα και πάνω στην κλίμακα συνεργασιμότητας (0-5, όπου 4 = ο θεραπευόμενος ολοκλήρωσε τη συμφωνημένη εργασία). Επιπλέον, η εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας στην προηγούμενη συνεδρία δεν συνδέεται με τη συνεργασιμότητα στην επόμενη. Τέλος η συνολική εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας, όπως καθοριζόταν από το μέσο όρο της εκτίμησης στις τρεις πρώτες συνεδρίες, δεν συσχετιζόταν με τη συνολική εκτίμηση της συνεργασιμότητας, όπως αυτή καθοριζόταν από το μέσο όρο της εκτίμησης από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι το τέλος της θεραπείας.

Τα ευρήματά μας που αφορούν στην κλινική αποτελεσματικότητα της Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας στις Αγχώδεις Διαταραχές και τη σχέση της συνεργασιμότητας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι αναμενόμενα και συνάδουν με τα δεδομένα της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας.

Τα ευρήματα που αφορούν στη θεραπευτική συμμαχία δεν υποστηρίζουν τη σημασία της στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Μάλιστα, το μη αναμενόμενο εύρημά μας, ότι όσοι διακόπτουν τη θεραπεία αξιολογούν ως καλύτερη τη θεραπευτική συμμαχία σε σύγκριση με όσους ολοκληρώνουν τη θεραπεία τους με επιτυχία, μας οδήγησε στην αναζήτηση πιθανών εξηγήσεων.

Μια πιθανή εξήγηση αφορά στο είδος της θεραπευτικής παρέμβασης και της διαταραχής. Αποδείχθηκε ότι είχε δίκιο ο Skinner (1971) όταν υποστήριζε ότι στη συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία, οι θεραπευτικές τεχνικές είναι αυτό που μετρά περισσότερο. Συχνά στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία, η σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου παρομοιάζεται σαν σχέση δάσκαλου-μαθητή ή προπονητή-ασκούμενου. Επιπλέον, είναι πιθανό οι άνθρωποι με φοβίες να αναζητούν κάποιον που να φαίνεται ότι ξέρει τι λέει και πώς θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους. Είναι λοιπόν πιθανό η θεραπευτική σχέση να είναι σημαντική-δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι στην παρούσα μελέτη και οι δύο ομάδες εκτιμούσαν ως εξαιρετικά καλή τη θεραπευτική τους συμμαχία-ωστόσο δεν αποτελεί την κινητήριο δύναμη στη διαδικασία της αλλαγής.

Μια άλλη εξήγηση αφορά στην αρχική βαρύτητα και τη διάρκεια της θεραπείας. Η αρνητική συσχέτιση της αρχικής βαρύτητας με τη θεραπευτική συμμαχία έχει εντοπιστεί και σε έρευνα που αφορά σε ασθενείς με διαταραχή πανικού με και χωρίς αγοραφοβία (Casey et al., 2005). Επιπλέον, η παρούσα μελέτη αφορά μια σύντομη θεραπεία γεγονός που είναι δυνατό να επηρεάζει τη συνεισφορά της θεραπευτικής συμμαχίας στο τελικό αποτέλεσμα. Στην προαναφερθείσα έρευνα των Casey και συνεργατών (2005) δε βρέθηκε καμία συνεισφορά της συμμαχία στο πρώτο μισό της θεραπείας που ήταν περίπου όσο ολοκληρη η δική μας παρέμβαση.

Ωστόσο, παραμένει το ερώτημα γιατί έφυγαν από τη θεραπεία όσοι αξιολογούσαν ως καλύτερη τη συμμαχία. Μια πιθανή εξήγηση των ευρημάτων μας θα μπορούσε να είναι η ετοιμότητα των θεραπευομένων για αλλαγή. Οι Prochaska και Norcross, (2002) στην θεωρία τους που αφορά στα στάδια αλλαγής της συμπεριφοράς, υποστηρίζουν ότι μια θεραπεία είναι δυνατό να αποτύχει ενώ ο θεραπευτής έχει μια εξαιρετική θεραπευτική σχέση με τον θεραπευόμενό του, όταν ο τελευταίος βρίσκεται στο δεύτερο στάδιο της αλλαγής, που καθορίζεται από επίγνωση του προβλήματος αλλά καμία δέσμευση για δράση, και ο θεραπευτής του, του επιτρέπει να μένει «κολλημένος» σε αυτό. Τέλος, υπάρχουν ευρήματα που υποδεικνύουν ότι οι θεραπευόμενοι διακόπτουν κάποιες φορές τη θεραπεία τους πριν την ολοκλήρωσή της γιατί κρίνουν ότι μπορούν να ολοκληρώσουν τη θεραπευτική τους προσπάθεια μόνοι τους (Foa et al., 1983; Σωτηροπούλου, 2005). Ωστόσο, είναι φανερό ότι η συμβολή της θεραπευτικής συμμαχίας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Τέλος, τα ευρήματά μας που αφορούν στη σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με τη συνεργασιμότητα των θεραπευομένων υποδεικνύουν ότι οι δύο αυτές έννοιες δεν ταυτίζο-

νται και δεν συσχετίζονται σε κανένα βαθμό. Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχει καμία αναφορά στη σχέση μεταξύ συνεργασιμότητας και θεραπευτικής συμμαχίας σε Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία Διαταραχών Άγχους. Θεωρούμε ότι η περαιτέρω διερεύνηση αυτής της σχέσης καθώς και της σχέσης της θεραπευτικής συμμαχίας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα έχει να προσφέρει πολλά στην εξέλιξη της θεωρίας που αφορά στην κλινική πράξη, στην αποτελεσματικότερη πρακτική εφαρμογή της συμπεριφορικής θεραπείας καθώς και στην εμπειρικά τεκμηριωμένη εκπαίδευση και εποπτεία νέων θεραπειών.

Η παρούσα μελέτη αφορά μια έρευνα πεδίου με όλα τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που καθορίζουν τη συγκεκριμένη μορφή μελετών. Αφορά σε πραγματικές συνθήκες εφαρμογής της θεραπείας και τα συμπεράσματά της αφορούν στη συνηθισμένη κλινική πρακτική, ωστόσο, αν και το δείγμα έχει επιλεγεί με αυστηρά κριτήρια, δεν είναι τυχαίο, απουσιάζει η διπλή τυφλή αξιολόγηση και δεν είναι δυνατό να γίνει χειρισμός των μεταβλητών που να επιτρέπει τη διερεύνηση αιτιωδών σχέσεων (Westbrook, 2005). Επιπλέον, η αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας μόνο μέχρι την τρίτη συνεδρία και η σύντομη μορφή της θεραπείας, αν και απαντούν στα συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα, δεν μας επιτρέπουν να ελέγξουμε την περαιτέρω εξέλιξη της θεραπευτικής συμμαχίας καθώς και αν η βελτίωση της συμπτωματολογίας επηρεάζει την αξιολόγησή της. Τέλος, όσο αφορά στο μέγεθος του δείγματος είναι επαρκές για έρευνα ψυχοθεραπείας. Ωστόσο, ένα μεγαλύτερο δείγμα θα επέτρεπε την πραγματοποίηση πιο εξειδικευμένων αναλύσεων για μεγαλύτερα δείγματα που θα οδηγούσαν στην εξαγωγή πιο ασφαλών συμπερασμάτων.

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να απαντήσει σε μια σειρά ερευνητικών ερωτημάτων που έχουν αναδυθεί πολύ πρόσφατα στο χώρο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας και ειδικότερα στη Ψυχοθεραπεία των Αγχωδών Διαταραχών, σε ελληνικό πληθυσμό, όπου γενικότερα οι έρευνες είναι λίγες. Ασχοληθήκαμε με τις διαταραχές άγχους καθώς σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας πλήττουν το 10,2% του γενικού πληθυσμού (Lepine, 2001), 13,4% το ποσοστό της γενικευμένης διαταραχής άγχους στην περιοχή των Αθηνών (Mavreas et al., 1995), αφορούν νέους ανθρώπους και έχουν μεγάλο άμεσο και έμμεσο κοινωνικό κόστος (Mendlowicz & Stein, 2000). Σε μια εποχή που επιχειρείται να προσφερθούν συντομότερες και εναλλακτικές μορφές θεραπείας που περιορίζουν σημαντικά το ρόλο του θεραπευτή ή επιχειρούν να τον υποκαταστήσουν με το πρόγραμμα ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή, θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντικό να διερευνηθούν τα κρίσιμα συστατικά μια θεραπείας που έχει αποδείξει την αποτελεσματικότητά της στις εν λόγω διαταραχές.

Το εγχείρημά μας μάλλον ανέδειξε περισσότερα ερωτήματα από όσα απάντησε και για το λόγο αυτό θεωρούμε ότι συνεισφέρει στη γνώση, αναδεικνύοντας τι θα πρέπει να προσέξουμε στο επόμενο βήμα μας και πώς να θέσουμε τα ερωτήματα με ένα καταλληλότερο τρόπο ώστε να αυξήσουμε τις πιθανότητες να πάρουμε περισσότερες και εγκυρότερες απαντήσεις.

Στη συνέχεια θα γίνει μια συνοπτική παρουσίαση του περιεχομένου της παρούσας μελέτης.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση της βιβλιογραφίας που αφορά στη θεραπευτική συμμαχία. Παρουσιάζονται ιστορικά στοιχεία για την έννοια της συμμαχίας, η σημασία και ο ρόλος της στην ψυχοθεραπεία και η συνεισφορά της στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τέλος, παρουσιάζονται τα ευρήματα των ερευνών που αφορούν στους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της συμμαχίας και την συνεισφορά της στο θεραπευτικό αποτέλεσμα σε διάφορα είδη ψυχοθεραπείας και ιδιαίτερα στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία Διαταραχών Άγχους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση της βιβλιογραφίας που αφορά στην ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών, περιγράφεται ο ρόλος της και παρουσιάζεται η θεωρητική θεμελίωση της στα πλαίσια της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας. Στη συνέχεια, περιγράφονται τα είδη των έργων που ανατίθενται και ο τρόπος εκτίμησης της συνεργασιμότητας σε αυτά. Τέλος, παρουσιάζονται τα ευρήματα των ερευνών που αφορούν στους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασιμότητα και στη συνεισφορά της στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται η μέθοδος που ακολουθήθηκε στη μελέτη αυτή, περιγράφεται το δείγμα, τα εργαλεία και η διαδικασία συλλογής των δεδομένων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων. Για την καλύτερη περιγραφή των αποτελεσμάτων παρατίθενται οι απαραίτητοι πίνακες.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων, αναφέρονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη συζήτηση και γίνονται προτάσεις για τη συνέχιση της έρευνας. Ακολουθούν δύο παραρτήματα. Στο πρώτο παρατίθενται επιπλέον πίνακες αποτελεσμάτων για την καλύτερη κατανόησή τους ενώ στο δεύτερο παρατίθενται τα συνοδευτικά έγγραφα και τα εργαλεία συλλογής των δεδομένων. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε για τη συγγραφή αυτής της διατριβής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Θεραπευτική συμμαχία

Ορισμός

Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας αποτελεί κεντρικό άξονα της ψυχοθεραπευτικής θεωρίας και έρευνας τα τελευταία 50 χρόνια. Η διερεύνηση της φύσης, της λειτουργίας και των συστατικών της υπήρξε το αντικείμενο ποικίλων θεωρητικών αναφορών ενώ η σχέση της με άλλες μεταβλητές της θεραπευτικής διαδικασίας αλλά και του τελικού θεραπευτικού αποτελέσματος μονοπώλησε ένα μεγάλο τμήμα της ερευνητικής δραστηριότητας. Μια αναζήτηση στη βιβλιογραφία, με τη βοήθεια λέξεων κλειδιά όπως «συμμαχία» και «θεραπευτική ή λειτουργική συμμαχία» εντοπίζει 1405 δημοσιεύσεις ερευνών από το 1977 ως το 1997 (Martin, 1998 στους Horvath & Bedi, 2002), ενώ μόνο τη διετία 1998 έως 2000 έχουν δημοσιευτεί άλλες 650 (Horvath & Bedi, 2002). Η θεραπευτική σχέση αποτελεί κύριο συστατικό παράγοντα της θεραπευτικής συμμαχίας και συχνά χρησιμοποιείται ως συνώνυμό της. Ωστόσο δεν πρόκειται για συνώνυμους όρους.

Η θεραπευτική σχέση αναφέρεται στη συστηματική αλληλεπίδραση θεραπευτή και θεραπευόμενου με στόχο τη συνεργασία και την τελική αντιμετώπιση του προβλήματος του δεύτερου (Σταλίκας & Μέρτικα 2004; Χαρίτου-Φατούρου, 1999). Με άλλα λόγια πρόκειται για ένα είδος συνεργασίας που αναπτύσσεται με τέτοιο τρόπο ώστε ο θεραπευόμενος μέσα σε ένα πλαίσιο ασφάλειας και σταθερότητας να διερευνήσει το πρόβλημά του.

Η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί μια ευρύτερη έννοια. Σε έναν ορισμό που επιχειρεί να ξεπεράσει τα στενά όρια κάποιου συγκεκριμένου μοντέλου ψυχοθεραπείας, οι Horvath και Bedi, (2002) υποστηρίζουν ότι η θεραπευτική συμμαχία αναφέρεται στην ποιότητα και δύναμη της συνεργατικής σχέσης μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου και εμπεριέχει: (α) τον θετικό συναισθηματικό δεσμό μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή, τέτοιοι που να αφορά αμοιβαία εμπιστοσύνη, συμπάθεια, σεβασμό και ενδιαφέρον, (β) γνωσιακές παραμέτρους όπως συναίνεση και ενεργή αφοσίωση στους στόχους της θεραπείας και στον τρόπο με τον οποίο αυτοί θα πραγματοποιηθούν, και (γ) μια αίσθηση σύμπραξης όπου κάθε συμμετέχων είναι ενεργητικά αφοσιωμένος στις συγκεκριμένες και κατάλληλες για τον ρόλο του υποχρεώσεις και θεωρεί ότι και ο άλλος διακατέχεται από τον ίδιο ενθουσιασμό και αφοσίωση.

Με λίγα λόγια η συμμαχία αποτελεί μια συνειδητή και σκόπιμη πλευρά της σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, ενώ παράλληλα περιλαμβάνει εκτός από τη σχέση,

τη συμφωνία στα έργα και στους στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας (Σταλίκας, 2005). Η δημιουργία της συμμαχίας δεν αφορά μόνο σε μια θετική προδιάθεση προς το θεραπευόμενο, ένα αίσθημα συμπάθειας και αποδοχής, αλλά ταυτόχρονα και στην ικανότητα να αναπτύσσεται από κοινού μια αίσθηση αφοσίωσης στους θεραπευτικούς στόχους και στην ικανότητα να διευκολύνεται η ενεργή και ενθουσιώδης εμπλοκή στην εργασία που η θεραπεία απαιτεί (Hatcher, 1999).

Βέβαια, παρά τη συμφωνία και αποδοχή κάποιων στοιχείων της έννοιας της θεραπευτικής συμμαχίας (Bordin, 1980; Gaston et al., 1995; Horvath & Luborsky, 1993), ο όρος χρησιμοποιείται ερευνητικά για να περιγραφούν μια σειρά από σχετικές έννοιες και ουσιαστικά δεν υπάρχει ένας μοναδικός, γενικά αποδεκτός ορισμός της (Horvath & Luborsky, 1993; Saketopoulou, 1999). Για το λόγο αυτό, θα εξεταστεί η πορεία και η εννοιολογική διαμόρφωση του όρου μέσα στο χρόνο. Θα περιγραφεί η θέση που παίρνουν οι διαφορετικές θεραπευτικές σχολές απέναντι στον όρο, αλλά και ο τρόπος που τον χρησιμοποιούν. Τέλος, θα παρουσιαστεί ο σύγχρονος ορισμός της θεραπευτικής συμμαχίας, όπως αυτή προτάθηκε από τους υποστηρικτές της πανθεωρητικής προσέγγισης.

Ιστορική αναδρομή της έννοιας της Θεραπευτικής Συμμαχίας στη θεραπεία

Η έννοια της συμμαχίας διήνυσε μια μεγάλη διαδρομή δια μέσου των διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων και πρακτικών μέχρι να αποτελέσει μια πανθεωρητική έννοια. Αυτή η πορεία θα παρουσιαστεί περιληπτικά στη συνέχεια.

Ψυχοδυναμικές θεωρίες

Η θεραπευτική συμμαχία ως έννοια, όχι όμως και ο ίδιος ο όρος, έχει τις ρίζες της στα πρώτα έργα του Freud (1912-1913) σχετικά με την φύση της σχέσης αναλυτή-αναλυόμενου. Ο Freud παρατηρεί πως ο αναλυόμενος αναπτύσσει «μια σχέση με τον γιατρό του και τον συνδέει με εικόνες ανθρώπων με τους οποίους είναι συνηθισμένος να φέρεται συναισθηματικά». Ο αναλυόμενος, δηλαδή, «μεταθέτει προς έναν άνθρωπο με τρέχουσα σχέση, συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές, που αρχικά βίωσε σε σχέση με σημαντικά πρόσωπα της παιδικής του ηλικίας» (American Psychoanalytic Association, 1990). Στην προσπάθεια του να διευρύνει το μοντέλο του, ο Freud ισχυρίστηκε, ότι η μεταβίβαση-όπως ονόμασε τη σχέση αυτή-θα μπορούσε από το φαντασιακό επίπεδο να περάσει σε ένα πιο πραγματικό επίπεδο όπου και οι δύο πλευρές θα συνάπτουν συνειδητά μια συμμαχία προκειμένου να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά η νεύρωση του αναλυόμενου (Freud, 1958). Ο διαχωρισμός μεταξύ της ασυνείδητης μεταβίβασης και της συνειδητής σύναψης συμμαχίας και η χρήση του όρου συνεργασία (collaboration) ήταν μια σημαντική συνεισφορά του Freud στη θεωρητική ανάπτυξη του όρου της συμμαχίας. Ωστόσο, οι αναφορές του Freud ήταν αρκετά σύντομες, «ένα σύνολο δέκα προτάσεων σε όλο του το συγγραφικό έργο» (Gaston et al., 1995, σελ. 3), και δεν αποσαφήνισε επαρκώς τον όρο.

Ο όρος συμμαχία του Εγώ (ego alliance) απαντάται στον Sterba (1934), ο οποίος τον όρισε ως μέρος της διαδικασίας παρατήρησης του Εγώ από τον αναλυόμενο. Σύμφωνα με τον συγγραφέα η διαδικασία αυτή μεταβάλλεται μέσω της εμπειρίας της μεταβίβασης. Η Zetzel (1956) ήταν η πρώτη που χρησιμοποίησε τον όρο θεραπευτική συμμαχία (therapeutic alliance) για να αναφερθεί στην ικανότητα του θεραπευόμενου να χρησιμοποιεί το υγιές τμήμα του Εγώ του ώστε να συνεργάζεται με τον αναλυτή του για την επίτευξη των θεραπευτικών του έργων. Τέλος, ο Greenson (1965; 1967) έκανε τη διάκριση μεταξύ εργασιακής συμμαχίας (working alliance), την ικανότητα να ευθυγραμμίζεται κάποιος με τους στόχους της ανάλυσης, και τη θεραπευτική συμμαχία (therapeutic alliance) ως την ικανότητα διαμόρφωσης ενός προσωπικού δεσμού μεταξύ αναλυτή και αναλυόμενου. Επομένως, διαφαίνεται ήδη μια διαφοροποίηση της έννοιας της συμμαχίας από μια σχέση που βασίζεται στη μεταβίβαση σε μια συνειδητή, πραγματική σχέση συνεργασίας. Επιπλέον, διαφοροποιείται από τη θεραπευτική σχέση καθώς παρουσιάζεται να έχει άμεση σχέση με τα αισθήματα τρυφερότητας για τον αναλυτή, αλλά και την ικανότητα του αναλυόμενου να δουλεύει κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Greenson, 1965).

Οι Gelso και Carter (1994) υιοθέτησαν του μοντέλου του Greenson και το ανέπτυξαν θεωρητικά. Συγκεκριμένα, παρουσίασαν ένα μοντέλο σύμφωνα με το οποίο η θεραπευτική σχέση περιλαμβάνει τρία στοιχεία: τη μεταβίβαση, την πραγματική σχέση και τη θεραπευτική συμμαχία. Ως «μεταβίβαση» νοείται η τάση του θεραπευόμενου να μεταφέρει-χωρίς να υπάρχει εμφανής λόγος-στο πρόσωπο του θεραπευτή συναισθήματα, στάσεις και συμπεριφορές που είχε βιώσει στο παρελθόν.

Σύμφωνα με τους Gelso και Carter το στοιχείο αυτό αφορά όλες τις θεραπείες και είναι παρόν σε όλα τα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας. Η πραγματική σχέση είναι η εκτός μεταβίβασης σχέση που έχει ο αναλυόμενος με τον αναλυτή του, με την έννοια ότι στηρίζεται στην αντίληψη εκ μέρους του αναλυόμενου αντικειμενικών στοιχείων του αναλυτή και όχι προβολών του πρώτου (Συνοδινού, 2005). Απαρτίζεται από την αυθεντικότητα, την ικανότητα και την πρόθεση του ενός να είναι ανοιχτός και ειλικρινής στην επικοινωνία του με τον άλλο. Αποτελεί μια πραγματική διάσταση της ψυχανάλυσης αφού αναγνωρίζει τη θέση της πραγματικότητας μέσα στην αναλυτική σχέση και κατάσταση, όπως αυτή αποτυπώνεται σε πλευρές της πραγματικής ύπαρξης του αναλυτή και σε στοιχεία, που καθορίζουν το πλαίσιο, όπως η αμοιβή του αναλυτή και οι περίοδοι διακοπών (Συνοδινού, 2005). Η θεραπευτική συμμαχία, σύμφωνα με τους Gelso και Carter (1994), αποτελεί το σημαντικότερο και περισσότερο αυτόνομο από τα τρία στοιχεία, καθώς διευκολύνει τη διατήρηση και εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης. Η θεραπευτική σχέση εκφράζει τη δέσμευση θεραπευτή και θεραπευόμενου στις υποχρεώσεις του ρόλου τους και στην πρόοδο της θεραπείας, ανεξάρτητα από τις μεταβιβαστικές επιρροές. Στηρίζεται στη συνειδητή, κοινή επιδίωξη να επιτευχθούν οι στόχοι της ανάλυσης, μέσα από τη συνεργασία και τη σύμπλευση του αναλυόμενου με τις αναλυτικές στρατηγικές, ώστε να επιτευχθεί ενδοσκόπηση και

ανάλυση. Το κίνητρο που τροφοδοτεί αυτή τη σχέση, και που συνήθως εγκαθίσταται πριν από τη μεταβίβαση, πηγάζει κυρίως από το γεγονός ότι ο ασθενής υποφέρει και αναζητεί μια θεραπευτική συνεργασία η οποία να μπορέσει να του δώσει λύσεις (Συνοδινού, 2005).

Προσωποκεντρική θεωρία και θεωρία της Κοινωνικής Επιρροής

Η ψυχοδυναμική θεωρία της θεραπευτικής σχέσης κυριάρχησε μέχρι την εμφάνιση μιας σημαντικά διαφορετικής αντίληψης, της ανθρωπιστικής προσέγγισης η οποία υποστήριξε ότι η φύση του ανθρώπου είναι καλή και θετική, ο δε άνθρωπος έχει μια εγγενή τάση για προσωπική ανάπτυξη και αυτοπραγμάτωση (Rogers, 1951, 1957). Όπως υποστηρίζει ο Rogers, «ο οργανισμός έχει μια βασική τάση και επιθυμία να πραγματώνει, να διατηρεί και να εμπλουτίζει τα βιώματα και τις εμπειρίες του, το βιωματικό οργανισμό» (Rogers, 1951, σελ. 487). Συγκεκριμένα, έχει την τάση να εξελιχθεί από μια απλή σε μια σύνθετη οντότητα, να μεταβεί από την εξάρτηση στην ανεξαρτησία, από τη σταθερότητα και την ακαμψία σε μια διαδικασία αλλαγής και ελεύθερης έκφρασης (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2001). Η διαδικασία της αυτοπραγμάτωσης προϋποθέτει την ελεύθερη έκφραση που θα επιτρέψει στο άτομο να γίνει αυτόνομο, ανεξάρτητο, ευέλικτο και ανοιχτό στην διαδικασία της αλλαγής. Σε διαφορετική περίπτωση το άτομο κινδυνεύει να χάσει την ψυχική του ισορροπία. Τα αίτια της ψυχικής δυσλειτουργίας εστιάζονται στην εσωτερίκευση των απόψεων και των πεποιθήσεων των άλλων, στην ενδοβολή των αρχών που υπαγορεύει η κοινωνική ζωή, με αποτέλεσμα το άτομο να χάσει την επαφή με τον πραγματικό του εαυτό και τις αληθινές του ανάγκες. Μέσα από την ψυχοθεραπευτική διαδικασία οι πελάτες καλούνται να αποκαταστήσουν την αληθινή σχέση με τον εαυτό τους. Αρχίζουν να εξετάζουν και να αξιολογούν τις προσωπικές τους πεποιθήσεις, απόψεις, πράξεις και συναισθήματα. Μαθαίνουν να αναπτύσσουν και να χρησιμοποιούν δικά τους κριτήρια συμπεριφοράς, ανεξάρτητα από τις κρίσεις και τις απόψεις των άλλων.

Για να γίνει εφικτή αυτή η διαδικασία ο θεραπευτής πρέπει να εξασφαλίσει στον πελάτη συνθήκες που θα τον κάνουν να νιώσει ασφαλής, προστατευμένος και αποδεκτός. Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή που θα επιτρέψουν τη διαμόρφωση αυτών των συνθηκών συνοψίζονται στις τρεις αναγκαίες και ικανές συνθήκες για τη θεραπευτική αλλαγή, δηλαδή: στην άνευ όρων αποδοχή του θεραπευόμενου, στην αυθεντικότητα και στην ενσυναίσθηση. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά αποτελούν και τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης, που θα είναι μια σχέση αυθεντική, ειλικρινής και μη καταπιεστική. Οι αναγκαίες και ικανές συνθήκες για την επιτυχία της θεραπείας υλοποιούνται μέσα από τη θεραπευτική σχέση, άρα και η ίδια η σχέση γίνεται αφ' εαυτής θεραπευτική.

Η πελατοκεντρική θεωρία δεν δίνει έμφαση ούτε στην ανάπτυξη συγκεκριμένων θεραπευτικών τεχνικών αλλά ούτε και στη συνεργασία θεραπευτή-θεραπευόμενου με στόχο την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων (Watson & Greenberg, 1998). Η θεραπευτική συμμαχία, όπως οριοθετείται στη συγκεκριμένη προσέγγιση, δίνει μεγαλύτερη έμφαση

στη διάσταση του συναισθηματικού δεσμού από ό,τι στις διαστάσεις του θεραπευτικού στόχου και των θεραπευτικών έργων. Η θεραπευτική συμμαχία δεν κατευθύνει αλλά ενθαρρύνει τους πελάτες να θέσουν τους δικούς τους στόχους. Ο θεραπευτής παρέχει το κατάλληλο περιβάλλον που θα διευκολύνει την υλοποίηση των στόχων αυτών. Κατά συνέπεια, δίνεται έμφαση στην ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας, ενώ η συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου προέρχεται αβίαστα από τις αναγκαίες και ικανές συνθήκες, και όχι από το συνδυασμό συγκεκριμένων θεραπευτικών τεχνικών (Σταλίκας & Μερτίκας, 2004).

Η θεωρία του Rogers επικρίθηκε αρκετά για το γεγονός ότι παρουσιάζει το θεραπευτή ως κύριο υπεύθυνο για τη διαμόρφωση της σχέσης και αψηφά τον ρόλο των θεραπευτικών τεχνικών αλλά και τη συνεργασία θεραπευτή και θεραπευόμενου. Οι θέσεις του Rogers πυροδότησαν μια σειρά ερευνών, που διενεργήθηκαν από τα μέσα της δεκαετίας του 1960 και μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980, με θέμα τις συνθήκες που διευκολύνουν τη θεραπευτική σχέση. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών έδειξαν ότι η συμπεριφορά του θεραπευτή δεν αρκεί για να εξηγήσει επαρκώς τη θεραπευτική σχέση αλλά πρέπει να συμπεριληφθούν και άλλα στοιχεία, όπως η ανταπόκριση του πελάτη και ανάληψη της δικής του ευθύνης για το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Beutler, Crago, & Arizmendi, 1986).

Ως αντίδραση στις απόψεις του Rogers, οι LaCrosse (1980) και Strong (1968) ανέπτυξαν μια θεωρία που τοποθετούσε τη θεραπευτική σχέση στο πλαίσιο της κοινωνικής επιρροής που ασκεί ο θεραπευτής στο θεραπευόμενο και στη γνώμη που ο τελευταίος σχηματίζει για το θεραπευτή του. Συγκεκριμένα, η πεποίθηση του θεραπευόμενου για τρεις παραμέτρους που αφορούν το θεραπευτή: την αξιοπιστία, την ελκυστικότητα και την επιστημονική αυθεντία του, επηρεάζει την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης. Όταν ο θεραπευόμενος πιστεύει πως ο θεραπευτής του χαρακτηρίζεται από τα παραπάνω στοιχεία, ενδυναμώνεται η θεραπευτική σχέση. Ο θεραπευόμενος θεωρεί τον θεραπευτή του ικανό να επηρεάσει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του, με συνέπεια να διευκολύνεται η θεραπευτική αλλαγή. Η σχέση ανάμεσα στην κοινωνική επιρροή του θεραπευτή και στη θεραπευτική σχέση είναι ευθέως ανάλογη· δηλαδή όσο καλύτερη γνώμη έχει ο θεραπευόμενος για το θεραπευτή του, τόσο καλύτερη είναι και η ποιότητα της θεραπευτικής τους σχέσης.

Η ερευνητική επαλήθευση αυτού του μοντέλου δεν οδήγησε σε πειστικά αποτελέσματα. Ενώ σε αναλογικές έρευνες, οι τρεις μεταβλητές-αξιοπιστία, ελκυστικότητα, επιστημονική αυθεντία του θεραπευτή, όπως γίνονται αντιληπτές από τον θεραπευόμενο, συσχετίζονταν θετικά με το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας (LaCrosse, 1980), οι κλινικές δοκιμασίες δεν επιβεβαίωσαν τα παραπάνω ευρήματα (Greenberg & Adler, 1989, αναφ. στο Horvath & Luborky, 1993; Horvath, 1981, αναφ. στο Horvath & Luborky, 1993). Η επιρροή των τριών μεταβλητών στο τελικό αποτέλεσμα δεν ήταν σταθερή, αλλά παρουσίαζε σημαντικές διακυμάνσεις ανάλογα με το είδος της θεραπευτικής παρέμβασης. Τα αποτελέσματα αυτά ήταν μάλλον αναμενόμενα, δεδομένου ότι τόσο αυτή η προσέγγιση όσο και

η πελατοκεντρική παρουσιάζουν το ίδιο μειονέκτημα. Παραγκωνίζουν το ένα από τα δύο μέλη του θεραπευτικού ζεύγους. Στην πελατοκεντρική προσέγγιση παραγκωνίζεται ο ρόλος του πελάτη ενώ στην προσέγγιση της κοινωνικής επιρροής η συνεισφορά του θεραπευτή περιορίζεται στην εντύπωση που ο πελάτης θα σχηματίσει γι' αυτόν (Σταλίκας & Μερτίκας, 2004).

Η θεωρία της προσκόλλησης

Η θεωρία της προσκόλλησης του Bowlby (1969, 1973, 1980, 1995) ήρθε να θέσει νέα ζητήματα σχετικά με τη θεραπευτική συμμαχία. Η εξέλιξη της προσωπικότητας του ατόμου, προσδιορίζεται αποφασιστικά από τη διαλεκτική των σχέσεων που αναπτύσσει το άτομο με την οικογένειά του (Τσαλίκoglou, 1989). Η θεωρία της προσκόλλησης πρεσβεύει ότι το είδος της προσκόλλησης που θα αναπτύξει το βρέφος κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την πορεία που θα ακολουθήσει στη συνέχεια και την ικανότητά του να αντεπεξέρχεται σε αγχογόνα γεγονότα ζωής.

Συγκεκριμένα, καθώς το βρέφος αλληλεπιδρά με το πρόσωπο προσκόλλησης διαμορφώνει προσδοκίες για το βαθμό διαθεσιμότητας και τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνεται στις ανάγκες του το πρόσωπο αυτό (Bowlby, 1973). Σύμφωνα με τον Bowlby (1973), αυτές οι προσδοκίες οργανώνονται σταδιακά σε δύο εσωτερικά μοντέλα εργασίας, του εαυτού και των άλλων. Το εσωτερικό μοντέλο εργασίας του εαυτού περιλαμβάνει τις πεποιθήσεις που έχει το παιδί για το αν είναι άξιο αγάπης και φροντίδας, ενώ το εσωτερικό μοντέλο εργασίας των άλλων περιλαμβάνει πεποιθήσεις και προσδοκίες του παιδιού για το αν το πρόσωπο προσκόλλησης είναι συναισθηματικά διαθέσιμο και ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Συστηματικές παρατηρήσεις και εργαστηριακές μελέτες για την περιγραφή των διαφορών και της ποιότητας της προσκόλλησης μεταξύ βρέφους και μητέρας των Ainsworth, Blehar, Waters και Wall (1978) τεκμηρίωσαν και εμπειρικά την παραπάνω θεωρία και επιπλέον διέκριναν τρία γενικά πρότυπα προσκόλλησης: την *ασφαλή*, την *αγχώδη/αποφεύγουσα* και την *αγχώδη/αμφιθυμική* προσκόλληση. Το βρέφος με ασφαλή προσκόλληση αναζητάει εγγύτητα και καθησυχασμό γιατί, με βάση τις προηγούμενες εμπειρίες του, θεωρεί τη μητέρα ως ένα πρόσωπο διαθέσιμο και ανταποκρινόμενο στις ανάγκες του, μια πηγή ασφάλειας και δύναμης. Το βρέφος με αγχώδη/αμφιθυμική προσκόλληση συμπεριφέρεται με εναλλαγή προσέγγισης και θυμού απέναντι στη μητέρα καθώς, από τα προηγούμενα βιώματά του, θεωρεί τη μητέρα ως ένα πρόσωπο που παρέχει μεν φροντίδα, αλλά όχι με σταθερότητα και κανονικότητα. Τέλος, το βρέφος με αγχώδη/αποφεύγουσα προσκόλληση δε διαμαρτύρεται έντονα για τον αποχωρισμό γιατί, από τα προηγούμενα βιώματά του, έχει διαμορφώσει την προσδοκία ότι τέτοιες συμπεριφορές απορρίπτονται ή αγνοούνται, καθώς θεωρεί τη μητέρα ως ένα πρόσωπο στο οποίο δεν μπορεί να βασιστεί για φροντίδα (Feeney & Noller, 1996). Σε νεότερες αναλύσεις εντοπίστηκε και ένας τέταρτος τύπος προσκόλλησης, ο οποίος ονομάστηκε **αποδιοργανωμένος τύπος** (Main, & Hesse, 1990; Main & Solo-

mon, 1990). Περιλάμβανε παιδιά που παρουσίαζαν εναλλάξ αμφιθυμική και αποφεύγουσα συμπεριφορά και που η συνολική τους εικόνα έδειχνε στοιχεία κατάθλιψης, σύγχυσης και ανησυχίας.

Η θεωρία της ενήλικης προσκόλλησης

Αν και ο Bowlby (1973) και η Ainsworth (1978) μελέτησαν την προσκόλληση στα βρέφη, και οι δύο υποστήριξαν τη σπουδαιότητα των σχέσεων προσκόλλησης κατά τη διάρκεια της ζωής. Υποστήριξαν ότι αυτά τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας μεταφέρονται στην πορεία της ζωής και σε μετέπειτα σχέσεις, όπου καθοδηγούν τις πεποιθήσεις, αντιλήψεις και συμπεριφορές του ατόμου, καθώς και το πώς βιώνει, εκφράζει και αντιμετωπίζει συναισθήματα στις σχέσεις με σημαντικά πρόσωπα. Κατά συνέπεια, οι πεποιθήσεις που έχει το άτομο αναφορικά με την αξία του και το αν μπορεί να βασίζεται στους άλλους για φροντίδα και στήριξη οργανώνουν την εξέλιξη της προσωπικότητας, κατευθύνουν την κοινωνική συμπεριφορά και αποτελούν τη βάση για τη διαμόρφωση προσδοκιών, αντιλήψεων και συμπεριφορών σε νέες σχέσεις.

Οι τύποι της ενήλικης προσκόλλησης, όπως διαμορφώθηκαν από σχετικές μελέτες (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991) στηρίχθηκαν στις εσωτερικές αναπαραστάσεις για τον εαυτό και τον άλλο και στις διαστάσεις του άγχους και της αποφυγής. Συγκεκριμένα, το μοντέλο της Bartholomew (1990) προτείνει την ύπαρξη τεσσάρων τύπων ενήλικης προσκόλλησης, οι οποίοι προκύπτουν από το συνδυασμό των δύο αυτών διαστάσεων: θετικό ή αρνητικό εσωτερικό μοντέλο εργασίας του εαυτού και θετικό ή αρνητικό εσωτερικό μοντέλο εργασίας των άλλων. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ο *ασφαλής τύπος* ενήλικης προσκόλλησης χαρακτηρίζεται από ένα θετικό εσωτερικό μοντέλο εργασίας για τον εαυτό για τους άλλους. Τα άτομα αυτά έχουν εσωτερικεύσει ένα αίσθημα προσωπικής αξίας και αισθάνονται άνετα με το να εμπιστεύονται και να βασίζονται στους άλλους. Ο *έμμονος* τύπος προσκόλλησης έχει ένα αρνητικό εσωτερικό μοντέλο εργασίας εαυτού και ένα θετικό εσωτερικό μοντέλο εργασίας για τους άλλους. Τα άτομα αυτά αγωνιούν για την αποδοχή των άλλων, θεωρώντας ότι αποκτούν ένα αίσθημα ασφάλειας αν καταφέρουν να κάνουν τους άλλους να ανταποκρίνονται σ' αυτούς όπως εκείνοι θέλουν. Ο *φοβικός* τύπος προσκόλλησης χαρακτηρίζεται από αρνητικά εσωτερικό μοντέλο εργασίας εαυτού και άλλων. Τα άτομα αυτά είναι υπερβολικά εξαρτημένα από την αποδοχή των άλλων, αλλά, επειδή έχουν αρνητικές προσδοκίες, αποφεύγουν την εγγύτητα για να αποφύγουν την απόρριψη. Τέλος, ο *απορριπτικός* τύπος προσκόλλησης χαρακτηρίζεται από θετικό εσωτερικό μοντέλο εργασίας εαυτού και αρνητικό εσωτερικό μοντέλο εργασίας άλλων. Τα άτομα αυτά, λόγω αρνητικών προσδοκιών, αποφεύγουν την εγγύτητα και προτιμούν να βασίζονται στον εαυτό τους. Όμως, διατηρούν και ένα αίσθημα προσωπικής αξίας, αρνούμενοι την αξία των κοντινών σχέσεων.

Οι Brennan, Clark, & Shaver (1998) πρόσθεσαν στην παραπάνω τυπολογία τις

διαστάσεις του άγχους και της αποφυγής και υποστήριξαν ότι ο *ασφαλής* τύπος της Bartholomew (1990) χαρακτηρίζεται από χαμηλό άγχος για τις σχέσεις και χαμηλή τάση αποφυγής της εγγύτητας. Ο *έμμονος* τύπος χαρακτηρίζεται από υψηλό άγχος για τις σχέσεις και χαμηλή τάση αποφυγής της εγγύτητας. Ο *φοβικός* τύπος χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό άγχους και αποφυγής, ενώ ο *απορριπτικός* τύπος από χαμηλό άγχος για τις σχέσεις και υψηλή τάση αποφυγής της εγγύτητας.

Το άγχος που βιώνει το άτομο για τις σχέσεις του και το πόσο θέλει να αποφύγει την εγγύτητα χαρακτηρίζουν όπως είναι φυσικό και τη σχέση του με το θεραπευτή του. Ο Bowlby (1988) εξέτασε γενικότερα την ψυχοθεραπεία μέσα από το πρίσμα της θεωρίας του και υποστήριξε ότι η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί την ασφαλή βάση πάνω στην οποία οικοδομείται η θεραπεία. Ένα άτομο δηλαδή με ανεπαρκή και άκαμπτα σχήματα των σχέσεων προσκόλλησης θα επιβάλει αυτά τα μοντέλα στη σχέση του με το θεραπευτή. Το κοινό έργο επομένως του θεραπευτή και του θεραπευόμενου είναι η κατανόηση των δυσλειτουργικών σχημάτων για τον εαυτό και τα πρόσωπα της προσκόλλησης. Ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά σε αυτό λειτουργώντας με αξιοπιστία στην κοινή συνεργασία για την αμφισβήτηση των εσωτερικών σχημάτων. Παρότι ο Bowlby θεωρούσε ότι η ικανότητα αντιμετώπισης αγχογόνων γεγονότων διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό από τις σημαντικές σχέσεις του ατόμου πριν την εφηβεία, υποστήριξε ότι η κατάσταση αυτή μπορεί να τροποποιείται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, μέσω επανορθωτικών συναισθηματικών εμπειριών, με τη δημιουργία νέων δεσμών προσκόλλησης (Bretherton, 1997).

Συμπεριφορικές θεωρίες

Σε αντίθεση με τα προηγούμενα μοντέλα, οι κλασικοί συμπεριφοριστές αμφισβήτησαν τη σημασία της σχέσης θεραπευτή και θεραπευόμενου για την αλλαγή της συμπεριφοράς (Skinner, 1985). Ο Skinner (1971; 1974; 1985) δίνοντας έμφαση στη σχέση μεταξύ της συμπεριφοράς και των συνεπειών που αυτή επιφέρει στο περιβάλλον, περιέγραψε τη θεραπευτική διαδικασία ως μια διαδικασία μάθησης όπου η ποιότητα των τεχνικών παρέμβασης του θεραπευτή και όχι η σχέση των συμμετεχόντων αποτελούσαν τον σημαντικότερο παράγοντα αλλαγής.

Ο ρόλος της θεραπευτικής συμμαχίας στη θεραπεία συμπεριφοράς και στη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία θα εξεταστεί αναλυτικά στη συνέχεια, ωστόσο σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί η επίδραση των θέσεων των κλασικών συμπεριφοριστών στην διαμόρφωση της επιστημονικής έρευνας.

Η διαμόρφωση της επιστημονικής έρευνας

Οι θέσεις των κλασικών συμπεριφοριστών οδήγησαν σε μια αντιπαράθεση μεταξύ των συμπεριφορικών και των μη-συμπεριφορικών προσεγγίσεων που ήρθε στο προσκήνιο την δεκαετία του '50. Σε ένα άρθρο-σταθμό, ο Hans Eysenck (1952) συνέκρινε την αποτελεσματικότητα συμπεριφορικών και μη συμπεριφορικών θεραπειών. Άσκησε έντονη κριτι-

κή στην ποιότητα της έρευνας που αφορούσε στην ψυχοθεραπεία, εκφράζοντας στην ουσία μια διαδεδομένη μεταξύ των συμπεριφοριστών θέση, και υποστήριξε ότι για να κερδίσει η ψυχοθεραπεία την εμπιστοσύνη του κοινού και το σεβασμό της επιστημονικής κοινότητας, έπρεπε να καταδείξει την αποτελεσματικότητά της χρησιμοποιώντας μια εμπειρικά τεκμηριωμένη μεθοδολογία παρόμοια με αυτή άλλων κοινωνικών επιστημών. Αυτή η κριτική φαίνεται εκ των υστέρων να επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την έρευνα (Horvath, 1999).

Ερευνητές και από τις δυο πλευρές του Ατλαντικού, έκαναν μια μεγάλη προσπάθεια να εκτιμήσουν την επίδραση διαφορετικών μορφών θεραπείας χρησιμοποιώντας καλύτερη μεθοδολογία και αξιολογώντας τα αποτελέσματα με βελτιωμένες στατιστικές μεθόδους. Τα αποτελέσματα αυτής της προσπάθειας φάνηκαν στο τέλος της δεκαετίας του '70. Εκατοντάδες ερευνών που συνέκριναν διαφορετικού τύπου ψυχοθεραπείες για διάφορα προβλήματα (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Smith & Glass, 1977) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι διαφορές στην αποτελεσματικότητα των θεραπειών ήταν εξαιρετικά μικρές. Οι περισσότερες προσεγγίσεις ήταν ευεργετικές ανεξάρτητα από το θεωρητικό τους υπόβαθρο και τη διαφορετική θεραπευτική τους πρακτική.

Το ρεύμα των κοινών παραγόντων

Το παραπάνω εύρημα οδήγησε στη δημιουργία ενός «ρεύματος» που χαρακτηριζόταν από την αρχή *«όλοι κερδίζουν και άρα όλοι δικαιούνται βραβεία»*, και έμεινε στη βιβλιογραφία ως *«η ετυμηγορία του πουλιού που υπεκφεύγει»* (Dodo bird's verdict) παράφραση από το γνωστό έργο *«Η Αλίκη στη Χώρα των Θαυμάτων»*. Οι ερευνητές υποστήριζαν ως «λογικό» συμπέρασμα των ευρημάτων τους, ότι κάποια χαρακτηριστικά κοινά στις περισσότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να είναι υπεύθυνα για ένα σημαντικό μέρος του ευεργετικού αποτελέσματος της θεραπείας.

Για τη διερεύνηση αυτής της υπόθεσης πραγματοποιήθηκαν αρκετές έρευνες για το ρόλο των «κοινών παραγόντων» στην θεραπευτική διαδικασία. Ως κοινοί παράγοντες εξετάστηκαν η ενσυναίσθηση, η ενόραση, η έκφραση δυνατού συναισθήματος και φυσικά η θεραπευτική σχέση. Πιο σύγχρονες έρευνες (Lambert & Barley, 2002) επιβεβαιώνουν ότι η βελτίωση της κατάστασης του πελάτη σχετίζεται κατά 30% με τους κοινούς παράγοντες και μόνο κατά 15% με τεχνικές που συνδέονται με συγκεκριμένες προσεγγίσεις. Από τους κοινούς παράγοντες η θεραπευτική συμμαχία φαίνεται να παίζει πρωταρχικό ρόλο στη διαμόρφωση του τελικού αποτελέσματος. Για να μετρηθεί όμως η επίδρασή της ήταν απαραίτητο να διατυπωθεί ένας λειτουργικός ορισμός, ο οποίος θα τόνιζε τον πανθεωρητικό χαρακτήρα της και θα διευκόλυνε τη μέτρησή της. Έτσι ξεκίνησε η προσπάθεια για την εδραίωση της έννοιας της θεραπευτικής συμμαχίας υπό ένα πανθεωρητικό πρίσμα (Luborsky, 1976; Bordin, 1976, 1980, 1994).

Παν-θεωρητικά μοντέλα

Ένα από τα πρώτα παν-θεωρητικά μοντέλα ήταν εκείνο του Luborsky (1976) ο οποίος υποστήριξε ότι η συμμαχία είναι δυναμική, μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας ανάλογα με τις ανάγκες για αλλαγή και αναπτύσσεται σε δύο φάσεις. Στην πρώτη φάση διαμορφώνεται μια συμμαχία, η συμμαχία τύπου I, που αντιπροσωπεύει τα θετικά συναισθήματα που ο θεραπευόμενος εισπράττει από το θεραπευτή. Η στήριξη, η βοήθεια, η ασφάλεια και η τρυφερότητα που ο θεραπευόμενος αισθάνεται ότι παίρνει από το θεραπευτή είναι στοιχεία αυτού του είδους της συμμαχίας. Ο θεραπευόμενος θεωρεί ότι ο θεραπευτής του θα τον βοηθήσει μέσω μια ζεστής και υποστηρικτικής σχέσης και ως εκ τούτου αισθάνεται ασφαλής ώστε να ξεκινήσει τη θεραπευτική δουλειά.

Στη δεύτερη φάση, συμμαχία τύπου II, ο θεραπευόμενος αισθάνεται ότι συνεργάζεται με κάποιον ενάντια στα προβλήματά του, αποκτά δηλαδή μια αίσθηση του «εμείς». Η συμμαχία βασίζεται στην κοινή δέσμευση και των δύο πλευρών να συνεργαστούν προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της θεραπείας και να νιώσει καλύτερα ο θεραπευόμενος. Παρά την εξαιρετική εργασία του Luborsky, ο άνθρωπος που έδωσε στον όρο της θεραπευτικής συμμαχίας τη σημερινή του σημασία και συνέβαλε αποφασιστικά στη διάδοσή του ήταν ο Edward S. Bordin (1976; 1980). Σε μια σειρά άρθρων του στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του 1980, πρότεινε ένα σαφή και εύκολα μετρήσιμο ορισμό της θεραπευτικής συμμαχίας.

Σύμφωνα με τον Bordin (1980), η θεραπευτική συμμαχία ορίστηκε ως το ενεργό συστατικό κάθε θεραπευτικής σχέσης. Απομακρύνθηκε από την ψυχοδυναμική θεωρία και ορίστηκε κυρίως ως μια συνεργατική οντότητα που περιέχει τρία σημαντικά συστατικά στοιχεία: (1) συμφωνία για τους θεραπευτικούς στόχους, (2) συναίνεση για τα έργα που απαιτεί η θεραπεία και (3) ένα συναισθηματικό δεσμό μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Ο Bordin (1976) υποστηρίζει ότι όταν ο θεραπευόμενος έχει καλή συμμαχία με το θεραπευτή, αντιμετωπίζει θετικότερα τις τεχνικές και τις παρεμβάσεις του τελευταίου, αλλά και αντίστροφα, όταν οι παρεμβάσεις του θεραπευτή είναι εύστοχες και αποτελεσματικές, ενισχύεται η εμπιστοσύνη του θεραπευόμενου και ισχυροποιείται η θεραπευτική συμμαχία.

Επομένως, η θεραπευτική συμμαχία δε θεωρείται από μόνη της θεραπευτική. Είναι περισσότερο ένα στοιχείο που βοηθά το θεραπευόμενο να δεχτεί με μεγαλύτερη ευκολία τη θεραπεία. Υπ' αυτή την έννοια, η θεραπευτική συμμαχία συμβάλλει δραστικά στη θεραπευτική αλλαγή, αφού βοηθά τον πελάτη να ακολουθήσει τους προτεινόμενους από το θεραπευτή *τρόπους* που θα οδηγήσουν στην επίτευξη των κοινά αποδεκτών *στόχων*. Επιπλέον, ο Bordin προέβλεψε ότι διαφορετικές θεραπείες μπορεί να έχουν διαφορετικές απαιτήσεις από τη σχέση και κατ' επέκταση το προφίλ της ιδανικής θεραπευτικής συμμαχίας θα μπορούσε να είναι διαφορετικό μεταξύ των διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Τέλος, υποστήριξε ότι η ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας μάλλον δεν είναι γραμμική. Η

θεραπευτική συμμαχία χρειάζεται να δεχτεί κάποια πλήγματα, η επίλυση των οποίων θα οδηγήσει σε επιτυχημένη θεραπεία.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο ορισμός του Bordin είναι ευρέως αποδεκτός και χρησιμοποιείται στην ερευνητική διερεύνηση του ρόλου της θεραπευτικής συμμαχίας. Η έμφαση στη συνεργασία και την αποδοχή αποτελεί ίσως το πιο χαρακτηριστικό και ξεχωριστό χαρακτηριστικό στοιχείο της συμμαχίας ως μιας έννοιας που αποτελεί το ενεργό συστατικό της θεραπευτικής σχέσης (Bordin, 1980; Hatcher et al., 1995; Luborsky, 1976). Ο λειτουργικός ορισμός του Bordin διευκόλυνε τη μέτρηση της και οδήγησε σε πληθώρα εμπειρικών ερευνών που έχουν εξετάσει διεξοδικά την έννοια και τη συσχέτισή της με το τελικό αποτέλεσμα.

Εδώ ολοκληρώνεται η παρουσίαση των θεωρητικών καταβολών της θεραπευτικής συμμαχίας και των απόψεων που έχουν διατυπωθεί γι' αυτήν από κορυφαίους εκπροσώπους διαφορετικών προσεγγίσεων. Η θεραπευτική συμμαχία πρωτοεμφανίστηκε στους κόλπους της ψυχαναλυτικής θεωρίας ως η ικανότητα του θεραπευομένου να *δουλεύει* αποτελεσματικά με το θεραπευτή του. Από εκεί μεταπήδησε στην πρωσοποκεντρική θεωρία ως το κατεξοχήν όχημα της θεραπευτικής αλλαγής και εξελίχθηκε γρήγορα σε μια «πανθεωρητική» έννοια, αφού μπορεί να εντοπιστεί πλέον στις περισσότερες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Μέτρηση της συμμαχίας

Το αυξημένο ενδιαφέρον για τη θεραπευτική συμμαχία οδήγησε στη δημιουργία μιας σειράς ερωτηματολογίων, μεταξύ του 1975 και του 1986, που επέτρεψαν τη μέτρηση της έννοιας και το συσχετισμό της με άλλες μεταβλητές της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Υπάρχουν περισσότερα από 24 διαφορετικά ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί από διάφορους ερευνητές. Άλλα έχουν κατασκευαστεί για να καλύψουν τις ανάγκες μιας συγκεκριμένης έρευνας και άλλα για να μελετήσουν τη συσχέτιση της συμμαχίας με μια άλλη έννοια όπως η ενσυναίσθηση (Horvath, 2002).

Οι ευρύτερα διαδεδομένες και πιο αναγνωρισμένες κλίμακες που χρησιμοποιούνται σήμερα στην έρευνα της θεραπευτικής συμμαχίας είναι πέντε: η California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS/CALTRAS, Gaston & Ring, 1992; Marmar, Weiss, & Gaston, 1989), η Penn Helping Alliance Rating Scale (Penn/HAQ/Hacs/Har, Alexander & Luborky, 1987), η Therapeutic Alliance Scale (TAS, Marziali, 1984), η Vanderblit Therapeutic Alliance Scale (VPPS/VTAS, Hartley & Strupp, 1983) και το Working Alliance Inventory (WAI, Horvath & Greenberg, 1989). Κάθε κλίμακα έχει συνήθως τρία ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από το θεραπευόμενο, το θεραπευτή και ένα εξωτερικό κριτή.

Τα ψυχοθεραπευτικά αυτά εργαλεία διαφέρουν μεταξύ τους κυρίως ως προς το λειτουργικό ορισμό που δίνουν στην έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας. Η επιλογή μιας κλίμακας επηρεάζεται από τη θέση που έχει ο ερευνητής για τη φύση και τη σύσταση της

συμμαχίας, τη μεταβλητή που θέλει να μετρήσει και το είδος των δεδομένων (Σταλίκας & Μερτίκας, 2004).

Αναλυτικότερα, η California Psychotherapy Alliance Scale είναι επηρεασμένη από τις ψυχοδυναμικές αρχές και το πανθεωρητικό μοντέλο του Bordin, και μετρά πέντε διαστάσεις της θεραπευτικής συμμαχίας: τη δέσμευση του θεραπευόμενου στη θεραπεία, την ικανότητά του να δουλέψει μέσα σε αυτή, την κατανόηση και εμπλοκή του θεραπευτή, την επιθετική αντίσταση του θεραπευόμενου και την αρνητική επίδραση του θεραπευτή στη συμμαχία. Οι Martin, Garske και Davis (2000) παρατηρούν ότι εξ αιτίας του λειτουργικού ορισμού που η εν λόγω κλίμακα δίνει στη συμμαχία, χρησιμοποιείται συχνά σε έρευνες που μελετούν τη σχέση της συμμαχίας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η Therapeutic Alliance Scale είναι επίσης επηρεασμένη από την ψυχαναλυτική παράδοση και το μοντέλο του Bordin και μετρά δυο διαστάσεις, την θετική και την αρνητική συνεισφορά του θεραπευτή και του θεραπευομένου.

Η Penn Helping Alliance Rating Scale, αναπτύχθηκε από τους Luborsky και συνεργάτες (1983; 1987) με στόχο να αξιολογήσει τους δυο τύπους συμμαχίας όπως αυτοί περιγράφονται στο αντίστοιχο μοντέλο.

Η Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale αντιπροσωπεύει μια σύνθεση ψυχοδυναμικών και εκλεκτικών στοιχείων από άλλες θεραπείες. Η αναθεωρημένη μορφή της προσπάθησε να ενσωματώσει στοιχεία από τις θεωρητικές απόψεις όλων των σημαντικών συγγραφέων που ασχολήθηκαν με την συμμαχία (Greenson, Luborsky, Bordin κ.ά). Στηρίζεται στη βαθμολόγηση από εξωτερικούς κριτές τμημάτων μιας συνεδρίας και όχι του συνόλου της.

Το Working Alliance Inventory (WAI) είναι ένα από τα πιο αξιόπιστα και ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια αξιολόγησης της θεραπευτικής συμμαχίας στη διεθνή βιβλιογραφία. Είναι μια αυτό-συμπληρούμενη κλίμακα που στηρίζεται στο μοντέλο του Bordin (1976; 1980; 1994). Αξιολογεί τη θεραπευτική συμμαχία συνολικά αλλά και τις τρεις διαστάσεις της: Τον *Στόχο* (Goal), που αναφέρεται στο βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο για τους στόχους της θεραπείας, το *Έργο* (Task), που αναφέρεται στο βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο σχετικά με τα «έργα» μέσω των οποίων θα επιτευχθούν οι στόχοι και το *Δεσμό* (Bond), που αναφέρεται στην ανάπτυξη δεσμού μεταξύ των δύο συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία.

Πρόθεση των δημιουργών της ήταν η κατασκευή ενός εργαλείου που θα μπορούσε να αξιολογεί τη θεραπευτική συμμαχία σε όλα τα είδη θεραπείας και θα είχε ερευνητική και κλινική εφαρμογή (Horvath & Greenberg, 1989). Τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά όσον αφορά στη διακριτότητα των υποκλιμάκων. Από τη μια υπάρχουν έρευνες που διαπιστώνουν μια μέτρια έως ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων (Adler, 1988, αναφ. στο Horvath, 1994; Cummings, Martin, Hallberg & Slemon, 1992; Horvath & Greenberg, 1989). Από την άλλη, έρευνες όπως αυτή των Tracey, Glidden και Kokotovic (1988, αναφ.

στο Horvath & Greenberg, 1994) με τη μέθοδο της ανάλυσης παραγόντων επιβεβαιώνουν την ανεξαρτησία των τριών υποκλιμάκων. Η κλίμακα φαίνεται να έχει καλή προγνωστική αξία σε ότι αφορά το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας (Horvath & Greenberg, 1989; Kokotovic & Tracey, 1990), ενώ ο δείκτης αξιοπιστίας Crombach's α είναι αρκετά ικανοποιητικός (0,93 και 0,87 για τις κλίμακες του θεραπευόμενου και του θεραπευτή αντίστοιχα) (Horvath & Greenberg, 1986). Η κλίμακα αυτή έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει χρησιμοποιηθεί σε ελληνικό πληθυσμό (Μαυροειδή, 2004).

Συνοψίζοντας, η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί μια έννοια που έχει τις ρίζες της στις ψυχοδυναμικές θεωρίες. Αρχικά ορίστηκε ως η σχέση αναλυτή και αναλυόμενου όπως διαμορφώνεται από τη μεταβίβαση αλλά γρήγορα επεκτάθηκε ώστε να περιγράψει μια πραγματική, συνειδητή σχέση συνεργασίας. Η προσωποκεντρική θεωρία του Rogers την έφερε στο επίκεντρο της θεραπευτικής διαδικασίας και την ανήγαγε σε αναγκαία και ικανή συνθήκη για την ενεργοποίηση της εγγενούς ικανότητας του ανθρώπου να θεραπεύεται και να ωριμάζει. Παράλληλα, συνέβαλε στον καθορισμό των θεραπευτικών αξιών της άνευ όρων αποδοχής του πελάτη, της ενσυναίσθησης και της αυθεντικότητας του θεραπευτή. Η έννοια της συμμαχίας αναπτύχθηκε γρήγορα, ώστε να αποτελέσει μια παν-θεωρητική έννοια με τρία σημαντικά συστατικά στοιχεία: συμφωνία για τους θεραπευτικούς στόχους, συναίνεση για τα έργα που απαιτεί η θεραπεία και ένα συναισθηματικό δεσμό μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Η ανάπτυξή της και η ανάγκη αξιολόγησής της στη θεραπευτική διαδικασία συνετέλεσε στη δημιουργία ψυχομετρικών εργαλείων που κάλυπταν τις διαφορετικές θεωρητικές αναλύσεις του όρου αλλά και τις νέες ερευνητικές ανάγκες.

Παρακάτω, θα παρουσιαστεί η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας όπως αυτή αναπτύχθηκε στα πλαίσια της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας.

Η Θεραπευτική Συμμαχία στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία

Η Θεραπεία Συμπεριφοράς (ΘΣ) έχει τις ρίζες της σε μια παράδοση που δεν αποδίδει σημασία στη θεραπευτική σχέση αλλά δίνει μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη τεχνικών και στη μεταφορά δεδομένων από το εργαστήριο στην κλινική πράξη. Οι θεραπευτές συμπεριφοράς απορρίπτουν τη λεπτομερή διερεύνηση των εσωτερικών αναγκών, συγκρούσεων και φόβων ως την καταλληλότερη παρέμβαση για να επιτευχθεί η ψυχολογική αλλαγή. Ο θεραπευτικός ρόλος της θεραπευτικής συμμαχίας αντικαθίσταται από τη θέση ότι η αλλαγή είναι το αποτέλεσμα της ικανότητας του θεραπευόμενου να αποκτά τις κατάλληλες και καινούριες ικανότητες και δεξιότητες που χρειάζεται για να χειριστεί τα προβλήματά του (Keijsers et al., 2000).

Στις πρώτες αναφορές της θεραπείας συμπεριφοράς ο θεραπευτής χαρακτηρίζεται ως «κοινωνική μηχανή ενίσχυσης» (Krasner, 1962) ενώ στις πρώτες προσπάθειες αυτοματοποίησης της θεραπευτικής διαδικασίας με μαγνητοφώνηση οδηγιών για συστηματική απευαισθητοποίηση (Lang, Melamed, & Hart, 1970), δινόταν η εντύπωση ότι: «ακόμα και η

παρουσία του θεραπευτή ήταν ασήμαντη, με αποτέλεσμα να προκαλεί εντύπωση όταν κάποιος θεραπευτής συμπεριφορικής κατεύθυνσης έδειχνε πίστη στην θεραπευτική συμμαχία» (Raué & Goldfried, 1994, σελ. 131).

Ωστόσο, από τη δεκαετία του 1970 και μετά, μια σειρά παραγόντων μεταβάλλει τη στάση των συμπεριφοριστών. Μέσα στο κλίμα της διερεύνησης των κοινών παραγόντων, άρχισαν να εμφανίζονται έρευνες που υποδείκνυαν ότι μεταβλητές που σχετίζονται με τη θεραπευτική σχέση, όπως η ζεστασιά των θεραπευτών, σχετίζονταν με καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα (Morris & Suckerman, 1974a, 1974b; Περισσάκη και συν., 1979). Επιπλέον, η εφαρμογή συμπεριφορικών τεχνικών στην αντιμετώπιση χρόνιων προβλημάτων και διαταραχών, άρρηκτα συνδεδεμένων με τις διαπροσωπικές σχέσεις (π.χ. οριακή προσωπικότητα), αλλά και η προσπάθεια των ερευνητών να εξηγήσουν αντικρουόμενα ερευνητικά δεδομένα, όπως η αποτελεσματικότητα της κατακλυσμικής μεθόδου στη θεραπεία της αγοραφοβίας, οδήγησαν ερευνητές όπως οι Gelder και οι συνεργάτες του (1973) να υποστηρίξουν ότι άλλες, μη ελεγχόμενες κατά τη διάρκεια της θεραπείας μεταβλητές, θα μπορούσαν να συμβάλλουν, χωρίς να έχει γίνει αντιληπτό, και να ασκούν σημαντική επίδραση στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Newman, 1998). Τέτοιοι παράγοντες θα μπορούσαν να είναι οι προσδοκίες των θεραπευόμενων και η προετοιμασία τους για τη θεραπεία, η διάρκεια και η ποιότητα της προσωπικής σχέσης ή και άλλα χαρακτηριστικά που συνδέονται με το θεραπευτή, όπως η ενθάρρυνση προς το θεραπευόμενο για την αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων. Τέτοιοι μη-ειδικοί παράγοντες, αν και δεν είναι μοναδικοί σε κάποια συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, θα μπορούσαν σύμφωνα με τους συγγραφείς να έχουν ισχυρή επίδραση από μόνοι τους ή να συν-επιδρούν με κάποια χαρακτηριστικά της θεραπείας. Τη θέση τους αυτή στήριζαν σε ευρήματα ερευνών όπου οι θετικές προσδοκίες των θεραπευόμενων επηρέαζαν το αποτέλεσμα σε θεραπεία απευαισθητοποίησης (Leitenberg et al., 1969; McGlynn, 1971)· ωστόσο σε άλλες δεν βρέθηκε να ασκούν σημαντική επίδραση (Imber et al., 1970).

Οι Goldfried και Davison (1976), μετατόπισαν περαιτέρω την έμφαση από τις συμπεριφορικές τεχνικές στην ενδυνάμωση, μετά τον καθορισμό θεραπευτικού στόχου, «... κάποιου είδους θεραπευτικής σχέσης, όπου καθορίζονται οι αναμενόμενες συμπεριφορές του πελάτη και του θεραπευτή» (σελ. 55). Υποστήριζαν ότι:

«όποιος θεραπευτής συμπεριφοράς επιμένει ότι οι αρχές της μάθησης και της κοινωνικής επιρροής είναι όλα όσα χρειάζεται να ξέρει κανείς ώστε να επιφέρει αλλαγές στη συμπεριφορά, τότε αυτός είναι εκτός κλινικής πραγματικότητας. Έχουμε δει θεραπευτές ικανούς να επεξηγούν προβλήματα με βάση τις γραμμές του συμπεριφορισμού, να εφαρμόζουν διάφορες συμπεριφορικές τεχνικές και να μπορούν να πείσουν για την αποτελεσματικότητά τους, οι οποίοι συχνά έχουν δυσκολία να κρατήσουν τους ανθρώπους στη θεραπεία και πολύ περισσότερο να τους πείσουν να ακολουθήσουν συμπεριφορικές ασκήσεις.» (Goldfried & Davison, 1976, σελ. 55).

Τέλος, στο πλαίσιο συμπεριφορικής θεραπείας για ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζονται μια σειρά αναφορών που υποστηρίζουν τη σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας, ως κάτι αυτονόητο. *«Αυτή η θεραπεία χρειάζεται μια καλή θεραπευτική σχέση (working relationship)· και μια καλή αίσθηση του χιούμορ βοηθά τους ασθενείς σε δύσκολες συνθήκες* (Marks, Hodgson, & Rachman, 1975, σελ. 360). *«Είναι φανερό ότι η θεραπεία χρειάζεται μια καλή, συνεργαστική σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου»* (Marks, 1981b, σελ. 97).

Γενικότερα, υποστηρίζεται ότι η θεραπευτική σχέση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την κατανόηση των προβλημάτων του θεραπευόμενου και για την επίτευξη θεραπευτικών αλλαγών (Καλαντζή-Αζίζι, 1990). Σύμφωνα με τις θεωρίες της μάθησης, η σχέση του θεραπευτή με το θεραπευόμενο βοηθά στην απόσβεση των εξαρτημένων αντανakλαστικών, διαδικασία που συντελείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας ακόμα και χωρίς τη χρήση συγκεκριμένων τεχνικών. Η αναφορά των θεραπευόμενων στα προβλήματά τους, ακόμα και οι λέξεις που χρησιμοποιούν, είναι δυνατό να εγείρουν άγχος, ντροπή, συγκίνηση, καθώς λειτουργούν ως εξαρτημένα αντανakλαστικά (Μέλλον, 2005; 2007).

«Ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να προσπαθήσει να αναγνωρίσει τα σχετικά γεγονότα και να οργανώσει τις συνθήκες της θεραπείας ώστε να ευνοούν την αποδυνάμωση προβληματικών αντανakλαστικών. Πρέπει να ετοιμάσει κατάλληλη έκθεση για αυτά τα εξαρτημένα ερεθίσματα, και να εξασφαλίσει ότι δεν συσχετίζονται με ερεθίσματα που προκαλούν φόβο ή δυσαρέσκεια» (Μέλλον, 2005, σελ. 158-159).

«Αυτό σημαίνει ότι ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να αποφύγει να φανεί επικριτικός, σοκαρισμένος ή αποδοκιμαστικός, και οφείλει να δώσει στο θεραπευόμενο επαρκή χρόνο για να παρουσιάσει τα προβλήματά του, μέχρι να μην τα φοβάται ή να μην ντρέπεται πλέον για αυτά. Μια αυθεντικά θερμή, υποστηρικτική, προσεκτική, υπομονετική και κυρίως όχι επικριτική σχέση με το θεραπευτή αποτελεί ουσιαστική συνιστώσα του θεραπευτικού περιβάλλοντος, διότι βοηθά στην αποδυνάμωση αντανakλαστικών που μπορούν να αναστείλουν την πρόοδο της ανάλυσης» (Μέλλον, 2005, σελ. 159).

«Στο ζεστό, υποστηρικτικό περιβάλλον στο οποίο τα εξαρτημένα προκλητικά ερεθίσματα αυτοπαρουσιάζονται, είναι αναμενόμενο να χάνουν κάτι από την ικανότητά τους να προκαλούν φόβο, θλίψη, ενοχές, ζήλια ή άλλες αντιδράσεις» (Μέλλον, 2005, σελ. 162).

Με λίγα λόγια, αν και ένα θερμό και υποστηρικτικό θεραπευτικό κλίμα ενισχυόταν γενικά από τους θεραπευτές συμπεριφοράς ως απαραίτητο και αυτονόητο στοιχείο της θεραπευτικής διαδικασίας, δεν το θεωρούσαν αναγκαίο να επεξεργαστούν θεωρητικά το λειτουργικό ρόλο της σχέσης θεραπευτή και θεραπευόμενου (Sweet, 1984; Wilson & Evans, 1977). Μέσα στο κλίμα των «κοινών θεραπευτικών παραγόντων», εμφανίστηκε η θέση ότι η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης πιθανά να επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, αν και πολλοί συγγραφείς θεωρούσαν δεδομένο ότι έπαιζε κάποιο ρόλο στην πορεία του ασθενή να επιτύχει την αλλαγή (Frank, 1982; Michell, Bozarth, & Krauft, 1977; Sweet, 1984; Wilson & Evans, 1977), η θεραπευτική σχέση θεωρούνταν δευτερογενές στοι-

χείο της ψυχοθεραπείας (Σταλίκας, 2005) τουλάχιστον μέχρι την εμφάνιση των γνωσιακών θεωρητικών και ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων.

Η συμβολή της γνωσιακής προσέγγισης

Η παράλληλη ανάπτυξη της γνωσιακής προσέγγισης ήταν εκείνη που έδωσε μεγάλη έμφαση στη σημασία της θεραπευτικής σχέσης. Ο Kelly (1955, αναφ. στο Παπακώστας, 1994) παρομοίασε την ψυχοθεραπεία και την ψυχοθεραπευτική σχέση σαν ένα είδος επιστημονικής ή ερευνητικής διαδικασίας όπου «*θεραπευτής και θεραπευόμενος καλούνται να εξερευνήσουν τις συνέπειες των νοητικών χαρτογραφήσεων που επινόησε ο ασθενής για να φτιάξει το εσωτερικό (νοητικό) μοντέλο της εξωτερικής (φυσικής) πραγματικότητας*» (σελ. 194), με στόχο να ανακαλύψουν και να τροποποιήσουν εκείνες τις πλευρές της «θεωρίας» που όχι μόνο δεν επικυρώνονται αλλά δημιουργούν προσωπικά και διαπροσωπικά αδιέξοδα. Ο Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) χρησιμοποιεί την έννοια του «συνεργατικού εμπειρισμού» (collaborative empiricism) για να αποδώσει αυτή τη σχέση. Με τον όρο αυτό περιγράφει την επίμονη και διαρκή εξέταση ή αλλιώς τον «πειραματικό» ή «δοκιμαστικό» έλεγχο των χαρτογραφήσεων του ασθενούς σε μια σχέση συνεργασίας, συμμαχίας και αλληλοκατανόησης.

«Το πιο αποτελεσματικό σχήμα για ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει το θεραπευτή και τον ασθενή σε μια προσπάθεια συνεργασίας. Θεωρώντας τον ασθενή συνεργάτη, ο θεραπευτής εμπνέει το σεβασμό και εξασφαλίζει πολύτιμη βοήθεια. Από την άλλη, η παρουσίαση της θεραπείας μέσα σε μια ατμόσφαιρα μυστηρίου, ευνοεί την εξάρτηση, αφού υπαινίσσεται πως ο ασθενής δεν είναι σε θέση για μια πλήρη κατανόηση και συμμετοχή στην θεραπεία. Η απομυστικοποίηση της θεραπευτικής διαδικασίας υποβοηθεί ν' αναγνωριστεί ο ασθενής σαν ένα άτομο πιο καταρτισμένο, που έχει πλήρη ικανότητα να ξεκινά και να διατηρεί τον κατάλληλο βηματισμό γι' αυτοβελτίωση» (Bedrosian & Beck, 1980, αναφ. στο Παπακώστας, 1994, σελ. 193).

Μέσα σε ένα τέτοιο είδος σχέσης ο θεραπευόμενος καλείται αρχικά να εξοικειωθεί με την έννοια του συνεργατικού εμπειρισμού και να συμφωνήσει με το ρόλο του συνεργάτη. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να καταλάβει ότι δεν θα έχει παθητικό ρόλο, να λείι απλά τα προβλήματά του σε κάποιον που θα ακούει, αλλά ενθαρρύνεται και προσκαλείται να κοιτάξει, να σκεφτεί, να αναρωτηθεί, να εξερευνήσει, να συλλάβει, να προβλέψει, να βιώσει, να δοκιμάσει, να κατανοήσει σαν επιστήμονας. Θεραπευτής και θεραπευόμενος δεν συγκρούονται αλλά έχουν ρόλους συμπληρωματικούς, συμβατούς και αμοιβαίους. Οι προστριβές και οι αντιστάσεις ελαχιστοποιούνται και προάγεται η αλληλοκατανόηση και η «θεραπεία» (Παπακώστας, 1994). Θεραπευτής και θεραπευόμενος συνεργάζονται προσφέροντας ο καθένας τις γνώσεις του για το πρόβλημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Ο θεραπευτής είναι ο ειδικός για την ανθρώπινη συμπεριφορά και ο θεραπευόμενος είναι ο ειδικός του εαυτού του και οι δύο συνδυάζουν τις γνώσεις του για να φτάσουν πιο γρήγορα και μεθοδικά στον στόχο τους (Newman, 1998).

Βασική αρχή της γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης είναι ότι η θεραπευτική αλλαγή αποτελεί το φυσικό επακόλουθο της αλλαγής των γνωσιακών σχημάτων και των συμπεριφορών, μέσω της εκμάθησης νέων στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων. Ο θεραπευτής διδάσκει στο θεραπευόμενο τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία γύρω από τις ψυχικές διαταραχές, τον τρόπο να εντοπίζει και να αποφεύγει τις γνωσιακές διαστρεβλώσεις και να αλλάζει τη συμπεριφορά του και τεχνικές που συμβάλλουν στην κατανόηση της προβληματικής συμπεριφοράς και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση. Σταδιακά οικοδομείται μια σχέση σχεδόν «συναδελφική» η οποία μοιάζει με αυτή του προπονητή-παίκτη ή του μέντορα-μαθητευόμενου (Newman, 1998).

Ο θεραπευτής του συμπαράστέκεται σε αυτή τη διαδικασία και του παρέχει τις κατάλληλες ενισχύσεις ώστε ο θεραπευόμενος να συνεχίσει την προσπάθειά του και να πιστέψει στον εαυτό του. Ο θεραπευτής δίνει οδηγίες, κάνει διορθωτικά σχόλια, δίνει ανατροφοδότηση, ενθαρρύνει και εξηγεί την κατάσταση στο θεραπευόμενο πάντοτε μέσα σε ένα πνεύμα αποδοχής και ουδετερότητας. Η σχέση που αναπτύσσεται είναι σχέση εμπιστοσύνης, ειλικρίνειας, αλλά και σχέση σεβασμού προς τον ειδικό (Μπουλουγούρης, 1995).

Συμπερασματικά, η γνωσιακή προσέγγιση δίνει έμφαση στη σημασία της σχέσης θεραπευτή και θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία. Αναγνωρίζει ότι οι τεχνικές της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας εφαρμόζονται στο πλαίσιο της σχέσης θεραπευτή-θεραπευόμενου, επηρεάζονται από τη σχέση και την επηρεάζουν (Καλαντζή, 2002). Ως εκ τούτου, η φύση και η λειτουργία της σχέσης στη θεραπευτική διαδικασία αποτέλεσαν θέματα που απασχόλησαν αρκετά τους θεωρητικούς της συγκεκριμένης προσέγγισης.

Φύση της σχέσης

Η θεραπευτική σχέση είναι συνεργατική με την έννοια ότι ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος εργάζονται ως ομάδα, ο ρόλος του θεραπευόμενου είναι η εξερεύνηση των σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών, ενώ ο ρόλος του θεραπευτή είναι να βοηθά αυτή την εξερεύνηση. Και οι δυο εργάζονται από κοινού για να καθορίσουν τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και μετά τις αξιολογούν στη βάση αντικειμενικών δεδομένων που τις ενισχύουν ή τις καταρρίπτουν, πραγματοποιούν πειράματα ώστε να τις ελέγξουν, και καταλήγουν σε καταλληλότερους τρόπους συμπεριφοράς για το μέλλον (Beck et al., 1979).

Στα πλαίσια του γνωσιακού-συμπεριφορικού μοντέλου, οι θεραπευτές συμμετέχουν περισσότερο ενεργά στις αρχικές φάσεις της θεραπείας. Καθορίζουν τη δομή, με τέτοιο τρόπο ώστε σε κάθε βήμα να εξασφαλίζεται η συνεργασία και η συμμετοχή του θεραπευόμενου, παρουσιάζουν τη λογική της θεραπείας και καθορίζουν την ατζέντα. Οι δυσλειτουργικές σκέψεις, αντιλήψεις και πεποιθήσεις του θεραπευόμενου, μετατρέπονται, με τη βοήθεια του θεραπευτή, σε υποθέσεις που μπορούν να ελεγχθούν εμπειρικά. Για το λόγο αυτό σχεδιάζονται συμπεριφορικοί στόχοι. Αργότερα στη θεραπεία, οι θεραπευτές ενισχύ-

ουν τους θεραπευόμενους να συμμετέχουν πιο ενεργά και να παίρνουν περισσότερες υπευθυνότητες. Ο καθορισμός των επόμενων θεραπευτικών στόχων, ο ρυθμός της θεραπείας και η γενίκευση των θεραπευτικών κερδών, με την εφαρμογή όσων έχουν επιτευχθεί στην καθημερινή ζωή, αποτελούν μερικά παραδείγματα αυτών των υπευθυνοτήτων. Η προσέγγιση αυτή συνοψίζεται από τους Wilson και Evans (1977), «*Ο θεραπευτής γίνεται περισσότερο σύμβουλος παρά ελεγκτής, και περισσότερο κατευθύνει με δεξιότητες έναν συνειδητά εμπλεκόμενο θεραπευόμενο σε στρατηγικές για την ενεργή επίλυση προβλημάτων, παρά κατευθύνει παθητικές αντιδράσεις σε εξωτερικές δυνάμεις*» (σελ. 560).

Η καλή και αρμονική σχέση με το θεραπευόμενο αποτελεί βασικό στοιχείο της γνωσιακής ψυχοθεραπείας. Η εδραίωση αυτού του είδους σχέσης σημαίνει ότι ο θεραπευόμενος βλέπει το θεραπευτή ως κάποιον που (1) είναι συντονισμένος με τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, (2) δείχνει ενσυναίσθηση και κατανόηση, (3) τον αποδέχεται με όλα τα μειονεκτήματά του (χωρίς αυτό να σημαίνει ότι εγκρίνει όλα του τα χαρακτηριστικά) και δεν είναι επικριτικός, (4) επικοινωνεί μαζί του χωρίς ο ίδιος να χρειάζεται να εξηγήσει με λεπτομέρειες πώς νιώθει ή τι σκέφτεται, και (5) θέλει και μπορεί να τον βοηθήσει. Από την πλευρά του ο θεραπευτής νιώθει (1) ενδιαφέρον για το θεραπευόμενο, (2) κατανόηση και ενσυναίσθηση για τα προβλήματά του, (3) ότι επικοινωνεί μαζί του, και (4) ότι οι παρεμβάσεις του προς αυτόν δεν θα παρερμηνευτούν. Τέλος, τόσο ο θεραπευτής όσο και ο θεραπευόμενος αισθάνονται ασφάλεια και άνεση μεταξύ τους (Beck et al., 1979; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994).

Λειτουργία της σχέσης

Σύμφωνα με τις θεωρίες της μάθησης, η θεραπευτική σχέση διευκολύνει σημαντικά την διαδικασία της αλλαγής επηρεάζοντας το ρόλο του θεραπευτή με ποικίλους τρόπους, (Goldfried & Davison, 1976; Wilson & Evans, 1977) Πρώτον, αυξάνει την **ενισχυτική αξία** του θεραπευτή ο οποίος αποκτά με αυτό τον τρόπο μεγαλύτερη ικανότητα να επηρεάσει τη συμπεριφορά του θεραπευόμενου και να βεβαιωθεί ότι ο τελευταίος θα πραγματοποιήσει τις θεραπευτικές ασκήσεις εντός ή εκτός συνεδρίας.

Δεύτερον, αυξάνει την πιθανότητα να αποτελέσει ο θεραπευτής ένα πρότυπο **μίμησης της κατάλληλης συμπεριφοράς**. Οι θεραπευτές μιμούνται κατάλληλες ή μη φοβικές συμπεριφορές, τρόπους να επιλύει κανείς προβλήματα και να διαχειρίζεται διάφορες καταστάσεις, με το να δίνουν παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο άλλοι αντιμετώπισαν παρόμοια προβλήματα στο παρελθόν.

Τρίτον, επαυξάνει τη δυνατότητα του να προωθεί **θετικές προσδοκίες και να προετοιμάζει τους θεραπευόμενους για αλλαγές**. Οι γνωσιακοί-συμπεριφορικοί θεραπευτές προσπαθούν να εμπνεύσουν ελπίδα, να αυξήσουν το κίνητρο, να εξουδετερώσουν την απελπισία και το άγχος, να ενθαρρύνουν την επιτυχία και να κρατήσουν τους ανθρώπους στη θεραπεία. Ένας τρόπος για να επιτευχθούν τα παραπάνω είναι η ύπαρξη δομής σε κάθε

συνεδρία. Με τον τρόπο αυτό σε κάθε συνεδρία ορίζεται ατζέντα, σχεδιάζονται δραστηριότητες εκτός συνεδριών, περιγράφονται τα προβλήματα του θεραπευόμενου στο πλαίσιο της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης, παρουσιάζεται μια ξεκάθαρη, κατανοητή και λογική εξήγηση της διαδικασίας, και τέλος εξηγείται η θεραπευτική διαδικασία.

Η συμμετοχή του θεραπευόμενου στην διευκρίνιση των στόχων και του τρόπου με τον οποίο αυτοί θα επιτευχθούν είναι κρίσιμη ώστε να επιτευχθεί συμφωνία και συναίνεση σε ότι θα επακολουθήσει. Ένας άλλος τρόπος να προετοιμαστεί ο θεραπευόμενος για αλλαγή, αλλά και πιθανές υποτροπές, είναι να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι η αλλαγή θα είναι σταδιακή και ότι ακόμα και επίμονες προσπάθειες είναι πιθανό να προκαλέσουν δυσανάλογη πρόοδο. Αντιμέτωποι με την αποκαρδιωτική αντίληψη του θεραπευόμενου ότι είναι πολύ μακριά από τον τελικό στόχο ή το ιδανικό επίπεδο λειτουργικότητας, οι γνωσιακοί-συμπεριφορικοί θεραπευτές ενθαρρύνουν τους θεραπευόμενους να συγκρίνουν τη λειτουργικότητά τους με εκείνη στην αρχή της θεραπείας τους. Με αυτό τον τρόπο είναι δυνατό να εκτιμηθούν καλύτερα τα θεραπευτικά οφέλη σε κάθε στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας, ακόμα και αν η λειτουργικότητα του θεραπευόμενου υπολείπεται σημαντικά από εκείνη που έχει οριστεί ως τελικός θεραπευτικός στόχος.

Τέλος, μια πραγματικά σημαντική λειτουργία της θεραπευτικής σχέσης είναι η αποφυγή ή η αντιμετώπιση της «*αντίστασης*» του θεραπευόμενου. Ως αντίσταση ορίζεται κάθε στάση ή συμπεριφορά που εμποδίζει τη διαδικασία της αλλαγής (Beck & Freeman, 1990; Mahoney, 1991; Παπακώστας, 1994; Raue & Goldfried, 1994). Ο θεραπευόμενος μπορεί να μην ακολουθεί τις υποδείξεις του θεραπευτή γιατί δυσκολεύεται να αφομοιώσει καινούριους χειρισμούς και υποχρεώσεις, υπό την έννοια της αφομοίωσης όπως την εισήγαγε ο Piaget (1970), και/ή διότι θέλει να διατηρήσει την κατάστασή του (Mahoney, 1991). Ο Mahoney (1991) όρισε την αντίσταση ως μια υγιή αντίδραση αυτοπροστασίας του ατόμου και των συμφερόντων του. Τα συμφέροντα αυτά είναι η ταυτότητα, το σθένος, η ισχύς και ο έλεγχος της πραγματικότητας. Η μη συμμόρφωση του θεραπευόμενου είναι δυνατό να παρατηρηθεί άμεσα με καθυστερήσεις ή συχνές ακυρώσεις των συνεδριών ή έμμεσα με συμπεριφορές που δείχνουν ντροπή, φόβο απόρριψης ή με συνεχείς διακοπές του θεραπευτή. Ως αντίσταση θα μπορούσαν να θεωρηθούν πεποιθήσεις ότι η επιλεγείσα διαδικασία δεν θα είναι αποδοτική, ότι η αλλαγή δεν είναι δυνατή, μια απροθυμία στην έκφραση συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με το πρόβλημα, απροθυμία εμπλοκής σε θεραπευτικές ασκήσεις κατά την διάρκεια της συνεδρίας όπως χαλάρωση, δραστηριότητες στη φαντασία, παίξιμο ρόλων, ή εκτός συνεδρίας όπως έκθεση σε φοβικές καταστάσεις, κοινωνικές επαφές, άρνηση στην ανατροφοδότηση από το θεραπευτή και μια απροθυμία στην παρατήρηση και καταγραφή σκέψεων, αισθήσεων και συμπεριφορών (Goldfried, 1982). Ειδικά στο γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο, αντί του όρου αντίσταση, προτιμάται ο όρος *μη συμμόρφωση*, προκειμένου να αποσυνδεθεί από τις ιδιότητες που έχει αποδώσει στον όρο η ψυχαναλυτική βιβλιογραφία.

Υπάρχουν πολλοί λόγοι που οδηγούν στη μη συμμόρφωση. Άλλοι απορρέουν από

το θεραπευόμενο, άλλοι από το θεραπευτή, και κάποιοι οφείλονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (Goldfried, 1982; Beck & Freeman, 1990).

Συγκεκριμένα, η ανυπαρξία δεξιοτήτων για την εκτέλεση κάποιου στόχου, η ύπαρξη δυσλειτουργικών πεποιθήσεων ότι η θεραπεία δεν θα αποδώσει, κάποιο δευτερογενές όφελος από τη δυσλειτουργική συμπεριφορά, η ελλιπής κατανόηση του γνωσιακού-συμπεριφορικού μοντέλου θεραπείας ή η έλλειψη κίνητρου είναι παράγοντες που αφορούν στο θεραπευόμενο και μπορεί να παρεμποδίσουν την αλλαγή.

Παρόμοιοι παράγοντες από την πλευρά του θεραπευτή αφορούν σε ανεπαρκείς δεξιότητες για την αντιμετώπιση παρόμοιων περιστατικών, ή την ύπαρξη δυσλειτουργικών πεποιθήσεων ότι παρόμοια περιστατικά δεν πηγαίνουν καλά. Ο θεραπευόμενος προσέρχεται στη θεραπευτική διαδικασία με πολλές και ποικίλες προσδοκίες και είναι σημαντικό να κατανοήσει εξ αρχής ότι η συγκεκριμένη διαδικασία είναι ένα συνεργατικό εγχείρημα και ότι τόσο ο ίδιος όσο και ο θεραπευτής του χρειάζεται να συμμετέχουν ενεργά σε κάθε στάδιο ώστε να επιτευχθεί ο επιθυμητός στόχος. Ο θεραπευόμενος θα πρέπει να ενημερωθεί από το θεραπευτή για τη δομή και τα όρια της μεταξύ τους σχέσης, την εχεμύθεια, τις δυνατότητες και τις προσδοκίες. Η παράλειψη παροχής τέτοιων εξηγήσεων ενδέχεται να αυξήσει την εξάρτηση του θεραπευόμενου από το θεραπευτή, να ενδυναμώσει τα αισθήματα απόρριψης και εχθρότητας, καθώς και την τάση του θεραπευόμενου να εγκαταλείψει την όλη προσπάθεια (Μαλικιώση-Λοϊζου, 1994).

Ο χρόνος, επίσης, που επιλέγει ο θεραπευτής να κάνει παρεμβάσεις είναι σημαντικός. Αν ο θεραπευτής βιαστεί να εκφράσει τις υποθέσεις του σχετικά με το πρόβλημα, ή αν προσπαθήσει να εφαρμόσει τεχνικές χωρίς να έχει δημιουργήσει το κατάλληλο έδαφος, τότε είναι πολύ πιθανό να μη συνεργασθεί με ευκολία ο θεραπευόμενος (Καλαντζή, 2002). Οι θεραπευόμενοι χρειάζονται χρόνο για να αποκαλύψουν θέματα ή για να εκφράσουν ό,τι τους απασχολεί. Επιπλέον, ο παράγοντας «χρόνος» είναι σημαντικός για την καλλιέργεια του κλίματος εμπιστοσύνης προς το θεραπευτή. Η θεραπευτική διαδικασία χρειάζεται χρόνο για να εξελιχθεί εποικοδομητικά, αφού συχνά οι πολύ γρήγορες αλλαγές συγκρούονται με τις αρνητικές, παγιωμένες επί αρκετά χρόνια, αντιλήψεις του θεραπευόμενου. Ο τελευταίος χρειάζεται χρόνο για να ξεκαθαρίσει και να επεξεργαστεί όλα όσα συμβαίνουν ή αλλάζουν μέσα του (Σταλίκας, 2005).

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο που επισημαίνει ο Horvath (2001) είναι οι εκτιμήσεις των θεραπευτών για τη θεραπευτική σχέση και η επιρροή που ασκούν στη θεραπευτική συμμαχία. Υποστηρίζει ότι οι θεραπευτές πρέπει να είναι προσεκτικοί στις εκτιμήσεις που κάνουν για τη σχέση κυρίως στα πρώτα στάδια της θεραπείας, καθώς μπορεί να έρθουν σε διαφωνία με τους θεραπευόμενους, γεγονός που πιθανά να έχει συνέπειες στη συνεργασιμότητα αλλά και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Φαίνεται λοιπόν συνετότερο, να προσπαθούν οι θεραπευτές να καταλάβουν τις απόψεις των θεραπευόμενων για τις διαφορετικές πτυχές της συμμαχίας και να διαπραγματεύονται με ευελιξία τους στόχους της θεραπείας και το

περιεχόμενό της ώστε να διασφαλιστεί η ενεργητική τους συνεργασία και εμπλοκή.

Τέλος, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αφορούν κυρίως στις στάσεις και συμπεριφορές σημαντικών προσώπων της ζωής του θεραπευόμενου οι οποίοι άμεσα ή έμμεσα παρεμποδίζουν τις αλλαγές μολονότι μπορεί να ενθαρρύνουν τη συνέχιση του θεραπευτικού προγράμματος (Καλαντζή, 2002).

Η αντίσταση είναι δυνατό να αναπλαισιωθεί, να χρησιμοποιηθεί και να αξιοποιηθεί προς όφελος της θεραπευτικής διαδικασίας, είτε ως πολύτιμη ανατροφοδότηση για το θεραπευτή, είτε ως «όχημα αλλαγής» για το θεραπευόμενο, παρέχοντας ουσιαστικές πληροφορίες σχετικά με τις υποβόσκουσες γνωστικές του δομές (Persons, 1989). Η άρση των αντιστάσεων και η εξασφάλιση της συνεργασίας του θεραπευόμενου αποτελούν μια σημαντική και δημιουργική διάσταση της θεραπείας (Ellis, 1985).

Συμπερασματικά, η συνεργατική σχέση στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία, κυρίως όπως συνδέεται με τη θεραπευτική συμμαχία, αποτελεί ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της θεραπευτικής διαδικασίας. Καθορίζει τους ρόλους του θεραπευτή και του θεραπευόμενου ως συνεργάτες στην επίτευξη ενός κοινού στόχου. Ο θεραπευτής ως σύμβουλος κατευθύνει με δεξιότητες τον θεραπευόμενο σε στρατηγικές για την επίλυση των προβλημάτων του. Η θεραπευτική τους σχέση αυξάνει την πιθανότητα να αποτελέσει ο θεραπευτής πρότυπο μίμησης και να προωθεί θετικές προσδοκίες για αλλαγή. Τέλος, μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση αντίστασης για αλλαγή από την πλευρά του θεραπευόμενου, ή να βοηθήσει στην επίλυσή της.

Χαρακτηριστικά του θεραπευτή

Η διαμόρφωση της θεραπευτικής συνεργασίας αλλά και η ίδια η θεραπεία διευκολύνεται όταν ο θεραπευτής χαρακτηρίζεται από ζεστασιά, ενσυναίσθηση και αυθεντικότητα (Beck et al., 1979). Σε αντίθεση ωστόσο με άλλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, η γνωσιακή θεωρεί μεν αναγκαία αυτά τα χαρακτηριστικά της σχέσης, αλλά όχι και επαρκή για την επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος.

Η συναισθηματική ζεστασιά και το ενδιαφέρον του θεραπευτή για το θεραπευόμενο, όπως εκφράζονται μέσω της λεκτικής και της μη λεκτικής συμπεριφοράς, βοηθούν, ώστε ο τελευταίος να βιώσει το θεραπευτή ως ένα άτομο που νοιάζεται, και επιτρέπουν την ανασκευή εσφαλμένων αντιλήψεων ή προσδοκιών που πιθανόν να υπάρχουν σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία. Στην αρχική φάση της θεραπείας είναι συνήθως απαραίτητα περισσότερα δείγματα ζεστασίας και ενδιαφέροντος από μέρους του θεραπευτή. Στην πορεία όμως, και εφόσον η θεραπευτική σχέση είναι καλή, ο θεραπευόμενος έχει αποκτήσει εμπιστοσύνη στο θεραπευτή, έχει πεισθεί για το ενδιαφέρον του και δεν χρειάζεται πλέον συνεχείς αποδείξεις (Καλαντζή, 2002). Μια από τις πρώτες έρευνες στοιχείων της θεραπευτικής σχέσης σε συμπεριφορική θεραπεία, αφορούσε στη σημασία της ζεστασίας σε κατακλυσμική θεραπεία, όπου βρέθηκε ότι η συναισθηματική ζεστασιά των θεραπειών

συνδεόταν με καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Περισσάκη και συν., 1979). Βέβαια, ο θεραπευτής οφείλει να είναι προσεχτικός στον τρόπο επίδειξης συναισθηματικής ζεστασίας. Αν οι εκδηλώσεις του θεραπευτή εκτιμηθούν από το θεραπευόμενο ως υπερβολικές, είναι δυνατό να τον δυσανεγίσουν, να παρερμηνευτούν ως εκδηλώσεις οίκτου, και να επιφέρουν το αντίθετο από το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, δηλαδή ρήξη στη θεραπευτική σχέση (Καλαντζή, 2002).

Η ενσυναίσθηση αποτελεί την ικανότητα του ανθρώπου να κατανοεί και να ανταποκρίνεται στις συναισθηματικές εκφράσεις των άλλων. Συνδέεται με την αισιοδοξία, γιατί μέσα από τη συνειδητοποίηση της σύνδεσης και σχέσης με τους άλλους, το άτομο νιώθει την αποτελεσματικότητα και τη σπουδαιότητά του (Τριλίβα & Ρούσση, αναφ. στο Καλαντζή-Αζίζι & Μπεζεβέγκης, 2000). Όσον αφορά στη θεραπευτική διαδικασία, η ενσυναίσθηση αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να κατανοήσει συναισθηματικά τον ασθενή και να δει τη ζωή με τη δική του οπτική, διατηρώντας ταυτόχρονα την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας (Καλαντζή, 2002). Πρόκειται για μια διαδικασία κατά την οποία ο ψυχοθεραπευτής «δοκιμάζει» τον κόσμο του πελάτη σαν να ήταν δικός του, τοποθετώντας τον εαυτό του στη θέση του πελάτη και αντικρίζοντας τη ζωή και τον κόσμο μέσα από τα δικά του μάτια (Σταλίκας & Χαμοδράκα, 2004). Με αυτόν τον τρόπο ο θεραπευτής καταλαβαίνει πώς ο ασθενής δομεί συγκεκριμένα γεγονότα και πώς αντιδρά σε αυτά, ενώ παράλληλα μπορεί και αποστασιοποιείται για να εξετάσει τα στοιχεία που έχει συλλέξει από μια πιο αντικειμενική σκοπιά. Η ενσυναίσθηση είναι ιδιαίτερα σημαντική για την εγκαθίδρυση ενός ενθαρρυντικού και ασφαλούς κλίματος, το οποίο διευκολύνει τον πελάτη να εμπλακεί στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και να μιλήσει για τον εαυτό του, σίγουρος ότι ο θεραπευτής τον «κατανοεί». Με τον τρόπο αυτό προάγεται η συνεργασία και μειώνονται οι πιθανές ανησυχίες του θεραπευόμενου (Σταλίκας, 2005).

Τέλος, η αυθεντικότητα του θεραπευτή αναφέρεται στην ειλικρίνεια και την αμεσότητα με την οποία χειρίζεται θέματα του θεραπευόμενου αλλά και δικά του και συμβάλλει στην ανάπτυξη και διατήρηση της θεραπευτικής συνεργατικής σχέσης. Ο Rogers, ο οποίος πρώτος εισήγαγε την έννοια, τονίζει ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι ειλικρινής και να έχει συνείδηση των εσωτερικών αντιδράσεων και συναισθημάτων του καθώς παρακολουθεί τον πελάτη. Κατ' αυτό τον τρόπο του μεταδίδει την αίσθηση ότι η κατάσταση και τα συναισθήματά του γίνονται αποδεκτά με σεβασμό και ειλικρινή κατανόηση, γεγονός που αυξάνει το αίσθημα ασφάλειας που έχει ανάγκη ο πελάτης (Holmes, 1993; αναφ. στο Σταλίκας, 2005). Ένας ψυχοθεραπευτής που χαρακτηρίζεται από αυθεντικότητα και επιδεικνύει ενσυναίσθηση και άνευ όρων αποδοχή δημιουργεί το ιδανικό περιβάλλον για την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας. Η απουσία αυθεντικότητας αναιρεί και τη σπουδαιότητα της ενσυναίσθησης καθώς η επιτηδευμένη ενσυναίσθηση γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη και δημιουργεί ενστάσεις, με αρνητικές συνέπειες για τη θεραπευτική διαδικασία. Βέβαια, καθώς η αυθεντικότητα συνδέεται με ειλικρίνεια και αμεσότητα, δεν πρέπει να συγχέεται

με παρορμητική συμπεριφορά ή αποκάλυψη προσωπικών δεδομένων και συναισθημάτων, στοιχεία που παραβιάζουν τα όρια της ψυχοθεραπευτικής σχέσης (Σταλίκας, 2005).

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι αν και αρχικά οι θεραπευτές συμπεριφοράς επέδειξαν μια αδιαφορία για θέματα που αφορούσαν στη θεραπευτική σχέση, πολύ γρήγορα, οι κλινικές παρατηρήσεις, η ανάπτυξη της γνωσιακής προσέγγισης και κάποια πρώιμα ερευνητικά δεδομένα μετέβαλλαν το κλίμα αυτό. Η θεραπευτική συμμαχία και τα συστατικά της στοιχεία, δηλαδή ο συναισθηματικός δεσμός, η συνεργασία γύρω από τους θεραπευτικούς στόχους και οι στρατηγικές που θα οδηγήσουν στην επίτευξή τους, αναγνωρίστηκαν ως σημαντικά στοιχεία για τη θεραπευτική διαδικασία. Οι Raue και Goldfried (1994) παρομοίασαν το ρόλο της θεραπευτικής συμμαχίας στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία με εκείνη του αναισθητικού στην πραγματοποίηση μιας εγχείρησης. Υποστήριξαν ότι απαιτείται ένα κατάλληλο και επαρκές επίπεδο αναισθησίας για να πραγματοποιηθεί μια χειρουργική επέμβαση, και δίνεται μεγάλη προσοχή σε αυτό πριν την έναρξη της διαδικασίας. Εφόσον, η επέμβαση αρχίσει, το πρωταρχικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην αποτελεσματική εφαρμογή των χειρουργικών διαδικασιών, που είναι και ο κύριος λόγος για τον οποίο ο ασθενής ήρθε για θεραπεία. Μόνο αν εμφανιστούν προβλήματα με την αναισθησία σε κάποιο σημείο της επέμβασης, γίνεται αυτή το επίκεντρο του ενδιαφέροντος καθώς δεν μπορεί να συνεχιστεί η επέμβαση. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι επιτυχημένες παρεμβάσεις γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου είναι απίθανο να συμβούν εκτός και αν υπάρχει μια καλή θεραπευτική συμμαχία, ένας καλός δεσμός και μια κοινή συμφωνία σε στόχους και μεθόδους.

Η αντίληψη αυτή αντανακλάται και στην έρευνα. Οι έρευνες που ασχολούνται με τη θεραπευτική σχέση είναι πολύ λιγότερες στη συγκεκριμένη προσέγγιση σε σύγκριση με άλλες, αφορούν στη θεραπευτική σχέση γενικότερα, και περιορίζονται κυρίως στην σύγκριση διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων στη θεραπεία της κατάθλιψης.

Εκτιμήσεις του θεραπευομένου για τη Θεραπευτική Σχέση και τη Θεραπευτική Συμμαχία

Το μεγαλύτερο τμήμα της θεωρητικής, κλινικής και ερευνητικής βιβλιογραφίας της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας αφορά στην αποτελεσματικότητα των τεχνικών στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τα πρώτα ευρήματα που αναφέρονταν στη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου, αποτελούσαν δευτερεύοντα ερωτήματα σε έρευνες αποτελεσματικότητας και είχαν τη μορφή εκτιμήσεων-αξιολογήσεων των θεραπευόμενων που γίνονται εκ των υστέρων, μετά τη λήξη της θεραπείας (Raue & Goldfried, 1994).

Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Keijsers et al., 2000) αναφέρονται πέντε έρευνες, με παρόμοια μεθοδολογία, στις οποίες ζητήθηκε από τους θεραπευόμενους να εκτιμήσουν αναδρομικά ποιο υπήρξε το πιο βοηθητικό στοιχείο της θεραπείας τους (Llewellyn & Hume, 1979; Murphy et al., 1984; Ryan & Gizynski, 1971; Sloane et al., 1977). Σε όλες, οι θεραπευόμενοι ανέφεραν ότι η σχέση με το θεραπευτή τους ήταν περισσότερο

βοηθητική από τις θεραπευτικές τεχνικές. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Ryan και Gizynski, (1971), οι θεραπευόμενοι εκτιμούσαν ως περισσότερο βοηθητικά, στοιχεία της σχέσης, όπως το να τους αρέσει ο θεραπευτής τους και να αισθάνονται και οι ίδιοι αρεστοί σε αυτόν, να είναι άνθρωπος με αυτοπεποίθηση και πειθώ και να εμπνέει θετικές προσδοκίες. Στην έρευνα των Llewelyn και Hume (1979) ως πιο βοηθητικά στοιχεία αναφέρονταν η «επιβεβαίωση και ενθάρρυνση». Η ενθάρρυνση και η έκφραση συμπάθειας αναφέρονταν επίσης, ως περισσότερο βοηθητικές σε σύγκριση με τις πρακτικές αντιμετώπισης του πανικού, σε έρευνα των Mathews και συνεργατών (1976), σε ασθενείς με αγοραφοβία.

Σε έρευνες που συνέκριναν τις εκτιμήσεις ασθενών που έλαβαν διαφορετικού τύπου ψυχοθεραπεία, ψυχαναλυτική ή συμπεριφορική (Cross et al., 1982; Sloane et al., 1975), βρέθηκε ότι οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν με επιτυχία τη θεραπεία τους εκτιμούσαν ως σημαντικούς τους ίδιους παράγοντες, ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας που έλαβαν. Η προσωπικότητα του θεραπευτή, η βοήθεια που τους προσέφερε στην κατανόηση των προβλημάτων τους και η ενθάρρυνση στη σταδιακή αντιμετώπιση τους, η δυνατότητα να μιλούν σε κάποιον με κατανόηση και το γεγονός ότι είχαν κάποιον που τους βοηθούσε να καταλάβουν τον εαυτό τους, ήταν οι παράγοντες που είχαν αξιολογηθεί ως «εξαιρετικά» ή «πολύ σημαντικοί» για τουλάχιστον το 70% όσων ολοκλήρωσαν κάποια από τις δυο θεραπείες. Οι εκτιμήσεις έγιναν αναδρομικά, και ειδικότερα στην έρευνα της Sloane και συνεργατών (1975) ένα ως δύο χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους.

Ωστόσο, παρά τα ενδιαφέροντα ευρήματά τους όλες οι παραπάνω έρευνες έχουν ένα σημαντικό περιορισμό, αυτόν της αναδρομικής εκτίμησης των μεταβλητών. Είναι γνωστό ότι σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς τείνουν να εκτιμούν τους θεραπευτές τους ως ζεστούς, ενεργητικούς, ικανούς και με κατανόηση. Σχεδόν κανείς από όσους ολοκληρώνουν την θεραπεία τους δεν είναι δυσαρεστημένοι από το θεραπευτή τους (Bennum & Schindler, 1988; LaCrosse, 1980; Williams & Chambless, 1990). Κατ' επέκταση, υπάρχει δυσκολία στην απόδοση αιτιώδους σχέσης καθώς η βελτίωση είναι πιθανό να οδηγεί τους θεραπευόμενους να ανακαλούν θετικά τους θεραπευτές τους (Raue & Goldfried, 1994). Επιπλέον, η εκτίμηση μόνο από την πλευρά των θεραπευομένων αποτελεί ένα ακόμα περιορισμό καθώς δεν είναι απαραίτητα ακριβής όσο αφορά στους παράγοντες που αντικειμενικά είναι βοηθητικοί (Raue & Goldfried, 1994), ενώ είναι επίσης αμφίβολο αν ανταποκρίνεται με ακρίβεια στη συγκεκριμένη συμπεριφορά του θεραπευτή κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Keijsers et al., 2000).

Για το λόγο αυτό σε κάποιες περιπτώσεις η θεραπευτική σχέση αξιολογήθηκε και από εξωτερικό παρατηρητή. Στην έρευνα της Sloane και συν. (1975) εξωτερικοί παρατηρητές αξιολόγησαν τους θεραπευτές συμπεριφοράς ότι επιδείκνυαν περισσότερη ενσυναίσθηση, γνησιότητα και διαπροσωπική επαφή από τους ψυχαναλυτές. Σε έρευνα των Brunink και Schroeder (1979), όπου αναλύθηκαν βιντεοσκοπημένες συνεδρίες, ώστε να συγκριθεί η λεκτική συμπεριφορά θεραπευτών διαφορετικών προσεγγίσεων, οι θεραπευτές της γνωσια-

κής-συμπεριφορικής προσέγγισης παρουσιάζονταν περισσότερο υποστηρικτικοί από τους θεραπευτές ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης ή θεραπείας Gestalt. Ήταν περισσότερο καθοδηγητικοί από τους ψυχαναλυτές αλλά όχι από τους θεραπευτές Gestalt και είχαν παρόμοια αξιολόγηση με τους ψυχαναλυτές για την ενσυναίσθηση που επιδείκνυαν. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε άλλες έρευνες. Συγκεκριμένα, οι Greenwald και συνεργάτες (1981) βρήκαν ότι γνωσιακοί-συμπεριφορικοί ψυχοθεραπευτές ήταν περισσότερο καθοδηγητικοί και δομημένοι, και έπαιρναν περισσότερο την πρωτοβουλία για την δημιουργία ενός υποστηρικτικού κλίματος σε σχέση με τους θεραπευτές ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης. Οι Raue και συνεργάτες (1993, 1997) ανέφεραν ότι οι παράγοντες «δημιουργία και διατήρηση μιας καλής και συνεργατικής σχέσης» και «συμφωνία σε θεραπευτικούς στόχους» αφορούσαν περισσότερο στους γνωσιακούς-συμπεριφορικούς ψυχοθεραπευτές παρά στους ψυχαναλυτές.

Οι έρευνες αυτές οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι γνωσιακοί-συμπεριφορικοί ψυχοθεραπευτές χρησιμοποιούν τις ικανότητές τους για να δημιουργήσουν μια θεραπευτική σχέση τουλάχιστον όσο και οι θεραπευτές άλλων προσεγγίσεων (Keijsers et al., 2000). Η θεραπευτική σχέση στη γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία φαίνεται να χαρακτηρίζεται από μια ενεργητική και καθοδηγητική στάση από την μεριά του θεραπευτή, υποστήριξη, ενσυναίσθηση και αποδοχή προς το θεραπευόμενο. Δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να υποστηρίζουν την αντίληψη που θέλει τους θεραπευτές της συγκεκριμένης κατεύθυνσης να είναι περισσότερο επιφανειακοί και μηχανιστικοί σε σύγκριση με θεραπευτές άλλων προσεγγίσεων (Keijsers et al., 2000).

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι στο πλαίσιο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας, οι θεραπευόμενοι εκτιμούν τη σχέση με το θεραπευτή τους ως το πιο βοηθητικό στοιχείο, χωρίς ταυτόχρονα να απορρίπτουν και τη σημαντικότητα των θεραπευτικών τεχνικών. Σε συγκρίσεις διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, η ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία, όπως αυτή εκτιμάται από εξωτερικούς παρατηρητές, είναι ανάλογη με τη συμμαχία άλλων προσεγγίσεων. Τέλος, οι θεραπευτές παρουσιάζουν όλα τα χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των θεραπευόμενων μια καλή θεραπευτική σχέση. Ωστόσο, οι εκτιμήσεις αυτές είναι αναδρομικές και αφορούν ασθενείς που είχαν κατά κύριο λόγο καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα, στοιχεία που περιορίζουν την αξιοπιστία τους.

Μετά τη γενική εκτίμηση των θεραπευόμενων ότι η θεραπευτική συμμαχία είναι βοηθητική για τη θεραπεία, η ερευνητική δραστηριότητα στράφηκε στη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της συμμαχίας.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη Συμμαχία

Τα τελευταία χρόνια, πολλοί παράγοντες έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία ως πιθανοί να επηρεάζουν τη θεραπευτική συμμαχία. Άλλοι από αυτούς αφορούν στο θεραπευόμενο, άλλοι στο θεραπευτή και άλλοι στις θεραπευτικές πρακτικές. Παρόλα αυτά, ο καθένας από αυτούς δεν έχει διερευνηθεί σε μεγάλη έκταση, με αποτέλεσμα να υπάρχει μερική στήριξη της επιρροής που ασκούν στην ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας. Επιπλέον, οι έρευνες χρησιμοποιούν διαφορετική μεθοδολογία, γεγονός που παρέχει αποτελέσματα που είναι δύσκολο να συγκριθούν μεταξύ τους και να οδηγήσουν σε οριστικά συμπεράσματα (Horvath & Bedi, 2002).

Παράγοντες που αφορούν στο θεραπευόμενο

Οι παράγοντες που αφορούν στο θεραπευόμενο και των οποίων έχει εξεταστεί η σχέση με τη συμμαχία μπορούν να χωριστούν σε δυο κατηγορίες: προ-θεραπευτικούς παράγοντες που αφορούν σε ικανότητες, εμπειρίες και χαρακτηριστικά που φέρνει ο θεραπευόμενος στη θεραπεία, και θεραπευτικούς που αφορούν σε συνεισφορές που επιφέρει στη συμμαχία κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Βαρύτητα νόσου

Η βαρύτητα της νόσου και η σχέση της με τη συμμαχία έχει αποτελέσει αντικείμενο διερεύνησης αρκετών μελετών με αντικρουόμενα αποτελέσματα (Fitzpatrick, 1997). Κάποιες αναφέρουν ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερη βαρύτητα νόσου κάνουν φτωχότερες συμμαχίες (Gaston et al., 1998; Zuroff et al., 2000) ενώ άλλες βρίσκουν μικρές ή και καθόλου διαφορές μεταξύ μεγαλύτερης ή μικρότερης βαρύτητας ασθενών και ποιότητας της θεραπευτικής συμμαχίας (Gaston et al., 1990; Horvath & Greenberg, 1994; Joyce & Piper, 1998; Kokotovic & Tracey, 1990; Lieberman et al., 1992; Orlinsky et al., 1994; Paivio & Bahr, 1998).

Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Zuroff και συνεργατών (2000) που αφορούσε 149 ασθενείς με κατάθλιψη που ολοκλήρωσαν 12 συνεδρίες διαπροσωπικής, γνωσιακής-συμπεριφορικής και φαρμακοθεραπείας, διερευνήθηκε η σχέση της τελειοθηρίας των ασθενών, ως παράγοντας βαρύτητας, με τη θεραπευτική συμμαχία, και βρέθηκε ότι συσχετίζεται αρνητικά με την αύξηση στη θεραπευτική συμμαχία ιδιαίτερα στην τελευταία φάση της θεραπείας. Αντίθετα στην έρευνα των Kokotovic και Tracey (1990), που αφορούσε 144 ασθενείς που έλαβαν συμβουλευτική θεραπεία, η βαρύτητα της νόσου, όπως καθοριζόταν από το επίπεδο της λειτουργικότητας του ασθενούς, συνδεόταν με τη θεραπευτική συμμαχία μόνο όταν η αξιολόγηση γινόταν από το θεραπευτή, ενώ δεν παρουσίαζε καμία συσχέτιση όταν η αξιολόγηση γινόταν από τον ίδιο το θεραπευόμενο.

Σε μια προσπάθεια να εξηγηθούν τα αντικρουόμενα αυτά αποτελέσματα, οι Horvath

και Bedi (αναφ. στο Norcross, 2002) αναφέρουν ότι η συγκεκριμένη βιβλιογραφία αφορά κυρίως έρευνες με δείγμα μέσης βαρύτητας νόσου. Ακόμα και στις περιπτώσεις μελετών που το δείγμα αποτελείται από ενδονοσοκομειακούς ασθενείς, όπου η βαρύτητα είναι σαφώς μεγαλύτερη, απουσιάζει μια ομάδα σύγκρισης με μικρότερη βαρύτητα. Κατά συνέπεια, η μεταβλητή της βαρύτητας δεν εξετάζεται σε όλο της το εύρος, το δείγμα δηλαδή στις διάφορες έρευνες δεν αποτελείται εξίσου από ασθενείς που χαρακτηρίζονται από μικρή, μέτρια και μεγάλη βαρύτητα νόσου, γεγονός που δυσχεραίνει τη διατύπωση ασφαλών συμπερασμάτων. Επιπλέον, υπάρχουν ορισμένες έρευνες που δείχνουν ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ της εμπειρίας του θεραπευτή, της βαρύτητας, και της ποιότητας της συμμαχίας, που ισχύει μόνο για τις βαρύτερες περιπτώσεις (Hays, 1994; Kivlighan et al., 1998; Mallinckrodt & Nelson, 1991; Paivio & Bahr, 1998; Rounsaville et al., 1987). Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με φτωχότερη συμμαχία είναι πιθανότερο να εγκαταλείψουν νωρίτερα τη θεραπεία (Mohl et al., 1991; Plotnicov, 1990; Tryon & Kane, 1990, 1993; Yeomans et al., 1994). Εικάζεται ότι η μικρή σχέση μεταξύ βαρύτητας και συμμαχίας μπορεί να οφείλεται εν μέρει στην ταχύτερη απομάκρυνση από τη θεραπεία των ασθενών με τα σοβαρότερα προβλήματα (Horvath & Bedi, 2002).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε έρευνα των Raue, Castonguay, & Goldfried, (1993) που συνέκριναν την ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας σε ψυχοδυναμική-διαπροσωπική και γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, βρέθηκε ότι ενώ η συμπτωματολογία σχετιζόταν αντίστροφα με τη θεραπευτική συμμαχία στην ψυχανάλυση, δεν σχετιζόταν σε σημαντικό βαθμό με τη θεραπευτική συμμαχία στη γνωσιακή-συμπεριφορική. Το εύρημα αυτό συμφωνούσε με προηγούμενες έρευνες, (Sloane et al., 1975; Brunink & Schroeder, 1979) γεγονός που οδήγησε τους ερευνητές να επιχειρήσουν να δώσουν μια εξήγηση. Υποστήριζαν ότι στη γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, ένας από τους κοινά αποδεκτούς θεραπευτικούς στόχους είναι η μείωση των συμπτωμάτων. Η δημιουργία και διατήρηση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης στοχεύει στην προώθηση και υποστήριξη της αλλαγής μεταξύ των συνεδριών. Αντίθετα, στην ψυχοδυναμική-διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, οι θεραπευτές δεν επικεντρώνονται στα συμπτώματα. Η μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση αποτελούν το μηχανισμό αλλαγής και κατά συνέπεια το περιεχόμενο των συνεδριών συχνά επικεντρώνεται στη διερεύνηση των αρνητικών πλευρών της σχέσης. Σε ανάλυση περιεχομένου που αφορούσε στη συγκεκριμένη έρευνα, βρέθηκε ότι περίπου το 1/3 του χρόνου της συνεδρίας αφορούσε θέματα σχέσεων, γεγονός που σύμφωνα με τους ερευνητές δυσχεραίνει τη θεραπευτική συμμαχία. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς με βαρύτερα συμπτώματα ήταν λιγότερο πρόθυμοι και ικανοί να εξερευνήσουν συναισθηματικά θέματα που βρίσκονταν στη βάση των διαπροσωπικών τους και ενδο-προσωπικών τους προβλημάτων. Καθώς η παρούσα έρευνα αξιολογούσε τη συμπτωματολογία μια βδομάδα μετά τη συνεδρία από την οποία αντλούνταν τα δεδομένα που αφορούσαν στη συμμαχία, δεν μπορεί να ισχυριστεί κανείς ότι κάποιο

γεγονός μέσα στη συνεδρία, (όπως μια αντιπαράθεση), επηρέασε αρνητικά τη θεραπευτική σχέση ή αύξησε τη συμπτωματολογία στην ψυχοδυναμική-διαπροσωπική προσέγγιση. Επιπλέον, τα επίπεδα συμπτωματολογίας και στις δυο διαφορετικές προσεγγίσεις δε διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους.

Είδος διαταραχής

Υπάρχουν ορισμένες αναφορές που συνδέουν συγκεκριμένα ψυχολογικά προβλήματα με δυσκολίες στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας. Σε ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας, είτε ως κύρια είτε ως συνοδό διάγνωση, η διαμόρφωση της θεραπευτικής συμμαχίας αποτελεί σύμφωνα με τους Horvath & Bedi, (2002) ένα «προκλητικό έργο» (Andreoli et al., 1993; Hersoug et al., 2002; Lingiardi et al., 2000; Muran et al., 1995). Οι Zuroff και συνεργάτες (2000) βρήκαν ότι σε ασθενείς με τελειοθηρική προσωπικότητα, η τελειοθηρία τους σχετιζόταν αντίστροφα με το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα καθώς παρουσίαζαν μικρή ανάπτυξη της συμμαχίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας και δεν κατόρθωναν να δημιουργήσουν ισχυρές συμμαχίες. Δυσκολίες στην ανάπτυξη συμμαχίας αναφέρονται σε νεαρούς με παραπτωματική συμπεριφορά, άστεγους και εξαρτημένους (Barber et al., 1999; Florsheim et al., 2000; Gunderson et al., 1997; Hersoug et al., 2002). Ωστόσο, σε αυτές τις ομάδες ασθενών πιθανά την ανάπτυξη συμμαχίας να δυσχεραίνουν άλλοι παράγοντες όπως κοινωνικοί, οικονομικοί και νομικοί.

Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι ορισμένες στάσεις και συμπεριφορές των θεραπευόμενων είναι δυνατόν να βλάψουν και να παρακωλύσουν την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας. Ένας επιθετικός, κυριαρχικός πελάτης, με δυσλειτουργικές σχέσεις στο παρόν και στο παρελθόν θα δυσκολευτεί πολύ περισσότερο να εδραιώσει με το θεραπευτή μια καλή θεραπευτική συμμαχία (Kokotovic & Tracey, 1990; Muran et al., 1994) παρά ένας πιο υπάκουος και φιλικός πελάτης (Walner Samstag et al., αναφ. στο Horvath & Luborsky, 1993).

Προηγούμενες σχέσεις και τύπος πρόσδεσης (attachment style)

Η επίδραση των εμπειριών από τις προηγούμενες σχέσεις του ασθενούς, και κυρίως εκείνων που διαμορφώθηκαν στην παιδική του ηλικία, στη θεραπευτική συμμαχία, υπήρξε το αντικείμενο διερεύνησης μιας σειράς μελετών με αντικρουόμενα αποτελέσματα (Hersoug et al., 2002; Hilliard et al., 2000; Kivlighan et al., 1998; Mallinckrodt & Nelson, 1991; Mallinckrodt et al., 1995; Paivio & Bahr, 1998). Στην έρευνα των Hilliard και συνεργατών (2000) η ποιότητα της σχέσης των ασθενών με τον καθένα από τους γονείς τους, όπως αυτή διαμορφώθηκε από το πέμπτο ως το δέκατο έτος της ηλικίας τους, βρέθηκε να ασκεί μια άμεση επίδραση στη θεραπευτική συμμαχία. Οι Hersoug και συνεργάτες (2002) σε έρευνά

τους που αφορούσε στη διερεύνηση των μεταβλητών που προέβλεπαν την ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας νωρίς στη θεραπεία, βρήκαν ότι οι παλιότερες αλλά περισσότερο οι παρούσες σχέσεις, είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της διαμόρφωσης της συμμαχίας νωρίς στη θεραπεία, χωρίς ωστόσο καμία από τις δυο κατηγορίες σχέσεων να εξηγεί μεγάλο μέρος της διακύμανσης. Επιπλέον, μετά τη διαμόρφωση της θεραπευτικής συμμαχίας, η επίδραση τόσο των παλιότερων όσο και των σύγχρονων σχέσεων στη συμμαχία μειώνεται, γεγονός που ίσως υποδεικνύει ότι η σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου κυριαρχεί και ρυθμίζει έκτοτε τη θεραπευτική συμμαχία.

Υπάρχουν επίσης δεδομένα που δείχνουν ότι η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης όπως αυτή αξιολογείται από το θεραπευτή στα πρώτα στάδια της θεραπείας επηρεάζεται από την ποιότητα του τρόπου πρόσδεσης (Eames & Roth, 2000; Hilliard et al., 2000; Joyce & Piper, 1998; Mallinckrodt & Leong, 1992; Orgodniczuk et al., 2000; Tyrrel et al., 1999). Ασθενείς με τύπο πρόσδεσης που χαρακτηρίζεται από φόβο και άγχος φαίνεται να διαμορφώνουν φτωχότερη συμμαχία στα πρώτα στάδια της θεραπείας (Eames & Roth, 2000; Orgodniczuk et al., 2000; Rubino et al., 2000; Tyrrel et al., 1999).

Παράγοντες που αφορούν στο θεραπευτή

Σε σύγκριση με την έρευνα για τους παράγοντες που αφορούν στο θεραπευόμενο, η αντίστοιχη για τους παράγοντες που αφορούν στο θεραπευτή είναι λιγότερο πλούσια. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί απόρροια της επικρατούσας άποψης ότι τα προσωπικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή αποτελούν παρεμβαλλόμενη μεταβλητή στην έρευνα της ψυχοθεραπείας (Lambert, 1991, αναφ. στο Fitzpatrick, 1997). Οι περισσότερες έρευνες δέχονται αξιωματικά ότι οι θεραπευτές που ασπάζονται το ίδιο θεραπευτικό μοντέλο λειτουργούν λίγο ως πολύ με τον ίδιο τρόπο χωρίς να επιτρέπουν να παρεμβάλλονται στο έργο τους προσωπικές πεποιθήσεις και αδυναμίες (Σταλίκας, 2005). Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι η μεθοδολογία, και σε αυτή την περίπτωση, αφορά συλλογή δεδομένων αναδρομικά ενώ υπάρχει μεγάλη ανομοιογένεια στον τρόπο που ορίζονται οι διάφορες μεταβλητές. Οι Horvath και Bedi (αναφ. στο Norcross, 2002) ομαδοποίησαν τις μεταβλητές ως εξής:

Ικανότητες επικοινωνίας

Η ικανότητα του θεραπευτή να επικοινωνεί με το θεραπευόμενο με ένα ξεκάθαρο και ανοιχτό τρόπο έχει βρεθεί να συσχετίζεται θετικά με την ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας σε τέσσερις έρευνες (Kolden, 1996; Mohl et al., 1991; Priebe & Gruyters, 1993; Rounsaville et al., 1987). Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζουν έρευνες όπου οι ικανότητες επικοινωνίας του θεραπευτή ορίζονται ως η ικανότητά του να μεταφέρει στο θεραπευόμενο την αίσθηση ότι τον κατανοεί και να λαμβάνει υπόψη του την υποκειμενική κρίση του τελευταίου για την κατάστασή του (Bachelor, 1988; Castonguay & Goldfried, 1994; Dia-

mond et al., 1999; Rounsaville et al., 1987; Tryon & Kane, 1993; Windholtz & Silbershatz, 1988). Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι αυτές οι συσχετίσεις είναι λογικές και σημαντικές, εκφράζονται επιφυλάξεις (Horvath, 2001) για το αν οι ικανότητες αυτές επηρεάζουν άμεσα την συμμαχία ή η σχέση τους με αυτήν αποτελεί υποπροϊόν άλλων αιτιωδών συσχετίσεων.

Ενσυναίσθηση, Αυτοαποκάλυψη, Διερεύνηση

Η ενσυναίσθηση φαίνεται να συνεισφέρει γενικότερα στη θεραπευτική συμμαχία και ειδικότερα στη διαπροσωπική σχέση μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή (Horvath & Bedi, αναφ. στο Norcross, 2002). Τα δεδομένα ωστόσο που στηρίζουν αυτή τη σχέση δεν είναι ξεκάθαρα, καθώς κάποιοι ερευνητές χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια της ενσυναίσθησης για να εξαγάγουν συμπεράσματα και για τη συμμαχία.

Σε έρευνα των Zuroff και συνεργατών (2000) όπου διερευνήθηκε η σχέση ενσυναίσθησης, θεραπευτικής συμμαχίας και αποτελέσματος σε ασθενείς με κατάθλιψη, βρέθηκε ότι οι δύο έννοιες δεν σχετίζονταν μεταξύ τους αλλά μπορούν αμφότερες να προβλέψουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, φαίνεται ότι κάποια παρέμβαση του θεραπευτή που μπορεί να δείχνει ενσυναίσθηση για ένα θεραπευόμενο είναι δυνατό να θεωρηθεί παρέμβαση για κάποιον άλλο. Επομένως, η ικανότητα του θεραπευτή να τοποθετεί τον εαυτό του στη θέση του θεραπευόμενου επηρεάζεται από την ευαισθησία του και την ανοχή του για τις προτιμήσεις του θεραπευόμενου στις διάφορες εκφράσεις υποστήριξης (Lichenberg et al., 1988; Mohl et al., 1991; Windholz & Selberschatz, 1988). Οι έρευνες δείχνουν ότι για την οικοδόμηση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, οι θεραπευτές χρειάζεται να μπορούν όχι μόνο να αποδέχονται και να καταλαβαίνουν τον «κόσμο» των θεραπευομένων αλλά και να εξατομικεύουν την έκφραση της κατανόησης και της υποστήριξής τους ώστε να ταιριάζει με την άποψη του θεραπευόμενου για τη θεραπευτική σχέση (Bachelor & Horvath, 1999, Bohart, Elliott, Greenberg, & Watson, αναφ. στο Norcross, 2002). Στο πλαίσιο της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας, η ενσυναίσθηση έχει διερευνηθεί κυρίως σε σχέση με το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε θεραπεία κατάθλιψης. Η θετική συσχέτιση που παρουσιάζεται σε 19 από τις 43 έρευνες που παρουσιάζονται σε ανασκόπηση των Orlinsky και συνεργατών (1994), πιθανά να αντανakλά την επίδραση της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική συμμαχία. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι όταν οι ασθενείς αρχίζουν να βελτιώνονται, τόσο αυτοί όσο και οι θεραπευτές τους, αναπτύσσουν περισσότερα θετικά συναισθήματα ο ένας για τον άλλο, που πιθανά να οδηγούν σε βελτίωση της θεραπευτικής συμμαχίας. Ωστόσο, δεν έχει γίνει περαιτέρω έρευνα επί του θέματος.

Όσο αφορά σε συμπεριφορές και αντιδράσεις του θεραπευτή που δείχνουν αυτοαποκάλυψη, την αποκάλυψη δηλαδή προσωπικών στοιχείων ή συναισθημάτων του θεραπευτή κατά τη διάρκεια της θεραπείας, και διερεύνηση, έχει βρεθεί να συσχετίζονται θετικά με τη θεραπευτική συμμαχία (Mohl et al., 1991; Priebe & Gruyters, 1993; Rounsaville et al., 1987; Tyrrell et al., 1999). Η αυτοαποκάλυψη αντιμετωπίζεται συνήθως θετικά από τον

πελάτη και ενθαρρύνει την εμπλοκή του στη θεραπεία. Η σχέση αυτή παρατηρείται συχνότερα στα αρχικά στάδια της θεραπείας. Τέλος, το να παίρνει ο θεραπευτής τον έλεγχο της συνεδρίας, «να ασκεί έλεγχο στη σχέση» συνδέεται αρνητικά με τη συμμαχία, ενώ το να παίρνει τον έλεγχο ο θεραπευόμενος συνδέεται θετικά (Lichtenberg et al., 1988).

Εμπειρία και εκπαίδευση

Οι έρευνες που αφορούν στη σχέση της συμμαχίας με την εκπαίδευση και την εμπειρία των θεραπειών παρουσιάζουν αντικρουόμενα ευρήματα. Ορισμένοι ερευνητές (Dunkle & Friedlander, 1996), δε βρήκαν να συσχετίζεται η εμπειρία με την ποιότητα της σχέσης ενώ τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Bein et al., 2000; Kivlighan et al., 1998; Mallinckrodt & Nelson, 1991) υποστήριζαν μερικώς τη συσχέτιση αυτή. Πιο συγκεκριμένα, οι Dunkle και Friedlander (1996) βρήκαν ότι οι θεραπευτές που ανέφεραν χαμηλά επίπεδα επιθετικότητας, αυξημένη κοινωνική στήριξη και άνεση σε συνθήκες ψυχολογικής εγγύτητας είχαν περισσότερες πιθανότητες να δημιουργήσουν μια καλή θεραπευτική συμμαχία με τον πελάτη τους. Η εμπειρία του θεραπευτή δεν φαινόταν να συσχετίζεται με κανένα τρόπο με τη δημιουργία της συμμαχίας.

Αντίθετα, οι Kivlighan και συνεργάτες (1998) διαπίστωσαν ότι η εμπειρία του θεραπευτή είναι δυνατό σε ορισμένες περιπτώσεις να καθορίσει την ποιότητα της συμμαχίας. Όταν ο πελάτης εμπιστευτεί τους άλλους και στηριχθεί χωρίς να φοβάται την οικειότητα, η εμπειρία του θεραπευτή δε φαίνεται να έχει σημαντική επίδραση στην εδραίωση της συμμαχίας. Εάν όμως ο θεραπευόμενος είναι ανασφαλής και αισθάνεται ότι απειλείται από την οικειότητα και εγγύτητα της θεραπευτικής διαδικασίας, τότε ικανότεροι στην διαχείριση της κατάστασης και στην ανάπτυξη της συμμαχίας είναι οι πιο έμπειροι θεραπευτές που μπορούν ευκολότερα να αναγνωρίσουν το πρόβλημα και να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πελάτη.

Οι Hersoug και συνεργάτες (2000, 2001α, 2001β, αναφ. στο Horvath & Bedi, 2002), αναφέρουν μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ συμμαχίας και εκπαίδευσης γενικά αλλά θετική συσχέτιση με ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τη θεραπευτική ικανότητα. Πιθανά η εξήγηση αυτών των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων να βρίσκεται στα ευρήματα μιας άλλης έρευνας όπου φάνηκε ότι οι θεραπευόμενοι που είχαν δυσκολία να διαμορφώσουν μια στενή σχέση, έκαναν ισχυρότερες συμμαχίες με πιο έμπειρους θεραπευτές ενώ ασθενείς που δεν παρουσίαζαν αυτή τη συναισθηματική δυσκολία αντιδρούσαν με τον ίδιο τρόπο ανεξάρτητα από το επίπεδο εμπειρίας του θεραπευτή (Kivlighan et al., 1998).

Επιπλέον, ένα άλλο εύρημα που δίνει μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι πιο έμπειροι θεραπευτές μπορούν να αναγνωρίσουν ευκολότερα φτωχές συμμαχίες ή συμμαχίες που χειροτερεύουν (Mallinckrodt & Nelson, 1991). Γενικότερα, η ικανότητα των θεραπειών να εντοπίσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς στη δημιουργία σχέσεων κατά τη διάρκεια της θεραπείας, τους διευκολύνει να οικοδομήσουν και να διορθώσουν, εφόσον χρειάζεται, τις συμμαχίες τους με δύσκολους ασθενείς.

Προσωπικότητα

Έρευνες που διερευνούν την σχέση της συμμαχίας με παράγοντες της προσωπικότητας όπως προσκόλληση και ιδιοσυγκρασία μόλις άρχισαν να εμφανίζονται στην βιβλιογραφία (Hersoug et al., 2001, 2002, αναφ. στο Horvath & Bedi, 2002; Sexton, 1996). Ωστόσο παλιότερη έρευνα (Henry & Strupp, 1994) έδειξε ότι παράγοντες όπως η εχθρότητα, η προκλητικότητα, ή η προσπάθεια ελέγχου των πεπραγμένων από την πλευρά του θεραπευτή συνδέονται με φτωχή συμμαχία.

Συμπληρωματικότητα θεραπευτή και θεραπευόμενου

Με τον όρο συμπληρωματικότητα, η έρευνα που αφορά στην αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ταιριάζουν μεταξύ τους τα πρότυπα των διαπροσωπικών σχέσεων του θεραπευτή και του θεραπευόμενου. Το ενδιαφέρον εστιάζεται στον αρμονικό τους συνδυασμό ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη συνεργασία. Η συμπληρωματικότητα θεραπευτή και θεραπευόμενου έχει ερευνηθεί με δυο τρόπους: ως ανταγωνιστική ή συμπληρωματική διαπροσωπική συμπεριφορά και ως συμπληρωματικές ή παρόμοιες δομές προσωπικότητας. Όσο μεγαλύτερη είναι η συμπληρωματικότητα των δύο συμμετεχόντων, τόσο πιο αυξημένη θα είναι η ικανοποίησή τους και η αρμονία με την οποία συνδιαλέγονται (Kiesler & Watkins, 1989; Tracey & Ray, 1984). Οι Kiesler και Watkins (1989) βρήκαν ότι σε συναλλαγές που υπήρχε ομοφωνία, οι συμπληρωματικές συμπεριφορές δεν είχαν καμία επίδραση στη θεραπευτική συμμαχία, ενώ όταν οι συμπεριφορές ήταν εχθρικές, η συμπληρωματικότητα συσχετιζόταν αρνητικά με τη συμμαχία.

Επιπλέον, σημαντικά αρνητική συσχέτιση βρέθηκε να υπάρχει μεταξύ της ανταγωνιστικής, εχθρικής και ελεγχτικής σχέσης και της συμμαχίας και στις έρευνες των Henry και Strupp (1994) και Svartberg και Stiles (1994).

Γενικά, όσον αφορά στη διαμόρφωση συμμαχίας, φαίνεται να συνεργεί περισσότερο η απουσία εχθρικής, αρνητικής ή ανταγωνιστικής σχέσης θεραπευτή και θεραπευόμενου παρά η συμπληρωματικότητα των συμπεριφορών ή των προσωπικοτήτων τους (Horvath & Bedi, αναφ. στο Norcross, 2002).

Συνεργασία

Η συνεργασία φαίνεται να αποτελεί ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής συμμαχίας (Horvath & Bedi, αναφ. στο Norcross, 2002). Τα περισσότερα ερωτηματολόγια της συμμαχίας συλλέγουν πληροφορίες σχετικά με το πόσο *αισθάνονται* οι συμμετέχοντες στη θεραπεία ότι συνεργάζονται. Έρευνα του Brossart και συνεργατών (1998) που στηρίχθηκε στην λεκτική επικοινωνία των συμμετεχόντων και στο πώς ο καθένας οικοδομεί πάνω στη λεκτική επικοινωνία του άλλου, βρήκε ισχυρή συσχέτιση από την πλευρά του θεραπευτή αλλά όχι αμοιβαία από την πλευρά του ασθενή στη συμμαχία. Επιπλέον, η

σημασία της συνεργασίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου για τη θεραπευτική συμμαχία βρέθηκε σε έρευνα με ανάλυση χρονοσειρών των Kowalik και συνεργατών (1997) και σε έρευνα των Chen και Bernstein (2000, αναφ. στο Horvath 2001). Αυτές οι έρευνες από κοινού προσφέρουν κάποιες πρώτες ενδείξεις για τη σημασία της συνεργασιμότητας στη δημιουργία καλύτερης συμμαχίας αλλά ωστόσο κανένα από τα μέχρι τώρα ευρήματα δεν είναι επαρκές και ικανό να στηρίξει τον ισχυρισμό αιτιώδους σχέσης.

Τέλος, όσο αφορά στα *δημογραφικά χαρακτηριστικά* του θεραπευτή, το φύλο και η επίδραση που ασκεί στη διαμόρφωση της συμμαχίας έχει εξεταστεί σε έρευνα των Bachelor και Horvath (1999), όπου βρέθηκε ότι το φύλο επηρεάζει τη συμπεριφορά των θεραπειών και την ποιότητα της συμμαχίας. Οι Jones και Zopel (1982) βρήκαν ότι οι πελάτες θεωρούν ότι έχουν ισχυρότερη συμμαχία με γυναίκες θεραπεύτριες, αλλά η αντίληψή τους δεν επηρέασε το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας.

Οι παραπάνω παράγοντες και η επίδραση που ασκούν στην ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα 1.

Πίνακας 1

Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της συμμαχίας

	Παράγοντες	Επίδραση
Ασθενής	Βαρύτητα προβλήματος	Αντικρουόμενα αποτελέσματα Πιθανά μεγαλύτερη βαρύτητα να συνδέεται με ταχύτερη απομάκρυνση από θεραπεία
	Είδος προβλήματος *	Καμία επίδραση
	Τύπος πρόσδεσης	Αρνητική ενίσχυση με αγχώδη τύπο πρόσδεσης
	Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά	Θετική συσχέτιση με υπακοή και φιλικότητα Αρνητική συσχέτιση με επιθετικότητα και κυριαρχικότητα
Θεραπευτής	Ικανότητες επικοινωνίας	Θετική συσχέτιση
	Ενσυναίσθηση, αυτοαποκάλυψη, διερεύνηση	Θετική συσχέτιση
	Εμπειρία και εκπαίδευση	Αντικρουόμενα αποτελέσματα Θετική συσχέτιση της εμπειρίας για ασθενείς με δυσκολία στην δημιουργία σχέσεων
	Προσωπικότητα	Αρνητική συσχέτιση με εχθρότητα και προκλητικότητα
	Συμπληρωματικότητα θεραπευτή και θεραπευόμενου	Θετική συσχέτιση με απουσία αρνητικής, εχθρικής και ανταγωνιστικής σχέσης
	Συνεργασία	Θετική συσχέτιση
	Φύλο-θήλυ	Θετική συσχέτιση
Θεραπευτικές Πρακτικές	Αφοσίωση, ενθουσιώδης εμπλοκή, ανοικτή και ευέλικτη στάση	Σημαντικά και απαραίτητα προσόντα για μια καλή θεραπευτική συμμαχία

*Δυσκολίες στην ανάπτυξη συμμαχίας σε ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας, (Andreoli et al., 1993; Hersoug et al., 2002; Muran et al., 1995), παραπτωματική συμπεριφορά, άστεγους και εξαρτημένους (Barber et al., 1999; Florsheim et al., 2000; Gunderson et al., 1997).

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση των παραγόντων που επηρεάζουν τη θεραπευτική συμμαχία, αξίζει να αναφερθούν συνοπτικά τα συμπεράσματα δυο βιβλιογραφικών ερευνών που πραγματοποίησαν οι Ackerman και Hilsemroth (2001, 2002). Στην πρώτη (Ackerman & Hilsemroth, 2001) οι ερευνητές συγκέντρωσαν και μελέτησαν 14 έρευνες οι οποίες εξέταζαν τις τεχνικές και τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή που είχαν αρνητική επίδραση στη θεραπευτική συμμαχία. Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι θεραπευτές οι οποίοι δεν εμπιστεύονταν τις ικανότητές τους, είχαν κουραστεί ή βαρεθεί, γίνονταν αμυντικοί ή επικριτικοί και δεν ήταν σε θέση να προσφέρουν στοργή και υποστήριξη στον πελάτη φαίνεται να συνδέονται με χαμηλά επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας.

Όσον αφορά στις θεραπευτικές τεχνικές, όπως η σιωπή, η αυτοαποκάλυψη, η ερμηνεία και η δογματική προσκόλληση στο θεραπευτικό σχεδιασμό, οι ερευνητές συνοψίζουν ότι η κακή χρήση τους-είτε πρόκειται για κατάχρηση είτε για απουσία τους-έχει επιβλαβή επιρροή στη θεραπευτική συμμαχία. Στη δεύτερη έρευνα (Ackerman & Hilsemroth, 2002) οι ερευνητές συγκέντρωσαν και μελέτησαν 25 μελέτες σχετικά με τα χαρακτηριστικά και τις τεχνικές που δρουν ευεργετικά στη θεραπευτική συμμαχία. Σύμφωνα με τα ευρήματα, ιδιότητες του θεραπευτή όπως η ευελιξία, η εμπιστοσύνη, η ειλικρίνεια, ο σεβασμός, η καταξίωση, η αυτοπεποίθηση, η ζεστασιά, το ενδιαφέρον και η φιλική διάθεση, φαίνεται ότι προάγουν την εδραίωση της θεραπευτικής συμμαχίας.

Επιπλέον, η χρήση τεχνικών όπως η διερεύνηση, η αντανάκλαση σκέψεων και συναισθημάτων του θεραπευομένου, οι εύστοχες ερμηνείες, η ενθάρρυνση της έκφρασης συναισθημάτων, η βαθιά κατανόηση της θέσης του πελάτη και η προσήλωση στην εμπειρία του θεραπευομένου, φαίνεται να ασκούν θετική επιρροή στη θεραπευτική συμμαχία. Οι συγγραφείς τέλος παρατήρησαν ότι η θετική επίδραση του θεραπευτή στη θεραπευτική συμμαχία δε φάνηκε να επηρεάζεται από τη θεωρητική του κατεύθυνση.

Συνοψίζοντας, αρκετές μεταβλητές έχουν ως σήμερα μελετηθεί όσον αφορά στη σχέση τους με τη θεραπευτική συμμαχία. Κάποιοι παράγοντες φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με τη δημιουργία καλών συμμαχιών, όπως η συνεργασία, η ενσυναίσθηση και η συμπληρωματικότητα από την πλευρά του θεραπευτή. Άλλοι όπως η βαρύτητα του προβλήματος, αν και έχουν εξεταστεί αρκετά, δεν έχει ακόμα αποσαφηνιστεί η σχέση τους, ενώ υπάρχουν και κάποιοι όπως ο τύπος πρόσδεσης, που βρίσκονται ακόμα σε πρώιμο στάδιο διερεύνησης. Επιπλέον, το είδος των ερευνών αυτών, έρευνες συσχέτισης, δεν επιτρέπει την διερεύνηση αιτιώδων σχέσεων. Οι Horvath και Bedi (2002) και ο Wampold (2001) επισημαίνουν την ανάγκη περισσότερων ερευνών για τους παράγοντες που αφορούν στο θεραπευτή, αλλά και έρευνες διαφορετικής μεθοδολογίας για την αποσαφήνιση της ύπαρξης αιτιώδων σχέσεων μεταξύ των παραγόντων αυτών και της δημιουργίας μιας καλής θεραπευτικής συμμαχίας, με τη λογική ότι η θεραπευτική συμμαχία είναι μια σημαντική μεταβλητή για το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Παρακάτω, θα παρουσιαστούν τα ερευνητικά αποτελέσματα που αφορούν στη σχέση αυτή.

Συμμαχία και θεραπευτικό αποτέλεσμα

Δυο δεκαετίες ερευνών εξέτασαν την πιο ενδιαφέρουσα σχέση, εκείνη της θεραπευτικής συμμαχίας και του θεραπευτικού αποτελέσματος σε διάφορα πλαίσια, όπως διαφορετικούς τύπους θεραπειών, πληθυσμούς, διαγνωστικές κατηγορίες, παράγοντες που αφορούν στην εκπαίδευση και εμπειρία του θεραπευτή, αλλά και στην πηγή από την οποία εκπορεύεται η εκτίμηση της συμμαχίας (π.χ. θεραπευτής, θεραπευόμενος ή παρατηρητής). Επιπλέον εξέτασαν το μέγεθος της σχέσης σε διαφορετικές φάσεις της θεραπείας. Διακινδυνεύοντας να θεωρηθεί ότι αγνοείται η πολυπλοκότητα των ευρημάτων, ένα λογικό συμπέρασμα είναι ότι οι σχέσεις όπως παρουσιάζονται στις διάφορες ανασκοπήσεις ερευνών μετά-ανάλυσης (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000) είναι αρκετά σταθερές: η συσχέτιση συμμαχίας-θεραπευτικού αποτελέσματος είναι μέτρια αλλά σημαντική (κυμαίνεται από 0,22 έως 0,29) και η αξιολόγηση από την πλευρά του θεραπευόμενου είναι περισσότερο προβλεπτική του τελικού θεραπευτικού αποτελέσματος από εκείνη άλλων πηγών. Η συμμαχία, όπως αξιολογείται νωρίς στη θεραπεία, είναι εξίσου καλός ή καλύτερος προγνωστικός παράγοντας του θεραπευτικού αποτελέσματος από αξιολογήσεις που γίνονται αργότερα, και γενικά η συμμαχία φαίνεται να συσχετίζεται με τα θεραπευτικά κέρδη (Horvath, 2001, 2005).

Συγκεκριμένα, στη μετά-ανάλυση των Horvath & Symonds (1991), χρησιμοποιήθηκαν κλινικές έρευνες που δημοσιεύτηκαν ανάμεσα στο 1975 και 1991, οι οποίες αποτελούσαν τον κύριο όγκο των εμπειρικών ερευνών που διεξήχθησαν βασιζόμενες στον πανθεωρητικό ορισμό της θεραπευτικής συμμαχίας. Οι έρευνες περιελάμβαναν κατά μέσο όρο 49 συμμετέχοντες, εκ των οποίων το 70% ήταν γυναίκες. Αφορούσαν θεραπείες με διάρκεια κατά μέσο όρο 20 συνεδρίες και οι περισσότεροι θεραπευτές που συμμετείχαν είχαν εμπειρία μεγαλύτερη των 8 ετών. Σε όλο το δείγμα, η επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας στο αποτέλεσμα της θεραπείας (επίδραση μεγέθους) υπολογίζεται σε 0,26 (από 0,20 έως 0,32). Ωστόσο, η πραγματική επίδραση πρέπει να είναι μεγαλύτερη καθώς ο συγκεκριμένος υπολογισμός στηρίχθηκε στην αρχική παραδοχή των ερευνητών ότι όλες οι σχέσεις που παρατηρήθηκαν αλλά δεν αναφέρθηκαν ή αναφέρθηκαν ως στατιστικά μη σημαντικές, ήταν μηδενικές ($r=0$). Αυτό πιθανά να οδήγησε σε μια υποεκτίμηση της πραγματικής επίδρασης της θεραπευτικής συμμαχίας, η οποία στην πραγματικότητα πλησιάζει τις ανώτερες τιμές της διακύμανσης 0,32 (Σταλίκας & Μερτίκας, 2004).

Όσον αφορά σε αναλύσεις ερευνών που χρησιμοποίησαν το ίδιο ερωτηματολόγιο, (Working Alliance Inventory, WAI, Horvath, 1989, 1982, αναφ. στο Horvath και Greenberg, 1994) (Adler, 1988, αναφ. στο Horvath και Greenberg, 1994; Horvath, 1989; Kokotovic & Tracey, 1990; Moseley, 1983, αναφ. στο Horvath και Greenberg, 1994; Plotnicov, 1990; Saf-ran & Wallner, 1991; Tichenor & Hill, 1989; Webster, 1982, αναφ. στο Horvath και Greenberg, 1994) βρέθηκε ένας ισχυρός δεσμός μεταξύ της εκτίμησης του θεραπευόμενου για τη θεραπευτική συμμαχία και του θεραπευτικού αποτελέσματος, με επίδραση μεγέθους 0,33.

Στη βάση των παραπάνω δεδομένων, οι Henry και Strupp (αναφ. στο Horvath & Greenberg, 1994) υποστήριζαν ότι η θεραπευτική συμμαχία θα μπορούσε να είναι θεραπευτική αυτή καθαυτή, δηλαδή, εφόσον δημιουργείται μια καλή συμμαχία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, ο ασθενής θα μπορούσε να βιώνει την σχέση ως θεραπευτική, ανεξάρτητα από τις άλλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές έδωσαν άλλες εξηγήσεις, όπως ότι η συμμαχία θα μπορούσε να έχει μια έμμεση επίδραση στο θεραπευτικό αποτέλεσμα ή να επιδρά από κοινού με άλλους παράγοντες (Gaston et al., 1990). Οι Martin, Garske και Davis (2000) συγκέντρωσαν και ανέλυσαν 79 έρευνες (58 δημοσιευμένες και 21 αδημοσίευτες) που είχαν διεξαχθεί ως το 1996. Το μέσο μέγεθος δείγματος αυτών των ερευνών ήταν 60,39 ασθενείς και η μέση διάρκεια των θεραπειών που χορηγήθηκαν ήταν 22,18 συνεδρίες. Οι ερευνητές υπολόγισαν ότι η μέση συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα ήταν 0,22, τιμή που, όπως τονίζουν, μάλλον αντανάκλα την αληθινή συσχέτιση. Οι ερευνητές αναφέρουν επίσης ότι η σχέση μεταξύ θεραπευτικής συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος στη συγκεκριμένη έρευνα φαίνεται να μην επηρεάστηκε από άλλες παρεμβαλλόμενες μεταβλητές, όπως η θεωρητική προσέγγιση και η πηγή αξιολόγησης του θεραπευτικού αποτελέσματος. Επισήμαναν ότι το συμπέρασμα στο οποίο μπορεί να καταλήξει κανείς είναι ότι *«η δύναμη της συμμαχίας είναι προβλεπτική του τελικού θεραπευτικού αποτελέσματος, οποιοσδήποτε και αν είναι ο μηχανισμός που καθορίζει αυτή τη σχέση»* (σελ. 446).

Στηριζόμενοι στις μετά-αναλύσεις των Horvath & Symonds (1991) και Martin, Garske, & Davis (2000) και προσθέτοντας δέκα πιο πρόσφατες έρευνες (από το 1997 έως το 2000) οι Horvath και Bedi (2002) συγκέντρωσαν 90 μελέτες στις οποίες βρήκαν μέσο όρο δείκτη συσχέτισης μεταξύ θεραπευτικής συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος 0,21 και διάμεσο 0,25. Μονολότι η παραπάνω τιμή δεν φαίνεται αρκετά υψηλή, πρέπει να τονιστεί ότι είναι σπάνιο να βρεθεί μια τόσο σαφής και αξιόπιστη συσχέτιση μιας μεταβλητής με το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας, ιδιαίτερα σε ένα χώρο όπου οι ερευνητικές μεταβλητές είναι δυσδιάκριτες, αόριστες και εξαιρετικά αλληλεμπλεκόμενες. Το ίδιο επισημαίνουν οι Luborsky, Crits-Cristoph και Barber (1991), οι οποίοι, σε ανάλογη έρευνα που διενήργησαν, βρήκαν ότι η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα του τελικού θεραπευτικού αποτελέσματος. Σημειώνουν ότι *«αυτό είναι μια πολύ εντυπωσιακή επίδοση σε ένα πεδίο έρευνας στο οποίο όλα τα ευρήματα σπάνια δείχνουν προς την ίδια κατεύθυνση και σπάνια είναι όλα σημαντικά»* (Luborsky, Crits-Cristoph & Barber, 1991, σελ. 135).

Ο Horvath (2001) σημειώνει ότι *«προκειμένου να κατανοήσουμε το μέγεθος αυτής της συσχέτισης (0,21), αρκεί να τη συγκρίνουμε με το συνολικό δείκτη αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας, που ανέρχεται στο 0,39, έτσι όπως υπολογίστηκε από τους Smith και Glass (1977)»* (σελ. 366). Με τη σύγκριση των δυο αυτών δεικτών, ο Horvath θέλει να υπογραμμίσει, ότι ειδικά για την ψυχοθεραπεία, της οποίας ο συνολικός δείκτης αποτελε-

σματικότητας ανέρχεται στο 0,39, ένας στρατηγικός δείκτης που προσεγγίζει το 0,20 είναι αρκετά πειστικός. Για τον λόγο αυτό η θεραπευτική συμμαχία θεωρείται αυτή τη στιγμή μία από τις σημαντικότερες μεταβλητές των ερευνών διαδικασίας, συγκεντρώνοντας το ενδιαφέρον θεραπευτών και ερευνητών για τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνεται και λειτουργεί (Σταλίκας & Μερτίκας, 2004).

Τα παραπάνω θέματα αποτέλεσαν το αντικείμενο διερεύνησης της επιτροπής της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρίας (1999), για τη μελέτη της εμπειρικής τεκμηρίωσης της θεραπευτικής σχέσης, όπου μια ομάδα επιστημόνων κλήθηκε να συγκεντρώσει, να ελέγξει και να διασπείρει εκείνες τις πληροφορίες για τη θεραπευτική σχέση που στηρίζονται σε ερευνητικά ευρήματα. Αρχικά, αναγνωρίστηκε ομόφωνα η ισχυρή συνεργία μεταξύ των θεραπευτικών τεχνικών και της σχέσης (Rector, Zuroff, & Segal, 1999, Rounsaville et al. 1987) καθώς η σχέση δεν υφίσταται ανεξάρτητα από τις παρεμβάσεις του θεραπευτή που αφορούν στις τεχνικές, και δεν είναι δυνατό να φανταστεί κανείς τεχνικές που δεν έχουν επίδραση στη σχέση (Norcross, 2002). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Orlinsky (αναφ. στο Norcross, 2002)

«Τι κάνει ο θεραπευτής και πώς το κάνει αποτελούν αδιαχώριστες και συμπληρωματικές μεταβλητές. Το να διαχωρίσει κανείς τη διαπροσωπική διάσταση της συμπεριφοράς από την πρακτική μπορεί να είναι αποδεκτό στην έρευνα, ωστόσο το να αγνοήσει τη συσχέτιση θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντικό λάθος όταν ο στόχος είναι να εξαχθούν συμπεράσματα από την έρευνα για την κλινική πρακτική»(Orlinsky, αναφ. στο Norcross, 2002, σελ. 12).

Επισημαίνεται ότι θα ήταν μέγα λάθος να χαρακτηρίσει κανείς την ψυχοθεραπεία ως απλά «μια καλή σχέση με κάποιον που νοιάζεται». Η έρευνα δείχνει ότι καλός θεραπευτής είναι αυτός που χρησιμοποιεί συγκεκριμένες μεθόδους, προσφέρει καλές συμμαχίες και προσαρμόζει διαφορετικές μεθόδους και τρόπο συμμαχίας ανάλογα με το θεραπευόμενο και τις συνθήκες (Norcross, 2002).

Μετά από εργασία τριών ετών που αφορούσε στην αξιολόγηση όλων των σχετικών ερευνών και σύμφωνα με τα ευρήματά τους, η επιτροπή καθόρισε έντεκα παράγοντες της θεραπευτικής σχέσης που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, και τους κατέταξε σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι παράγοντες που είναι καταφανώς αποτελεσματικοί και είναι οι εξής: (1) θεραπευτική συμμαχία, (2) συνοχή στην ομαδική θεραπεία, (3) ενσυναίσθηση και (4) συναίνεση και συνεργασία όσον αφορά στους θεραπευτικούς στόχους. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι παράγοντες που είναι υποσχόμενοι, θα μπορούσαν να είναι αποτελεσματικοί και βρίσκονται ακόμα υπό διερεύνηση. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι εξής: (1) άνευ όρων αποδοχή, (2) συμφωνία/γνησιότητα, (3) ανατροφοδότηση, (4) επανόρθωση των ρήξεων στη θεραπευτική συμμαχία, (5) άνοιγμα, (6) διαχείριση της αντι-μεταβίβασης και (7) ποιότητα των ερμηνιών που αφορούν στη σχέση. Η θεραπευτική σχέση και η συναίνεση σε θεραπευτικούς στόχους, δύο δηλαδή από

τα συστατικά της συμμαχίας όπως ορίστηκε από τον Bordin (1979) και αποτυπώθηκε στο ερωτηματολόγιο της θεραπευτικής σχέσης (Working Alliance Inventory, WAI, Horvath & Greenberg 1989), χαρακτηρίστηκαν ως καταφανώς αποτελεσματικοί παράγοντες για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, όπως φάνηκε από τα ερευνητικά ευρήματα τριών δεκαετιών.

Καθώς λοιπόν η θεραπευτική συμμαχία θεωρήθηκε, και σε μεγάλο βαθμό αποδείχθηκε, ως ιδιαίτερα σημαντική για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, ήταν αναμενόμενο ότι το επόμενο ερευνητικό ερώτημα θα αφορούσε στη διερεύνηση εκείνων των παραγόντων που είναι πιθανό να επηρεάζουν τη σχέση αυτή.

Επιπλέον, όσο σημαντικός και αν είναι ο βαθμός συσχέτισης (από 0,21 έως 0,26) της θεραπευτικής συμμαχίας με το τελικό αποτέλεσμα, δεν παύει να είναι χαμηλός. Το γεγονός αυτό αποδίδεται, σύμφωνα με τους ερευνητές, στην ύπαρξη άλλων παραγόντων που εμπλέκονται και επηρεάζουν τη σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με το τελικό αποτέλεσμα. Τα αποτελέσματα των ερευνών μετά-ανάλυσης, και ιδιαίτερα των Horvath & Symonds (1991) και Horvath και Bedi (2002), έδειξαν ότι παράγοντες όπως η διάρκεια της θεραπείας, το μέγεθος του δείγματος και η δημοσίευση ή μη μιας μελέτης δεν επηρεάζουν το βαθμό συσχέτισης θεραπευτικής συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος. Αντίθετα, κάποιοι άλλοι παράγοντες, όπως είναι το είδος της ακολουθούμενης θεραπευτικής παρέμβασης, η πηγή εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας (χρήση ερωτηματολογίου για τον πελάτη, το θεραπευτή ή/και έναν εξωτερικό παρατηρητή), ο τρόπος με τον οποίο αξιολογείται η θεραπευτική συμμαχία, φαίνεται να επιδρούν με κάποιο τρόπο στη συσχέτιση θεραπευτικής συμμαχίας και τελικού αποτελέσματος. Οι παράγοντες αυτοί θα αναλυθούν εκτενέστερα παρακάτω.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση Συμμαχίας-Θεραπευτικού αποτελέσματος

Η μελέτη των παραγόντων που εξετάστηκαν για την διευκρίνιση του ρόλου τους στη σχέση συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος, αφορά σειρά ερευνών με αρκετές διαφοροποιήσεις στις μεταβλητές. Οι μεταβλητές αυτές μπορεί να αφορούν σε διαφορετικούς λειτουργικούς ορισμούς της συμμαχίας, και κατ' επέκταση στη χρήση διαφορετικών ερωτηματολογίων, αξιολογήσεις της συμμαχίας και του θεραπευτικού αποτελέσματος που προέρχονται από διαφορετικές πηγές, όπως αυτό-αναφορές, αναφορά του θεραπευτή ή ενός παρατηρητή, και αξιολογήσεις που πραγματοποιούνται σε διαφορετικά χρονικά σημεία μέσα στην θεραπεία. Είναι γνωστό, ότι όταν χρειάζεται κανείς να εξαγάγει συμπεράσματα από ένα σύνολο μεμονωμένων ερευνών ή μια μετά-ανάλυση, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος σημαντικές διαφορές των μεταβλητών των επιμέρους ερευνών να χαθούν μέσα στην «μεγάλη εικόνα» (Horvath & Bedi, 2002).

Για να διερευνηθούν τέτοιες πιθανότητες και να αποτραπεί το ενδεχόμενο να χαθούν σημαντικές πληροφορίες, σε μετά-ανάλυση του Horvath (2001), τα δεδομένα από-συσσωματώθηκαν από τις έρευνες και οι διαφορές γενικεύτηκαν ώστε να εξεταστούν τα αποτελέ-

σματα αυτών των μεταβλητών. Τα αποτελέσματα αναφορικά με το είδος των μεταβλητών που πιθανά να επηρεάζουν την σχέση και το είδος της επιρροής που ασκούν είναι τα εξής:

Επίδραση ερωτηματολογίου

Όπως αναφέραμε ήδη στο κεφάλαιο για τη μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας τα διάφορα ερωτηματολόγια, ορίζουν λειτουργικά τη θεραπευτική συμμαχία με διαφορετικό τρόπο. Υπάρχουν όπως είναι αναμενόμενο κάποιες διαφορές στο μέγεθος της σχέσης μεταξύ συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος, ανάλογα με το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται. Μεταξύ των συχνότερα χρησιμοποιούμενων ερωτηματολογίων, το μέγεθος επίδρασης κυμαινόταν από 0,17 έως 0,27, και αφορούσε στο 70% των ερευνών που εξετάστηκαν. Τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια αφορούσαν μια ετερογενή ομάδα, με μέγεθος επίδρασης 0,24. Οι διαφορές μεταξύ αυτών των συσχετίσεων δεν είναι στατιστικά σημαντικές, και ως εκ τούτου συμπεραίνεται ότι η επίδραση του ερωτηματολογίου στη συνολική συσχέτιση συμμαχίας και αποτελέσματος είναι περιορισμένη.

Πηγή δεδομένων

Οι κλίμακες που μετρούν την θεραπευτική συμμαχία αποτελούνται συνήθως από ερωτηματολόγια για το θεραπευόμενο, το θεραπευτή και έναν εξωτερικό παρατηρητή, και οι έρευνες έχουν χρησιμοποιήσει δεδομένα από όλες αυτές τις πηγές. Οι αξιολογήσεις της συμμαχίας του θεραπευόμενου και του παρατηρητή μπορούσαν να προβλέψουν καλύτερα το τελικό αποτέλεσμα ($r=0,21$) ενώ οι εκτιμήσεις του θεραπευτή είχαν μικρότερη προγνωστική αξία σε όλες τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν από μεταγενέστερες έρευνες (Giacamantonio et al., 2003; Sexton & Whiston, 1994), χωρίς ωστόσο να λείπουν οι έρευνες που δεν επιβεβαιώνουν την υψηλή αυτή συσχέτιση (Kivlighan & Shaughnessy, 1995; Stiles et al., 1998). Η διαφορά στον τρόπο με τον οποίο θεραπευτές και θεραπευόμενοι αντιλαμβάνονται την θεραπευτική συμμαχία μπορεί να οφείλεται είτε σε μεθοδολογικές αδυναμίες των ερευνών είτε στο γεγονός ότι οι θεραπευτές είναι πιο εξοικειωμένοι λόγω εκπαίδευσης στις διακυμάνσεις της θεραπευτικής συμμαχίας. Βέβαια, οι επιδράσεις των μεγεθών αυτών των τριών κατηγοριών επικαλύπτονται σε μεγάλο βαθμό.

Το φαινόμενο του επισκιασμού (halo effect)

Τα περισσότερα δεδομένα που αφορούν στην εκτίμηση της συμμαχίας στηρίζονται σε αυτό-αναφορές. Ένα θέμα που αφορά στην αξιοπιστία τέτοιων δεδομένων, είναι ότι η σχέση μεταξύ συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος είναι δυνατό να μεγιστοποιείται εξ αιτίας του γεγονότος ότι η εκτίμηση και των δύο μεταβλητών, που η μια αναφέρεται στη διαδικασία και η άλλη στο αποτέλεσμα, γίνεται από την ίδια πηγή, για παράδειγμα το θεραπευόμενο. Στη διερεύνηση αυτής της πιθανότητας, βρέθηκε ότι ο μέσος όρος της επίδρασης συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος όταν προέρχεται από διαφορετι-

κές πηγές αξιολόγησης είναι μικρότερος (0,19) από εκείνον που προέρχεται από τις ίδιες πηγές (0,21). Η διαφορά ανάμεσα στις δυο τιμές είναι μικρή, γεγονός που επιβεβαιώνει τα συμπεράσματα προηγούμενων μελετών (Horvath & Symonds, 1991; Martin, 1998) ότι η σχέση συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος δεν επηρεάζεται όταν η εκτίμηση των μεταβλητών διαδικασίας και αποτελέσματος γίνεται από την ίδια πηγή, δεν παρουσιάζεται δηλαδή το φαινόμενο του επισκιασμού.

Χρόνος αξιολόγησης της συμμαχίας

Ο χρόνος κατά τον οποίο αξιολογείται η θεραπευτική συμμαχία φαίνεται να συνδέεται με το βαθμό συσχέτισης της με το τελικό αποτέλεσμα. Προκειμένου να γίνει αντιληπτός αυτός ο παράγοντας, είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ο τρόπος με τον οποίο η θεραπευτική συμμαχία αναπτύσσεται και εξελίσσεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Τρόπος ανάπτυξης της συμμαχίας

Η θεραπευτική συμμαχία οικοδομείται, σύμφωνα με τα ερευνητικά ευρήματα, μέσα στις πρώτες πέντε συνεδρίες και πιθανότατα φτάνει στο υψηλότερο σημείο κατά την τρίτη συνεδρία (Horvath, 1981, αναφ. στο Horvath & Luborsky, 1993). Μάλιστα, στα πλαίσια βραχυπρόθεσμης θεραπείας, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων έχει διαμορφώσει θεραπευτική συμμαχία στην πρώτη κιόλας συνεδρία (Sexton et al., 1996).

Προκειμένου να διερευνήσουν τον τρόπο με τον οποίο η θεραπευτική συμμαχία μεταβάλλεται και αναπτύσσεται, οι ερευνητές προχώρησαν σε μακροχρόνιες μελέτες παρακολουθώντας τις διακυμάνσεις της θεραπευτικής συμμαχίας τόσο στο πλαίσιο μιας συνεδρίας όσο και στο σύνολο της θεραπείας. Οι Horvath και Marx (1990) υποστήριξαν ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας παρατηρούνται κύκλοι ανάπτυξης και κάμψης της συμμαχίας ενώ οι Safran και συνεργάτες (1990) ισχυρίστηκαν ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας παρουσιάζονται συνεχείς ρήξεις και επανορθώσεις. Οι Gelso και Carter (1994) έδωσαν έμφαση στη σημασία που έχει η συμμαχία στη βραχυπρόθεσμη θεραπεία και υποστήριξαν ότι είναι απαραίτητη η εγκαθίδρυσή της κατά τα αρχικά στάδια, καθώς αρχικά η συμμαχία βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος και σε υψηλά επίπεδα ενώ στη συνέχεια περνά στο παρασκήνιο και έρχεται στην επιφάνεια μόνο όταν είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση προβλημάτων. Οι πελάτες ξεκινούν με μεγάλη αισιοδοξία και όρεξη για δουλειά αλλά στη συνέχεια αγανακτούν με τους περιορισμούς που τους τίθενται, και κατά συνέπεια η συμμαχία εξασθενεί. Σε μια επιτυχημένη θεραπεία η εκτίμηση της συμμαχίας αυξάνεται ξανά όσο η θεραπεία πλησιάζει στο τέλος της. Η καμπύλη δηλαδή της πορείας της θεραπευτικής συμμαχίας στο χρόνο έχει τη μορφή U (υψηλή-χαμηλή-υψηλή). Οι πρώτες προσπάθειες εμπειρικής τεκμηρίωσης του μοντέλου αυτού δεν το επιβεβαίωσαν (Kivlighan & Shaughnessy, 1995; Klee et al., 1990) καθώς η πορεία της συμμαχίας ήταν ανοδική καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας. Παρόμοια εικόνα έχει βρεθεί και στην έρευνα των Gaston και συνεργατών (1991) για θεραπεία κατάθλιψης όπου η προγνωστική αξία των αξιολογήσε-

ων της συμμαχίας αύξανε με την πρόοδο της θεραπείας. Ειδικότερα, οι αξιολογήσεις της συμμαχίας που έγιναν αργότερα στην θεραπεία ήταν υπεύθυνες για στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο μέρος της διακύμανσης της αποτελεσματικότητας στη συμπεριφορική (32%, 57% και 55% στην 5^η, 10^η, και 15^η συνεδρία, αντίστοιχα) και στη γνωσιακή θεραπεία (23%, 49%, και 57% αντίστοιχα). Ωστόσο, σε επόμενη έρευνά τους για τα πρότυπα ανάπτυξης της συμμαχίας, όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από τους θεραπευόμενους, οι Kivlighan και Shaughnessy (2000) παρατήρησαν τρία πρότυπα ανάπτυξης της συμμαχίας, ένα σταθερό, ένα γραμμικό και ένα με τη μορφή καμπύλης U. Επαλήθευσαν τα πρότυπα αυτά και σε επόμενη έρευνα και υποστήριξαν την ύπαρξη του μοντέλου των Gelso και Carter (1994) ως εκείνο που συσχετίζεται περισσότερο με το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Οι διακυμάνσεις της συμμαχίας, όπως περιγράφησαν παραπάνω, αντανακλώνται στα ερευνητικά ευρήματα που αφορούν στην επίδραση του χρόνου αξιολόγησής της στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι περισσότεροι ερευνητές αναφέρουν καλύτερη πρόγνωση του αποτελέσματος όταν βασίζεται στην αξιολόγηση της συμμαχίας νωρίς στη θεραπεία παρά αργότερα (Barber et al., 2000; Castonguay et al., 1996; Gaston et al., 1998; Hersoug et al., 2001; Joyce & Piper, 1998; Sexton, 1996) και μόνο δύο έρευνες παρουσιάζουν αντίθετα αποτελέσματα (Florsheim 2000; Gaston et al., 1991).

Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα των Barber και συνεργατών (2000) σε 86 ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη, γενικευμένη διαταραχή άγχους, και αποφευκτική ή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας που έλαβαν ψυχοδυναμικού τύπου θεραπεία, βρέθηκε ότι η εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας στη δεύτερη, πέμπτη και δέκατη συνεδρία προέβλεπε το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Δηλαδή, όσο υψηλότερη βαθμολογία είχε η θεραπευτική συμμαχία όπως αυτή αποτυπωνόταν στην αξιολόγηση του California Psychotherapy Alliance Scale, CALPAS τόσο χαμηλότερες ήταν οι τιμές κατάθλιψης όπως αποτυπώνονταν στο Beck Depression Inventory, BDI, από το σημείο αξιολόγησης της συμμαχίας και μέχρι τη λήξη της θεραπείας.

Στη μετά-ανάλυση του Horvath (2001) οι τιμές για την αρχική φάση της θεραπείας (συνεδρίες 1-5) ήταν 0,22 (N=130), για τη μέση της θεραπείας 0,19 (N=38 και για την τελική φάση ήταν 0,25 (N=42). Φαίνεται δηλαδή ότι οι τιμές όπως εμφανίζονταν στα αρχικά στάδια της θεραπείας παρέχουν μεγαλύτερη δυνατότητα για πρόγνωση του θεραπευτικού αποτελέσματος από εκείνες του μέσου, ενώ οι τιμές στο τέλος της θεραπείας είναι στα ίδια επίπεδα με εκείνα της αρχής. Τα ευρήματα δηλαδή συνηγορούν με το μοντέλο των Gelso και Carter (1994). Ο ερευνητής αναφέρει ότι πιθανά το άγχος και η δυσκολία να αντιμετωπίσει κανείς προβλήματα στο μέσο της θεραπείας να επηρεάζουν τη σχέση, ενώ τα ευεργετικά αποτελέσματα της θεραπείας να είναι υπεύθυνα για την καλύτερη αξιολόγησή της στην τελική φάση της θεραπείας.

Ωστόσο, δυο έρευνες βρήκαν υψηλές αρχικές αξιολογήσεις της συμμαχίας να συσχετίζονται με φτωχό θεραπευτικό αποτέλεσμα ή πρόωρη λήξη (Florsheim et al., 2000;

Joyce & Piper, 1998). Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι πολύ υψηλές αρχικές αξιολογήσεις μπορεί να οφείλονται σε μη ρεαλιστικές προσδοκίες και ανέφεραν ότι μια αρχική χαμηλή αξιολόγηση της συμμαχίας που αυξάνεται σταδιακά πιθανά να συσχετίζεται πιο αξιόπιστα με ένα καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Το θέμα της συσχέτισης της συμμαχίας με πρόωρη διακοπή της θεραπείας απασχόλησε και άλλους ερευνητές. Στη μετά-ανάλυση του Horvath (2001) υπάρχουν ενδείξεις ότι η εκτίμηση της συμμαχίας στην αρχική αξιολόγηση ή μετά την πρώτη συνεδρία είναι καλός προγνωστικός παράγοντας της πρόωρης διακοπής της θεραπείας (Barber et al., 1999; Mohl et al., 1991; Plotnicov, 1990; Tryon & Kane, 1993). Στην έρευνα των Barber και συνεργατών (2000), οι συγγραφείς αναφέρουν ότι τα δεδομένα τους αφορούν μόνο όσους έμειναν αρκετά στην θεραπεία, καθώς μόνο για αυτούς είχαν ευρήματα και στο τέλος της θεραπείας, και δηλώνουν ότι για όσους διακόπτουν νωρίτερα τη θεραπεία πιθανά να μην ισχύει η ίδια σχέση θεραπευτικής συμμαχίας και τελικού αποτελέσματος και επιπλέον το πρότυπο ανάπτυξης της συμμαχίας μέσα στο χρόνο να είναι διαφορετικό.

Σε ανάλυση των παραγόντων που οδήγησαν σε πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας σε 344 παιδιά και εφήβους, οι Garcia και Weisz (2002) ανέφεραν ότι ο παράγοντας που αξιολογούσαν οι θεραπευόμενοι ως τον κύριο υπεύθυνο για την πρόωρη διακοπή της θεραπείας ήταν τα προβλήματα της θεραπευτικής σχέσης. Ο παράγοντας αυτός εξηγούσε το 16% της διακύμανσης και ήταν ο μόνος που διέκρινε όσους εγκατέλειψαν πρόωρα τη θεραπεία από όσους την ολοκλήρωσαν. Ως χαρακτηριστικά των προβλημάτων της θεραπευτικής σχέσης αναφέρονταν η απουσία εμπλοκής και αφοσίωσης του θεραπευτή στο γονιό και στο παιδί που ήταν στη θεραπεία και μια πεποίθηση ότι ο θεραπευτής δεν ήταν ικανός ή αποτελεσματικός.

Σε έρευνα γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας ασθενών με αγοραφοβία των Emmelkamp και van der Hout (1983), οι ασθενείς που διέκοψαν πρόωρα ρωτήθηκαν για τα αίτια αυτής της ενέργειάς τους και ανέφεραν ότι αισθάνονταν αρνητικά απέναντι στο θεραπευτή τους. Σε μεταγενέστερη έρευνα οι Hansen και συνεργάτες (1992), διερεύνησαν τα αίτια της πρόωρης διακοπής της θεραπείας σε ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Οι ασθενείς που είχαν διακόψει πρόωρα χαρακτηρίζαν σε μεγαλύτερο βαθμό τους θεραπευτές τους ως αδιάφορους και χωρίς κατανόηση. Γενικότερα, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η ανάπτυξη μια θετικής συμμαχίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου μπορεί να είναι κρίσιμη στην αρχή της θεραπείας. Φαίνεται να υπάρχει ένα παράθυρο ευκαιρίας στις πρώτες συνεδρίες να εδραιωθεί μια βιώσιμη θεραπευτική σχέση, διαφορετικά ο θεραπευόμενος μπορεί να διακόψει πρόωρα (Mohl et al., 1991; Plotnicov, 1990; Tracey, 1986). Γι' αυτό οι θεραπευτές οφείλουν να είναι ιδιαίτερα προσεχτικοί στο κλίμα που διαμορφώνεται νωρίς στη θεραπεία και αφορά στη σχέση, και να αντιμετωπίζουν κάθε δυσκολία που εμφανίζεται στη σχέση μέσα στις πρώτες συνεδρίες (Bachelor & Horvath, 1999).

Τέλος, οι μεταβολές της συμμαχίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας φαίνεται ότι

αποτυπώνονται διαφορετικά ανάλογα με την πηγή αξιολόγησης. Στην έρευνα των Horvath και Marx (1990) η θεραπευτική συμμαχία εμφανιζόταν να έχει μια γραμμική, σταθερά ανοδική ανάπτυξη μέσα στο χρόνο σύμφωνα με τους θεραπευόμενους, ενώ σύμφωνα με τους θεραπευτές είχε μια αύξηση ως την πέμπτη συνεδρία, έπεφτε σε χαμηλά επίπεδα για τις δυο επόμενες συνεδρίες και είχε μια τάση ανάκαμψης στη συνέχεια, με τιμές που προσέγγιζαν εκείνες των αρχικών συνεδριών. Διαφορετική αντίληψη της μεταβολής της συμμαχίας μέσα στο χρόνο είχαν οι θεραπευτές και οι θεραπευόμενοι και στην έρευνα των Kivlighan και Shaughnessy (1995) ενώ σε παλιότερη έρευνα των Hartley και Strupp (1983) η δύναμη της συμμαχίας μειωνόταν από τις πρώτες προς τις τελευταίες συνεδρίες για όσους ολοκλήρωσαν την θεραπεία, ενώ αυξανόταν σε όσους διέκοψαν πρόωρα σύμφωνα με την αξιολόγηση του θεραπευτή. Πιθανά οι θεραπευτές να «προσπαθούσαν περισσότερο» όταν αντιλαμβάνονταν ότι οι θεραπείες δεν πήγαιναν καλά. Η ομάδα που είχε το καλύτερο αποτέλεσμα είχε τον υψηλότερο βαθμό στη θεραπευτική συμμαχία περίπου στην έκτη συνεδρία, ενώ η ομάδα με την φτωχή έκβαση παρουσίαζε μια μικρή μείωση στο ίδιο σημείο. Τέλος, στην έρευνα των Martin και συνεργατών (2000) βρέθηκε ότι οι ασθενείς έτειναν να θεωρούν τη συμμαχία ως σταθερή ενώ οι θεραπευτές και οι παρατηρητές τείνουν να επιδεικνύουν περισσότερες αλλαγές μέσα στο χρόνο. Οι ερευνητές εκτιμούν ότι οι θεραπευόμενοι είναι πιθανότερο να κρίνουν τη θεραπευτική συμμαχία ως θετική στη λήξη της θεραπείας, αν ήταν θετική η αρχική τους αξιολόγηση, καθώς τη θεωρούν σταθερή κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Για το λόγο αυτό υποστηρίζουν ότι οι θεραπευτές πρέπει να δημιουργούν θετικές συμμαχίες νωρίς στη θεραπευτική διαδικασία.

Συμπερασματικά, οι μεταβολές της θεραπευτικής συμμαχίας φαίνεται ότι ακολουθούν την εξελικτική φάση της ψυχοθεραπείας. Οι πρώτες τρεις με πέντε συνεδρίες είναι πολύ σημαντικές για την οικοδόμηση της θεραπευτικής συμμαχίας. Σε αυτές ο θεραπευτής συλλέγει πληροφορίες για το θεραπευόμενο και εκείνος με τη σειρά του προσπαθεί να συνδεθεί με τον άνθρωπο με τον οποίο θα μοιραστεί πολύ σημαντικές πληροφορίες για τη ζωή του. Οι πρώτες αντιδράσεις και τα εμπόδια στην ψυχοθεραπεία εμφανίζονται όταν αρχίζουν να ασχολούνται με τα ουσιαστικά προβλήματα του δεύτερου και αντανακλώνται στη θεραπευτική συμμαχία. Αν εντοπιστούν εγκαίρως και συζητηθούν, η θεραπευτική συμμαχία μπορεί να κινηθεί σε ένα πολύ πιο ουσιαστικό επίπεδο, όπου οι δυο πλευρές βιώνουν ένα στενό συναισθηματικό δεσμό και συντονίζουν πολύ καλά τις προσπάθειές τους για την αντιμετώπιση του προβλήματος του θεραπευόμενου (Σταλίκας, 2004).

Διαφορές που σχετίζονται με την θεραπευτική προσέγγιση του θεραπευτή

Σε μια επανεξέταση ερευνών που πραγματοποιήθηκαν από το 1976 ως το 1994 (Luborsky, 1994, αναφ. στο Horvath και Greenberg, 1994) αλλά και σε μεταγενέστερες έρευνες (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000) φάνηκε να μην υπάρχουν σημαντικές διαφορές που να συνδέονται με διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις όσον αφο-

ρά στη σχέση συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος. Συγκεκριμένα, οι Horvath και Symonds (1991) εξέτασαν συνολικά 20 έρευνες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν θεραπείες διαφορετικής προσέγγισης, ψυχοδυναμική, γνωσιακή και εκλεκτική. Οι συσχετίσεις για την κάθε προσέγγιση ήταν: 0,17 για την ψυχοδυναμική, 0,28 για την εκλεκτική και 0,26 για την γνωσιακή. Οι συσχετίσεις αυτές ήταν στατιστικά σημαντικές για κάθε προσέγγιση αλλά δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσά τους. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε πιο πρόσφατες μετά-αναλυτικές μελέτες (Martin et al., 2000; Horvath & Bedi, 2002). Σε ανάλογο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα των Krupnick και συνεργατών (1996), στην οποία υπολογίστηκε η συσχέτιση θεραπευτικής συμμαχίας και αποτελέσματος με τη μέθοδο των κλινικών δοκιμασιών. Ένα δείγμα 225 ασθενών που έπασχαν από κατάθλιψη κατανεμήθηκε τυχαία σε τέσσερις ομάδες που έλαβαν γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία με κλινικό χειρισμό και ψευδοφάρμακο με κλινικό χειρισμό. Η θεραπευτική συμμαχία αξιολογήθηκε στην τρίτη, ένατη και δέκατη πέμπτη συνεδρία και παρόλο που βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη συμμαχία και το θεραπευτικό αποτέλεσμα, οι διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των διαφορετικών προσεγγίσεων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Οι παραπάνω μεταβλητές και το είδος της επιρροής που βρέθηκε να ασκούν στη θεραπευτική συμμαχία παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 2).

Πίνακας 2

Μεταβλητές που επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος

Μεταβλητές	Είδος επίδρασης-συσχέτισης
Επίδραση ψυχομετρικού εργαλείου	Περιορισμένη
Πηγή δεδομένων (ασθενής, θεραπευτής ή παρατηρητής)	Οι αξιολογήσεις του θεραπευτή συσχετίζονται λιγότερο με το αποτέλεσμα από εκείνες του ασθενή ή ενός εξωτερικού παρατηρητή.
Φαινόμενο επισκιασμού (Halo effect)	Η σχέση συμμαχίας και αποτελέσματος δεν επηρεάζεται από την εκτίμηση των μεταβλητών από την ίδια πηγή.
Χρονική στιγμή αξιολόγησης της συμμαχίας	Καλύτερος προγνωστικός παράγοντας όταν η συμμαχία αξιολογείται νωρίς στην θεραπεία
Θεραπευτική προσέγγιση θεραπευτή	Μη-σημαντική

Συμμαχία και Θεραπευτικό Αποτέλεσμα στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία

Έως τη δεκαετία του 1970, οι συμπεριφοριστές δεν είχαν ασχοληθεί καθόλου με τη θεραπευτική σχέση και τη θεραπευτική συμμαχία. Οι θεωρητικές, κλινικές και ερευνητικές τους δραστηριότητες αφορούσαν κυρίως στις διάφορες τεχνικές και την αποτελεσματικότητά τους. Κατά συνέπεια, οι έρευνες που αφορούν στη συμβολή της θεραπευτικής συμμαχίας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι λιγότερες και μεταγενέστερες. Στην πρώτη τους μορφή, λάμβαναν τα δεδομένα τους αναδρομικά. Ωστόσο, παρά τους περιορισμούς, όσο αφορά στη μεθοδολογία τους, έδωσαν κάποιες ενδείξεις για τη συμβολή της θεραπευτικής συμμαχίας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα και υποκίνησαν το ενδιαφέρον για περισσότερες και καλύτερα σχεδιασμένες έρευνες.

Έρευνες με αναδρομικές εκτιμήσεις της θεραπευτικής συμμαχίας

Μια πρώτη διερεύνηση των εκτιμήσεων των θεραπειόμενων για τη θεραπεία τους και τους παράγοντες που την επηρεάζουν έγινε από τους Ryan και Gizynski, (1971), όπου ζητήθηκε από τους θεραπειόμενους, μετά τη λήξη της θεραπείας, να εκτιμήσουν αν τους βοήθησε περισσότερο η σχέση με το θεραπευτή τους ή οι τεχνικές. Αναφορές των θεραπειόμενων ότι τους άρεσε ο θεραπευτής τους και αισθάνονταν και οι ίδιοι αρεστοί σε αυτόν, τον θεωρούσαν άνθρωπο με αυτοπεποίθηση και πειθώ που γεννά θετικές προσδοκίες και γενικά η έκφραση ικανοποίησης από τα αποτελέσματα της θεραπείας τους, συνδέονταν με καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Σε συμπεριφορική θεραπεία παραπτωματικών εφήβων και των οικογενειών τους (Alexander et al., 1976), οι εκτιμήσεις παρατηρητών έδειξαν ότι χαρακτηριστικά της θεραπευτικής δομής και της σχέσης, όπως η παροχή κατευθυντήρων οδηγιών και η ζεστασιά αντίστοιχα, συσχετίζονταν με το θεραπευτικό αποτέλεσμα και ήταν υπεύθυνα από κοινού για το 60% της διακύμανσής του. Σε έρευνα θεραπείας συμπεριφοράς αγοραφοβικών ασθενών (Mathews et al., 1976), η έκφραση συμπάθειας και η ενθάρρυνση αξιολογούνταν ως ιδιαίτερα βοηθητικά στοιχεία της θεραπείας. Σε θεραπεία ειδικής φοβίας φιδιών (Morris & Suckerman, 1974a, 1974b) όπου χρησιμοποιήθηκε μια καθαρά συμπεριφορική τεχνική, η συστηματική απευαισθητοποίηση, βρέθηκε ότι οι θεραπειόμενοι που εκτιμούσαν ότι οι θεραπευτές τους εξέπεμπαν ζεστασιά, βελτιώνονταν περισσότερο σε σύγκριση με όσους αξιολογούσαν τους θεραπευτές τους ως ψυχρούς. Επιπλέον, ένα χρόνο μετά τη θεραπεία έκθεσης ασθενών με φοβία και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Rabavilas, Boulougouris, & Perissaki, 1979), συμπεριφορές του θεραπευτή όπως η κατανόηση, το ενδιαφέρον και η εκτίμηση καθώς και η ενθαρρυντική του στάση στη διεξαγωγή της θεραπείας σχετίζονταν θετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι παραπάνω έρευνες, παρά τα ενδιαφέροντα ευρήματά τους, λόγω της αναδρομικής συλλογής των δεδομένων τους, δεν μπορούν να καταλήξουν σε συμπεράσματα σχετικά με τον ρόλο της συμμαχίας ως αιτιολογικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος καθώς η καλή θεραπευτική έκβαση μπορεί να επηρεάζει τους θεραπειόμενους ώστε να ανακαλούν θετικά τους θεραπευτές τους.

Πριν παρουσιαστούν οι έρευνες διαδικασίας για τη θεραπευτική συμμαχία στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και οι έρευνες για την προγνωστική αξιοπιστία της συμμαχίας, αξίζει να αναφερθεί μια ακόμα έρευνα, των Pearsons και Burns (1985), που οι Raue και Goldfried (1994) τοποθετούν σε εκείνες με την αναδρομική συλλογή δεδομένων, ωστόσο έχει διαφορετική μεθοδολογία και αποτελεί τον πρόδρομο των ερευνών διαδικασίας.

Στην έρευνα αυτή, οι Pearsons και Burns (1985) εξέτασαν την επίδραση μιας γνωσιακής τεχνικής και της σχέσης, σε ενδο-συνεδριακές μεταβολές σε γνωσιακή θεραπεία ασθενών με κατάθλιψη. Οι ερευνητές επέλεξαν μια συνεδρία που είχε γίνει παρέμβαση ανασκευής μιας δυσλειτουργικής αυτόματης σκέψης και αξιολόγησαν το συναίσθημα και την ένταση της πεποίθησης που αφορούσε στην αυτόματη σκέψη στην οποία έγινε η παρέμβαση, στην αρχή και στο τέλος της συνεδρίας. Στη λήξη της συνεδρίας βρέθηκε ότι η μεταβολή στην πεποίθηση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης, που αφορούσε παράγοντες όπως η ζεστασία, η ενσυναίσθηση και η εμπιστοσύνη, ασκούσαν ανεξάρτητες και προστιθέμενες επιδράσεις στην αλλαγή της διάθεσης όπως αυτή συνέβαινε κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ($r=0,64$ και $0,71$ αντίστοιχα). Και οι δυο μεταβλητές ήταν υπεύθυνες από κοινού για το 66% της επίδρασης στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η έρευνα έχει κάποιους περιορισμούς καθώς οι συγγραφείς ήταν ταυτόχρονα και οι θεραπευτές γεγονός που είναι πιθανό να έχει προκαλέσει ένα φαινόμενο επισκιασμού στις εκτιμήσεις των θεραπευόμενων.

Συγκριτικές έρευνες διαδικασίας

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι συγκριτικές έρευνες διαδικασίας για την επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Σε έρευνα γνωσιακής θεραπείας 26 ασθενών με σχιζοφρένεια και άλλες χρόνιες ψυχικές παθήσεις, η συμμαχία συσχετιζόταν θετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Svensson & Hansson, 1999). Σε γνωσιακή θεραπεία κατάθλιψης, η συμμαχία όπως αξιολογήθηκε από το θεραπευόμενο, συσχετιζόταν με βελτίωση στη λήξη της θεραπείας και ήταν υπεύθυνη για το 53% της συνολικής διακύμανσης (Marmar et al., 1989). Σε συγκριτική έρευνα δι-απροσωπικής θεραπείας, γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, φαρμακοθεραπείας και ψευδοφαρμάκου σε 225 ασθενείς με κατάθλιψη, η συμμαχία βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά το κλινικό αποτέλεσμα ανεξαρτήτως θεραπευτικής προσέγγισης.

Άλλες έρευνες προσπάθησαν να συσχετίσουν τη συμμαχία όχι με την επιτυχή έκβαση αλλά και με την πρόωρη διακοπή. Σε έρευνα του Ford (1978), εξετάστηκε η προγνωστική αξία του θεραπευτικού δεσμού σε εκπαίδευση διεκδικητικής συμπεριφοράς στο πλαίσιο γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εκτίμηση του θεραπευτικού δεσμού από το θεραπευόμενο μετά την τρίτη συνεδρία προέβλεπε την πρόωρη διακοπή θεραπείας, ενώ μετά την έκτη συνεδρία προέβλεπε το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αν ήταν άμεση αλλά όχι όταν γινόταν δύο μήνες μετά. Σε μεταγενέστερες έρευνες σε θεραπεία

αγοραφοβίας και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, οι θεραπευόμενοι που ήταν ολοφάνερα δυσαρεστημένοι με τους θεραπευτές τους, τους χαρακτήριζαν αδιάφορους και χωρίς κατανόηση, και διέκοπταν νωρίτερα από το προβλεπόμενο (Emmelkamp & van der Hout, 1983; Hansen et al., 1992).

Ωστόσο, μια σειρά ερευνών παρουσίασαν αποτελέσματα που όχι μόνο δεν επιβεβαίωσαν τη συνεισφορά της θεραπευτικής συμμαχίας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα αλλά επιπλέον προκάλεσαν προβληματισμό αναφορικά με τον τρόπο δημιουργίας και ενδυνάμωσης της θεραπευτικής σχέσης και το ρόλο της στη θεραπευτική διαδικασία. Σε έρευνα της Sloane και συνεργατών (1975), που αφορούσε ψυχανάλυση και θεραπεία συμπεριφοράς ασθενών με νευρώσεις και διαταραχές προσωπικότητας, η θεραπευτική συμμαχία αξιολογήθηκε από εξωτερικούς κριτές. Παρά το γεγονός ότι οι κριτές αξιολογούσαν τους θεραπευτές συμπεριφοράς ότι επιδείκνυαν υψηλότερα ποσοστά ενσυναίσθησης, γνησιότητας και διαπροσωπικής επαφής από τους ψυχαναλυτές, αυτές οι εκτιμήσεις δεν συσχετιζόνταν με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Σε γνωσιακή θεραπεία κατάθλιψης, οι DeRubeis και Feeley (1990) εξέτασαν τη σχέση συγκεκριμένων γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών καθώς και μεταβλητών της γενικότερης θεραπευτικής διαδικασίας, όπως η θεραπευτική συμμαχία, στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Βρήκαν ότι η ποσότητα των «συγκεκριμένων» τεχνικών στη δεύτερη συνεδρία συσχετιζόταν σημαντικά με επακόλουθη μεταβολή των συμπτωμάτων, σε αντίθεση με τη θεραπευτική συμμαχία που δεν προέβλεπε αλλαγή μετά τη δεύτερη συνεδρία. Επιπλέον, αργότερα στη θεραπεία, η προηγούμενη μείωση των συμπτωμάτων αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα της θεραπευτικής συμμαχίας, υποδεικνύοντας ότι η βελτίωση των συμπτωμάτων οδηγεί στη δημιουργία καλών συμμαχιών και όχι το αντίστροφο. Μεταγενέστερη έρευνα των ίδιων ερευνητών (Feeley et al., 1999), επιβεβαίωσε εν μέρει τα παραπάνω αποτελέσματα. Η δημιουργία συμμαχίας κατά τις αρχικές θεραπευτικές συνεδρίες δε βοηθούσε σημαντικά στην πρόβλεψη της αλλαγής των συμπτωμάτων του ασθενή. Ωστόσο, η μεταβολή στα συμπτώματα στο δεύτερο και στο τρίτο τεταρτημόριο της θεραπείας δεν αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα της θεραπευτικής συμμαχίας. Τέλος, η γενικότερη εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας συσχετιζόταν ακόμα λιγότερο με το θεραπευτικό αποτέλεσμα από ότι στην πρώτη έρευνα, $r = 0,39$, $P < 0,06$, μόνο για το τρίτο τεταρτημόριο. Οι ερευνητές υποστήριζαν ότι: *«η μεταβλητή της θεραπευτικής συμμαχίας συμπεριφέρεται περισσότερο ως προϊόν, παρά ως η αιτία της θεραπευτικής αλλαγής»* (σελ. 581).

Οι Rubino και συνεργάτες (2000) υποστήριζαν ότι η ανάπτυξη της συμμαχίας είναι σημαντικότερη από τις τεχνικές παρεμβάσης κυρίως στην αρχή της θεραπείας ενώ οι Safran και Segal (1990), και Safran και Wallner (1991) δήλωσαν ότι η συμμαχία θα μπορούσε να είναι καλύτερος προγνωστικός παράγοντας όταν το θεραπευτικό αποτέλεσμα αξιολογείται συνολικά, με μια τιμή που δείχνει τη συνολική επιτυχία, παρά στη βάση αξιολογήσεων σε συγκεκριμένα ερωτηματολόγια όπως το κατάθλιψης του Beck ή το SCL-90R, όπως φάνηκε

στην έρευνα που διεξήγαγαν. Ωστόσο, ανεξάρτητα από τις θεωρητικές αναφορές και υποθέσεις, και άλλες έρευνες σε γνωσιακή θεραπεία κατάθλιψης υποστήριξαν την πιθανότητα η βελτίωση της συμμαχίας να έπεται της εμφάνισης σημαντικών γνωσιακών αλλαγών και της βελτίωσης των συμπτωμάτων. Στην έρευνα των Gaston και συνεργατών (1988) σε γνωσιακή θεραπεία κατάθλιψης, η θεραπευτική συμμαχία όταν μετρούνταν κοντά στον τερματισμό της θεραπείας, ήταν υπεύθυνη για 36% έως 57% της μεταβολής του θεραπευτικού αποτελέσματος, χωρίς να επηρεάζεται από την αρχική συμπτωματολογία και τη βελτίωση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίχθηκαν στη συνέχεια από την έρευνα των Barber και συνεργατών (2000), οι οποίοι έδειξαν ότι η στενή συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα παραμένει σημαντική ακόμη και αν απομονωθεί η επίδραση της μείωσης των συμπτωμάτων στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επιπλέον, στα πλαίσια της διερεύνησης των ξαφνικών κερδών κατά την διάρκεια της θεραπείας, βρέθηκε ότι η θεραπευτική συμμαχία ήταν υψηλότερη στη συνεδρία μετά τα ξαφνικά θεραπευτικά κέρδη συγκριτικά με τη συνεδρία που προηγούνταν αυτών (Tang, & DeRubeis, 1999a, 1999b). Παρόμοια, οι εύστοχες ερμηνείες σε ψυχοδυναμική θεραπεία ακολουθούνται από βελτίωση της συμμαχίας (Crits-Cristoph, Barber, & Kurcias, 1993). Τέλος, χρησιμοποιώντας διαφορετική μεθοδολογία, ο Mallinckrodt (1996) υποστήριξε ότι η βελτίωση της θεραπευτικής συμμαχίας δε συνδέεται άμεσα αλλά έμμεσα με τη μείωση των συμπτωμάτων. Η διαμόρφωση μιας θετικής θεραπευτικής συμμαχίας εφοδιάζει τον πελάτη με κοινωνικές δεξιότητες που τον βοηθούν να αξιοποιήσει τις υπάρχουσες κοινωνικές σχέσεις του αλλά και να διαμορφώσει καινούριες. Με τον τρόπο αυτό αυξάνει η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει από το περιβάλλον του, η οποία με τη σειρά της συνεισφέρει στη μείωση της δυσφορίας που βιώνει ο ασθενής. Βελτίωση στη θεραπευτική συμμαχία σχετίζεται με βελτίωση στην κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει ο ασθενής, ωστόσο οι αλλαγές στην υποστήριξη βρέθηκαν να είναι σημαντικότερες από αλλαγές στην συμμαχία για την ανακούφιση από τα συμπτώματα.

Τα παραπάνω ευρήματα οδήγησαν αρκετούς ερευνητές να αμφισβητήσουν την επικρατούσα αντίληψη ότι η θεραπευτική συμμαχία αποτελούσε την αιτία της θεραπευτικής αλλαγής και να υποστηρίξουν ότι η βελτίωση των συμπτωμάτων οδηγεί στην δημιουργία εποικοδομητικών συμμαχιών και όχι το αντίθετο (DeRubeis et al., 2005; Kazdin & Nock, 2003; Kazdin, 2005). Εκείνο που θα μπορούσε να υποστηριχθεί με ασφάλεια είναι ότι τα παραπάνω ευρήματα εγείρουν ερωτηματικά αναφορικά με την κατεύθυνση της επίδρασης, αν δηλαδή η συμμαχία επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα ή η βελτίωση της συμμαχίας έπεται της βελτίωσης των συμπτωμάτων. Ο προβληματισμός αυτός οδήγησε στη θεώρηση της σχέσης της συμμαχίας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα ως μια ατέρμονη εναλλασσόμενη αλυσίδα (upward spiral) όπου ο κάθε παράγοντας τροφοδοτεί τον επόμενο, χωρίς ωστόσο

να έχει διευκρινιστεί ποιος παράγοντας αποτελεί τον κινητήριο μοχλό αυτής της διαδικασίας.

Σε μια πρόσφατη έρευνα που αφορούσε διαταραχή πανικού με και χωρίς αγοραφοβία (Casey et al., 2005) όπου συγκρίθηκαν τρεις θεραπευτικές συνθήκες, (θεραπεία κανονικής διάρκειας, σύντομη θεραπεία και θεραπεία μέσω υπολογιστή), με λίστα αναμονής ως ομάδα ελέγχου, η θεραπευτική συμμαχία από μόνη της, όπως μετρήθηκε στο τέλος της τρίτης συνεδρίας, δεν προέβλεπε αλλαγή στη βαρύτητα του πανικού, εύρημα που οδήγησε τους ερευνητές να υποστηρίζουν ότι η βελτίωση που παρατηρείται στη διαταραχή πανικού μετά από γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία δεν μπορεί να αποδοθεί αποκλειστικά στην επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας. Αντίθετα, η συμμαχία φάνηκε να παίζει κάποιο ρόλο στην διευκόλυνση γνωσιακών αλλαγών, όπως η καταστροφολογική ερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων και η πεποίθηση για την ικανότητα διαχείρισης του πανικού. Η συσχέτιση αυτή εμφανιζόταν στο δεύτερο μισό της θεραπείας και αφού είχε μειωθεί η βαρύτητα του πανικού. Το εύρημα αυτό οδήγησε τους συγγραφείς να εκφράσουν την πιθανότητα οι γνωσιακές αλλαγές να ενδυναμώνουν τη συμμαχία και όχι το αντίθετο. Τέλος, ένα ακόμα εύρημα της έρευνας έδωσε μια άλλη ενδιαφέρουσα διάσταση. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων στην έναρξη της θεραπείας επιδρούσε αρνητικά στην εκτίμηση της συμμαχίας από τους ασθενείς. Συγκεκριμένα υψηλότερα επίπεδα βαρύτητας πανικού κατά την έναρξη συνδέονταν με χειρότερη εκτίμηση της συμμαχίας στην τρίτη συνεδρία, εύρημα που δεν είχε επιβεβαιωθεί σε διαταραχή πανικού.

Συνοψίζοντας, όταν η συμμαχία εξετάζεται στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης θεραπείας, όπως η γνωσιακή-συμπεριφορική, η επίδραση της στο θεραπευτικό αποτέλεσμα φαίνεται να είναι περίπλοκη. Σύμφωνα με τον DeRubeis (2005) ο ρόλος της συμμαχίας είναι διαφορετικός από εκείνον που έχει σε θεραπείες όπου οι θεραπευτές χρησιμοποιούν τεχνικές από περισσότερες από μια κατευθύνσεις. Αν και κάποια αποτελέσματα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η συμμαχία οδηγεί σε βελτίωση των συμπτωμάτων (Castonguay et al., 1996; Krupnick et al., 1996; Luborsky et al., 1985; Raue et al., 1997) άλλες έρευνες δεν βρίσκουν τέτοια σχέση (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley et al., 1999; Safran & Wallner, 1991). Η μη σταθερή επίδραση της συμμαχίας σε διαφορετικές θεραπείες οδήγησε αρκετούς να υποστηρίζουν ότι αυτή η σχέση μπορεί να έχει διαφορετική λειτουργία σε διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις (Gaston et al., 1998; Safran & Wallner, 1991). Οι περισσότερες έρευνες στη γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αφορούν σε θεραπεία κατάθλιψης. Αυτό αποτυπώνεται σε πρόσφατη αναδρομή ερευνών (Keijsers et al., 2000) όπου η συμμαχία φαίνεται να επηρεάζει σταθερά το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία κατάθλιψης (Gaston et al., 1991; Marmar et al., 1989), και διαταραχών συναισθήματος (Horvath & Greenberg, 1986; Muran et al., 1995; Raue et al., 1993) με μόνο μία έρευνα (Krupnick et al., 1994) να μην παρουσιάζει συσχέτιση, ενώ είναι ελάχιστες οι έρευνες που αφορούν σε άλλες διαταραχές, όπως οι διαταραχές άγχους.

Οι Διαταραχές Άγχους

Ο ρόλος της θεραπευτικής συμμαχίας στη θεραπεία διαταραχών άγχους προσέλκυσε το ενδιαφέρον των θεωρητικών των κοινών παραγόντων αλλά και των θεραπειών της γνωσιακής-συμπεριφορικής κατεύθυνσης πολύ πρόσφατα. Ωστόσο, για να διαφανεί η αιτία αυτού του ενδιαφέροντος είναι απαραίτητο να παρουσιαστούν εν συντομία κάποια στοιχεία που αφορούν στις διαταραχές άγχους καθώς και η διαμάχη που ξεκίνησε στο πλαίσιο του μοντέλου των κοινών παραγόντων και των συμπερασμάτων στα οποία οδήγησε, σχετικά με την αποτελεσματικότητα διαφορετικών θεραπειών για συγκεκριμένες διαταραχές.

Επιδημιολογικά στοιχεία, κοινωνικό και οικονομικό κόστος και συν-νοσηρότητα των αγχωδών διαταραχών

Οι διαταραχές άγχους αποτελούν συχνές ασθένειες σύμφωνα με τα δεδομένα της διεθνούς αλλά και της ελληνικής βιβλιογραφίας με μεγάλο κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Συγκεκριμένα, 26,9 εκατομμύρια άνθρωποι εμφανίζουν μια διαταραχή άγχους κατά τη διάρκεια της ζωής τους και 15,7 εκατομμύρια νοσούν κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Mendlowicz & Stein, 2000). Στον Καναδά, παλαιότερη επιδημιολογική έρευνα έδειξε ότι περίπου 30 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν νοσήσει κάποια στιγμή στη ζωή τους (Leon et al., 1995). Σύμφωνα με έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι διαταραχές άγχους πλήττουν 10,2% του πληθυσμού (Lepine, 2001), ενώ η συν-νοσηρότητα με την κατάθλιψη κυμαίνεται σε ποσοστό από 14-19% στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στον Καναδά (Kessler et al., 1994). Το κόστος τους υπολογίστηκε στη Μεγάλη Βρετανία στα 373 εκατομμύρια λίρες το 1985 (Croft-Jeffreys & Wilkinson, 1989 στο Σωτηροπούλου, 2005), στα 46,6 δισεκατομμύρια δολάρια το 1990 (Rice & Miller, 1998, στο Σωτηροπούλου, 2005) και στις ΗΠΑ στα 63,1 δισεκατομμύρια δολάρια το 1998 (Greenberg et al., 1999, στο Σωτηροπούλου, 2005). Οι ηλικίες που πλήττονται είναι κυρίως νέοι, από 25 έως 44 ετών.

Στην Ελλάδα τα δεδομένα είναι παρόμοια με εκείνα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Διαταραχές Άγχους είναι η διάγνωση που έλαβε το 14,2% των ασθενών που εξήλθε από τα ψυχιατρικά ιδρύματα της χώρας κατά τη διάρκεια ενός έτους (Μαδιανός, 1983) και το 29,4% όσων επισκέφθηκαν τη νεοσύστατη ψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου των Ιωαννίνων (Αγγελόπουλος και συν., 1987) ενώ το γενικευμένο άγχος πλήττει το 15,6% του γενικού πληθυσμού των Αθηνών (Mavreas et al., 1986). Σε έρευνα που διεξήχθη υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Αθήνα βρέθηκε ότι 13,4% του γενικού πληθυσμού υποφέρει από γενικευμένη διαταραχή άγχους κατά ICD-10 (Mavreas et al., 1995). Οι πάσχοντες πλήττονται επιπλέον από ανεργία και ως εκ τούτου οδηγούνται σε οικονομική εξάρτηση.

Συγκεκριμένα, ενώ το ποσοστό ανεργίας για έναν άνδρα χωρίς ψυχιατρική διαταραχή φτάνει το 20%, στους άνδρες με φοβίες ανέρχεται στο 36%, με ιδεοψυχαναγκαστική διατα-

ραχή στο 45% και με διαταραχή πανικού εκτινάσσεται στο 60%. Το 30-80% όσων νοσούν από διαταραχή άγχους έχει μια ακόμη τουλάχιστον διαταραχή, κυρίως μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Lessen et al., 1988, αναφ. στο Σωτηροπούλου 2005) ενώ η προβληματική χρήση ή κατάχρηση νόμιμων ή παράνομων ουσιών δεν είναι σπάνια (Kosten et al., 2000; Kushner et al., 2000, αναφ. στο Σωτηροπούλου 2005). Επιπλέον, οι διαταραχές άγχους επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των πασχόντων ακόμα και σε υποουδικές μορφές (Mendlowicz & Stein, 2000).

Από τα παραπάνω στοιχεία γίνεται φανερό ότι οι διαταραχές άγχους αποτελούν συχνές ασθένειες που πλήττουν νέους ανθρώπους στην παραγωγική τους ηλικία και δυσχεραίνουν την επαγγελματική, κοινωνική και οικογενειακή τους ζωή. Για το λόγο αυτό η διερεύνηση των δραστικών στοιχείων της θεραπείας τους αποτελεί αντικείμενο θεωρητικού, κλινικού και ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Το μοντέλο των κοινών παραγόντων

Το μοντέλο των κοινών παραγόντων εμφανίστηκε στη βιβλιογραφία στη δεκαετία του 1970. Στηρίχθηκε στα ευρήματα ερευνών που συνέκριναν διαφορετικού τύπου ψυχοθεραπείες και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι διαφορές στην αποτελεσματικότητά τους ήταν εξαιρετικά μικρές (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Smith & Glass, 1977). Το εύρημα αυτό οδήγησε στη δημιουργία ενός «ρεύματος» που χαρακτηριζόταν από την αρχή *«όλοι κερδίζουν και άρα όλοι δικαιούνται βραβεία»*, και έμεινε στην βιβλιογραφία ως *«η ετυμηγορία του πουλιού που υπεκφεύγει»* με κύριο εκφραστή τον Luborsky (1975). Οι ερευνητές υποστήριξαν ως λογικό συμπέρασμα των ευρημάτων τους, ότι κάποιος παράγοντας, κοινός σε όλες τις ψυχοθεραπείες, θα μπορούσαν να είναι υπεύθυνος σε μεγάλο βαθμό για την βελτίωση που παρατηρείται. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν *«πληθώρα δραστηριοτήτων, στοιχείων και χαρακτηριστικών της ψυχοθεραπείας, των θεραπευόμενων και των θεραπειών»* (Kazdin, 2005, σελ 184). Από τους κοινούς παράγοντες, η θεραπευτική σχέση ερευνήθηκε σε μεγάλο βαθμό και φάνηκε να παίζει πρωταρχικό ρόλο στη διαμόρφωση του τελικού αποτελέσματος (Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001). Τις δύο τελευταίες δεκαετίες, η θεραπευτική συμμαχία αναδείχτηκε στον κοινό παράγοντα που συχνότερα φάνηκε να συσχετίζεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε διαφορετικές ψυχοθεραπείες (Gaston, 1990; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al. 2000). Αυτό οδήγησε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν λίγες ενδείξεις ότι κάποιο είδος ψυχοθεραπείας υπερτερεί στη θεραπεία συγκεκριμένων προβλημάτων, καθώς οι μη ειδικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για το μεγαλύτερο μέρος της βελτίωσης. Στην πιο ακραία τους μορφή, τα συμπεράσματα κατέληγαν στην διαπίστωση ότι οι τεχνικές έχουν μικρή αν όχι καθόλου επίδραση σε μια επιτυχημένη θεραπεία (Stiles et al., 1986, Strupp et al., 1979).

Οι θέσεις αυτές προκάλεσαν πολλές αντιδράσεις. Κάποιοι ερευνητές συμφωνούν με τη θέση ότι οι κοινός παράγοντες ευθύνονται για ένα μέρος της θεραπευτικής αλλαγής

(Beutler, 2002; Castonguay 2005). Ωστόσο, ασκούν κριτική στον Luborsky για τη μεθοδολογία μέσω της οποίας προχώρησε στα εν λόγω συμπεράσματα αλλά και για τη συμβολή του στην ενίσχυση του ρόλου της θεραπευτικής σχέσης που οδήγησε στην αναγωγή της σε κυρίαρχο ρυθμιστή του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Συγκεκριμένα, ο Beutler (2002) άσκησε κριτική στη μεθοδολογία του Luborsky καθώς σε ανάλυση που έκανε στα δεδομένα του τελευταίου χρησιμοποιώντας διαφορετικά τις μεταβλητές (βαρύτητα και πολυπλοκότητα του προβλήματος και προσωπικότητα αντί για διάγνωση, και ομάδες διαφορετικών θεραπευτικών διαδικασιών αντί για θεραπευτικές σχολές) φάνηκαν πολλές διαφορετικές επιδράσεις του είδους της θεραπείας στο αποτέλεσμα (Beutler, 1979). Σύμφωνα με τον ερευνητή, ο Luborsky (1975) αναγάγει τους περίπου 100 διαφορετικούς τύπους ασθενών σε μία ομάδα και τους 400 διαφορετικούς τύπους και διαδικασίες ψυχοθεραπείας σε μισή ντουζίνα. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι *«για ασθενείς με κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, φοβίες, άλλες αγχώδεις διαταραχές και 'μεικτές νευρώσεις', μειώνει τις 150 θεραπείες που έχουν εμπειρικά καθοριστεί (Chambless & Ollendick, 2001) σε πέντε και μετά προσθέτει μια επίσης ασαφή 'φαρμακοθεραπεία'»* (Beutler, 2002 σελ. 30-31). Επιπλέον, όσον αφορά στο ρόλο της θεραπευτικής σχέσης στο αποτέλεσμα, ο Beutler (2002) αναφέρει ότι ενισχύθηκε σε τέτοιο βαθμό από τον Luborsky (1975), ώστε κάποιοι ερευνητές υποστήριζαν ότι οι παράγοντες της σχέσης ευθύνονται για το 80% της μεταβολής του αποτελέσματος (Andrews, 2000). Ωστόσο, όλες οι μετά-ανάλυσεις (Horvath & Symmonds, 1991; Martin, 2000) εκτίμησαν το μέγεθος επίδρασης γύρω στο 0,20, τιμή που μεταφράζεται σε ποσοστό 10%, ως υπεύθυνο για την μεταβολή στο αποτέλεσμα. Ο Beutler (2002) καταλήγει ότι *«θα χρειαζόταν μια καλύτερη εξήγηση πριν κανείς μετατρέψει το «πουλί που υπεκφεύγει» σε ένα φοίνικα, με τον τίτλο 'θεραπευτική συμμαχία'»* (σελ. 32).

Ο Kazdin, (2005) υποστηρίζει ότι το συμπέρασμα ότι ευθύνονται οι κοινοί παράγοντες επειδή δυο θεραπείες παράγουν παρόμοια αποτελέσματα είναι αυθαίρετο.

Κατά τη γνώμη του, η βιβλιογραφία για τη θεραπευτική συμμαχία έχει πολλά απάντητα ερωτηματικά, που δεν επιλύονται όλα με τη διερεύνηση της συσχέτισης της συμμαχίας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, όπως το αν η συμμαχία αντλεί την ισχύ της από άλλες μεταβλητές ή ακολουθεί αντί να προηγείται των αλλαγών. Για τους λόγους αυτούς δεν είναι εύκολο να εξηγηθεί το ποσοστό της στη μεταβολή του αποτελέσματος. Με άλλα λόγια, το μέγεθος που εκτιμά την επίδραση μεταξύ δύο μεταβλητών, έχει μικρή αξία αν δεν γνωρίζουμε τι εξηγεί η καθεμία από αυτές ή και οι δύο, ποια προηγείται και ποια έπεται. Ο Klein (2002) υποστηρίζει ότι ο Luborsky (1975) ονόμασε μεγάλα μεγέθη επίδρασης εκείνα που ήταν ασυνήθιστα στη βιβλιογραφία και μικρά εκείνα που ήταν πολύ συχνά, γεγονός που δεν σχετίζεται με κανένα τρόπο με τη αξία που αντιπροσωπεύουν για απλά, πρακτικά ζητήματα που αφορούν στη ζωή των ανθρώπων, όπως τη δυνατότητά τους να ξαναπάνε στη δουλειά τους. Η θέση ότι μια έρευνα έχει μέγεθος επίδρασης που είναι ασυνήθιστα μεγάλο

συγκρινόμενο με εκείνο άλλων ερευνών, σύμφωνα τον συγγραφέα, δε σημαίνει τίποτα.

Ο Castonguay (2005) υποστηρίζει ότι δεν θα πρέπει να αγνοεί κανείς τους παράγοντες της σχέσης, όπως άλλωστε συνιστούν και τα περισσότερα θεραπευτικά εγχειρίδια. Ωστόσο εκφράζει την αντίθεσή του στην εξίσωση όλων των θεραπειών και στη ρήση *«όλοι κερδίζουν και άρα όλοι δικαιούνται βραβεία»* και για να υποστηρίξει τη θέση του αναφέρει το παράδειγμα των γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών και την ξεχωριστή συμβολή τους σε συγκεκριμένα είδη διαταραχών άγχους και υποστηρίζει ότι οι εν λόγω τεχνικές θα πρέπει να θεωρούνται *«πρώτη γραμμή επίθεσης»* όταν αντιμετωπίζει κανείς τέτοιου είδους προβλήματα (Castonguay et al., 1996).

Στην ίδια κατεύθυνση κινούνται και άλλοι ερευνητές. Ο Barlow (1994) αναφέρει ότι ανεξάρτητα από την *«ετυμολογία του πουλιού που υπεκφεύγει»* ότι όλες οι ψυχοθεραπείες είναι όμοιας αποτελεσματικότητας, ορισμένες διαταραχές όπως για παράδειγμα ο πανικός και οι φοβικές διαταραχές απαιτούν ως απαραίτητο στοιχείο της αποτελεσματικής θεραπείας τους δομημένους στόχους έκθεσης, γεγονός που είναι γνωστό στους θεραπευτές από την εποχή του Freud. Ο DeRubeis και συνεργάτες (2005) υποστηρίζουν ότι η παραπλανητική *«ετυμολογία»* βασίζεται εν μέρει σε λάθος ερωτήσεις καθώς ρωτά για την αποτελεσματικότητα διαφορετικών θεραπειών αγνοώντας το πρόβλημα το οποίο καλούνται να λύσουν. Αν και υπάρχουν ενδείξεις για παρεμφερή αποτελεσματικότητα διαφορετικών θεραπειών δεν είναι αληθές ότι δεν υπάρχουν ενδείξεις υπεροχής. Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις συγκριτικών μελετών αποτελεσματικότητας όπου έχει φανεί ότι μια συγκεκριμένη θεραπεία είναι περισσότερο αποτελεσματική από κάποια άλλη για μια συγκεκριμένη διαταραχή (DeRubeis et al., 2005). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερα είδη προβλημάτων για τα οποία υπάρχουν αποτελεσματικές και ειδικές θεραπείες: έκθεση και εμποδισμός απάντησης για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, γνωσιακή θεραπεία για τη διαταραχή πανικού, έκθεση για τη μετατραυματική διαταραχή άγχους, και γνωσιακή-συμπεριφορική ομαδική θεραπεία για την κοινωνική φοβία. Κάποια δηλαδή θεραπεία είναι πιο αποδοτική από κάποια άλλη, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι τεχνικές μπορούν να κάνουν την διαφορά.

Συμπερασματικά, οι θέσεις του Luborsky (1975) προκάλεσαν αντιδράσεις για δύο κυρίως λόγους. Πρώτον, για την εξίσωση όλων των θεραπευτικών προσεγγίσεων και την αναγωγή των κοινών παραγόντων σε αίτιο της βελτίωσης και δεύτερον για την ενίσχυση του ρόλου της θεραπευτικής συμμαχίας ως σημαντικότερο κοινό παράγοντα άρα και κυρίαρχο ρυθμιστή του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία με την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα των τεχνικών της στις αγχώδεις διαταραχές (Barlow, 2002; National Institute for Clinical Excellence, 2004) αποτελεί ένα καλό παράδειγμα για την άντληση επιχειρημάτων υπέρ της σημασίας των τεχνικών και την ύπαρξη θεραπειών αποτελεσματικότερων από άλλες σε κάποιες συγκεκριμένες διαταραχές.

Ειδικότερα, η επιτροπή της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρίας που συστάθηκε για να καθορίσει τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που τεκμηριώνονται εμπειρικά ως αποτελεσματικές (Chambless & Gillis, 1993), επισήμανε ότι ορισμένες θεραπείες έχουν ήδη εμπειρικά τεκμηριώσει την αποτελεσματικότητά τους για συγκεκριμένες διαταραχές και ως εκ τούτου είναι απερίσκεπτο, αλλά και επικίνδυνο, να υποστηρίζεται ότι όλες οι θεραπείες είναι ευεργετικές για όλους τους ασθενείς. Ασκώντας κριτική στις μετά-αναλύσεις που ανήγαγαν την θεραπευτική συμμαχία ως τον παράγοντα που είναι υπεύθυνος για τη θεραπευτική αλλαγή (Wampold et al., 1997; Horvath & Symonds, 1991), ειδικά όταν στη δεύτερη η θεραπευτική σχέση είναι υπεύθυνη για το 9% της μεταβλητότητας του αποτελέσματος, η επιτροπή υποστηρίζει ότι τα ευρήματά τους δεν είναι επαρκή για να υποστηριχθεί ότι δεν υπάρχουν αλλαγές που να οφείλονται στο είδος της ψυχοθεραπείας. Και αυτό γιατί τα ευρήματά τους στηρίζονται κυρίως σε πληθυσμό φοιτητών και σε θεραπεία κατάθλιψης, η οποία όπως είναι γνωστό ευεργετείται από μεγάλο εύρος θεραπειών (Beutler et al., 2000; Chambless, 2001). Αντίθετα, άλλες διαταραχές όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και οι φοβίες απαντούν καλύτερα σε συμπεριφορικές ή γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες. Αν κανείς μελετήσει καλά σχεδιασμένες έρευνες (Chambless, 2001), όπου έχουν ελεγχθεί από πριν πιθανές εναλλακτικές διαφορές μεταξύ των θεραπειών, όπως μη ελέγξιμες επιδράσεις του θεραπευτή και διαφορές στη σχέση ή στην αξιοπιστία της θεραπείας, φαίνεται ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι αποτελεσματικότερη από μια μη-καθοδηγητική θεραπεία σχέσης μεταξύ ασθενών με γενικευμένη διαταραχή άγχους (Borkovec & Costello, 1993), σε θεραπεία παιδιών και εφήβων με διαταραχή πανικού με αγοραφοβία (Ollendick, 1995) και ειδική φοβία (Ollendick & King, 1998; 2000).

Όσον αφορά στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μια σειρά ερευνών έχει δείξει την ανωτερότητα της θεραπείας έκθεσης με εμποδισμό απάντησης έναντι άλλων θεραπειών (Fals-Stewart et al., 1993; Hodgson et al., 1972; Lindsay et al., 1997; Marks et al., 1975). Μάλιστα, στην έρευνα των Lindsay και συνεργατών (1997) όπου ερευνήθηκε το ενδεχόμενο οι αλλαγές στη θεραπευτική σχέση να μπορούσαν να ερμηνεύσουν τα δεδομένα, δεν ίσχυε κάτι τέτοιο, αν και σε συνέντευξη από ανεξάρτητους κριτές οι ασθενείς αξιολόγησαν τους θεραπευτές ως ιδιαίτερα υποστηρικτικούς και με κατανόηση.

Η επιτροπή της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρίας (1999), που συστάθηκε με στόχο να μελετήσει την εμπειρική τεκμηρίωση της θεραπευτικής σχέσης, αναφέρθηκε στο θέμα της συμμαχίας στο πλαίσιο θεραπείας Διαταραχών Άγχους. Στα συμπεράσματά της αναφέρεται ότι στις συγκεκριμένες διαταραχές το μέγεθος επίδρασης φαίνεται να αποτελούν τις περισσότερες φορές οι συγκεκριμένες θεραπευτικές τεχνικές και όχι η σχέση. Η επιτροπή αναγνώρισε ομόφωνα τη βαθιά συνεργία μεταξύ των τεχνικών και της σχέσης, καθώς από κοινού η κλινική εμπειρία και τα ερευνητικά ευρήματα υποστηρίζουν μια σύνθετη, αμοιβαία σχέση μεταξύ της διαπροσωπικής σχέσης και των τεχνικών (Rector, Zuroff, & Segal, 1999; Rounsaville et al. 1987). Η σχέση δεν υφίσταται ανεξάρτητα από το τι κάνει

ο θεραπευτής όσο αφορά στις τεχνικές, και δεν είναι δυνατό να φανταστεί κανείς τεχνικές που δεν έχουν επίδραση στη σχέση. Τεχνικές και παρεμβάσεις αποτελούν διαπροσωπικές δραστηριότητες (Safran & Muran, 2000). Η επιτροπή καταλήγει ότι η θεραπευτική σχέση πιθανά να εμφανίζει σημαντικότερη αιτιώδη επίδραση σε ορισμένες διαταραχές και σε ορισμένες θεραπείες σε σχέση με άλλες, και να μη αρκεί πλέον το ερώτημα αν η θεραπευτική σχέση δουλεύει, αλλά πώς δουλεύει για την συγκεκριμένη διαταραχή και θεραπεία (Norcross, 2001).

Τέλος, παρά την αναφορά ότι σύγχρονες έρευνες (Lambert & Barley, 2001) επιβεβαιώνουν ότι η βελτίωση της κατάστασης του πελάτη σχετίζεται κατά 30% με τους κοινούς παράγοντες και μόνο κατά 15% με τεχνικές που συνδέονται με συγκεκριμένες προσεγγίσεις, οι Lambert και Barley (2002), μέλη της επιτροπής υποστηρίζουν ότι όσο αφορά στη γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, οι εξειδικευμένες τεχνικές υπερτερούν σε συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες. Αυτές συμπεριλαμβάνουν, για παράδειγμα, θεραπεία έκθεσης για ειδικές φοβίες, σταδιακή πρακτική σε ορισμένες σεξουαλικές διαταραχές, έκθεση και γνωσιακή αναδόμηση στην αγοραφοβία και έκθεση με εμποδισμό απάντησης στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Lambert, 1992). Ειδικότερα στη θεραπεία αγχώδων διαταραχών και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, οι συγκεκριμένες θεραπευτικές τεχνικές φαίνεται να ευθύνονται τις περισσότερες φορές για το μέγεθος επίδρασης και όχι η θεραπευτική σχέση (Norcross, 2002).

Τα παραπάνω συμπεράσματα ενισχύονται από τα ευρήματα ερευνών που έχουν εξετάσει την αποτελεσματικότητα συμπεριφορικού τύπου βραχείων ψυχοθεραπειών και ψυχοθεραπειών που προσφέρονται μέσω βιβλίου, διαδικτύου, τηλεφώνου ή λογισμικού (Bachofen et al., 1999; Kenardy et al., 2003; Marks et al., 1998; Newman et al., 2003). Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών δείχνουν ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική, παρά το γεγονός ότι η επαφή με τον θεραπευτή είναι πρακτικά ανύπαρκτη.

Μία μόνο θεραπευτική συνεδρία με θεραπευτικές οδηγίες αυτό-έκθεσης (Başoğlu et al., 2005) σε ασθενείς που εμφάνιζαν μετατραυματική διαταραχή άγχους μετά από το σεισμό που έγινε στην Τουρκία το 1999 επέφερε εξαιρετικά αποτελέσματα, με το μέγεθος επίδρασης όπως αξιολογήθηκε 12 εβδομάδες μετά τη θεραπεία να είναι συγκρίσιμο εκείνου κοντρολισμένης μελέτης γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας για τη μετατραυματική διαταραχή άγχους. Επίσης, σε σύγκριση τυπικής θεραπείας για διαταραχή πανικού με θεραπεία μέσω του προγράμματος Fear fighter (Παλεύω το φόβο) (Kenwright et al., 2001; Marks et al., 2003) που πραγματοποιείται μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, βρέθηκε ότι οι δύο συνθήκες ήταν παρόμοιας αποτελεσματικότητας (Marks et al., 2004), ενώ ταυτόχρονα οι θεραπευόμενοι δε διέφεραν στο βαθμό ικανοποίησης αν και εξέφραζαν μια οριακή προτίμηση σε θεραπεία με θεραπευτή. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για την αντιμετώπιση καταστάσεων άγχους, κατάθλιψης και μεικτών προβλημάτων (Proudfoot et al., 2004) η

χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών ήταν περισσότερο αποτελεσματική από τη συνήθη θεραπευτική αντιμετώπιση από τους γενικούς ιατρούς, που αφορούσε σε συμβουλευτική και χρήση φαρμάκων, ενώ παράλληλα συνοδευόταν από σημαντικά μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Οι παραπάνω έρευνες αφορούν μικρά δείγματα και έχουν μικρά μεγέθη επίδρασης που δυσχεραίνουν την ασφαλή διεξαγωγή συμπερασμάτων τόσο για την αποτελεσματικότητα αυτών των μορφών ψυχοθεραπείας όσο και για το ρόλο της θεραπευτικής σχέσης στην έκβαση. Ωστόσο, σε συνδυασμό με τα προαναφερθέντα στοιχεία, ενισχύουν τον προβληματισμό για τον ρόλο της θεραπευτικής συμμαχίας στη γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία διαταραχών άγχους.

Περίληψη και Συμπεράσματα

Η συμμαχία αποτελεί μια σημαντική και χρήσιμη μεταβλητή στην κατανόηση ορισμένων σημαντικών κλινικά ενεργών, συστατικών της σχέσης που είναι κοινά σε όλες τις μορφές ψυχοθεραπείας. Η έννοια της προσφέρει στους κλινικούς μια μεταβλητή που εμπεριέχει μια πληθώρα στοιχείων που αφορούν στη θεραπευτική διαδικασία, μερικά από τα οποία μπορεί να είναι ειδικά σε κάποια τεχνική ή θεωρία, ωστόσο αναγνωρίζονται συνολικά ως στοιχεία-κλειδιά σε κάθε διαδικασία παροχής βοήθειας.

Η έρευνα που αφορά στη θεραπευτική συμμαχία είναι τεράστια. Πάνω από 2000 έρευνες δείχνουν ότι παράγοντες που αφορούν τη συμμαχία ή η σχέση όπως διαμορφώνεται νωρίς στη θεραπεία *«προβλέπουν»* το αποτέλεσμα σε θεραπείες ενηλίκων (Kazdin, 2005; Horvath & Bedi, 2002).

Στο πλαίσιο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας, η έρευνα είναι σαφώς πιο περιορισμένη και τα ευρήματα αντικρουόμενα. Παράγοντες που σχετίζονται με κάποια χαρακτηριστικά του θεραπευτή και τη σχέση αξιολογούνται ως σημαντικά από τους θεραπευόμενους για τη βελτίωσή τους, γεγονός ωστόσο που δεν επιβεβαιώνεται από τις έρευνες. Επιπλέον, η επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας στο αποτέλεσμα φαίνεται να είναι περίπλοκη. Οι περισσότερες έρευνες που δείχνουν μια συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας της θεραπευτικής συμμαχίας και του θεραπευτικού αποτελέσματος αφορούν θεραπεία κατάθλιψης, χωρίς να λείπουν και έρευνες που δε βρίσκουν καμία σχέση, ενώ κάποιες από αυτές εγείρουν ερωτηματικά για την πιθανότητα να είναι η βελτίωση εκείνη που επηρεάζει την ποιότητα της συμμαχίας και όχι το αντίθετο ή η θεραπευτική συμμαχία να έχει διαφορετική λειτουργία στις διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Τέλος, ειδικά στη θεραπεία αγχωδών διαταραχών οι συγκεκριμένες θεραπευτικές τεχνικές φαίνεται να ευθύνονται τις περισσότερες φορές για το μέγεθος επίδρασης και όχι η θεραπευτική σχέση (Norcross, 2002). Η σχέση δεν επηρέαζε την έκβαση σε θεραπεία ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Lindsay et al., 1997) ενώ σε δύο άλλες έρευνες αγοραφοβίας και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής αντίστοιχα (Emmelkamp & van der Hout, 1983; Hansen et al., 1992) η σχέση αποτελούσε καλύτερο προγνωστικό παράγοντα της πρόωρης διακοπής της θεραπείας παρά του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Συνεργασιμότητα

Η ανάθεση έργου αυτοβοήθειας μεταξύ των συνεδριών

Η ανάθεση έργου αυτοβοήθειας μεταξύ των συνεδριών έχει προταθεί ως μέσο αύξησης της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας από πολλούς ερευνητές σε διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως συστημικές θεραπείες, οικογενειακές παρεμβάσεις, συμβουλευτική αποκατάσταση και θεραπείες εστιασμένες στο πρόβλημα (Kazantzis, 2000). Σε μέλη 109 συνεδριών, 27 θεραπευτών διαφορετικών προσεγγίσεων, βρέθηκε να ανατίθεται εργασία για το σπίτι στις εννέα από τις 10 συνεδρίες (Scheel et al., 1999), ενώ, από τα 827 μέλη της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρίας, ένα ποσοστό 68% αναθέτει έργο μεταξύ των συνεδριών ως μια συνηθισμένη κλινική πρακτική, ανεξάρτητα από το θεωρητικό τους προσανατολισμό (Kazantzis, Lampropoulos, & Deane, 2005).

Η ανάθεση έργου δεν είναι καινούρια στο χώρο της ψυχοθεραπείας. Οι πρώτες αναφορές εμφανίζονται πριν από περίπου εβδομήντα χρόνια σε έργα των πρώτων ψυχοθεραπευτών και θεωρητικών οι οποίοι συνιστούσαν την ανάθεση θεραπευτικού έργου μεταξύ των συνεδριών (Dunlop, 1932). Αντανακλώντας την κυρίαρχη θεραπευτική πρακτική των αρχών του εικοστού αιώνα, αρκετοί συγγραφείς πρότειναν στους θεραπευόμενους να καταγράφουν τα όνειρά τους, να εμπλέκονται και να καταγράφουν «δραστηριότητες ελεύθερου συνειρμού» ή να εκθέτουν εσκεμμένα τον εαυτό τους σε συνθήκες που τους προκαλούσαν άγχος ώστε να συζητηθεί κατόπιν η εμπειρία αυτή με το θεραπευτή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (Freud, 1952; Dunlop, 1932, 1936; Herzberg, 1941; Karpman, 1949). Ο Kelly (1955) καθιέρωσε το παιχνίδι ρόλων, σύμφωνα με το οποίο, ανέθετε στους ασθενείς του να εμπλέκονται σε ρόλους αντίθετους από εκείνους που επέτρεπε η εικόνα που είχαν για τον εαυτό τους, με στόχο να ευεργετηθούν από την κοινωνική ενίσχυση που θα λάμβαναν για κάθε διαφορετική κατάσταση που θα βίωναν. Η εμφάνιση του Συμπεριφορισμού δρομολόγησε εξελίξεις στην ψυχοθεραπεία, ανέθεσε μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για αλλαγή στο θεραπευόμενο και αναθεώρησε το ρόλο της ανάθεσης έργου μεταξύ των συνεδριών, σε κεντρικό χαρακτηριστικό της ψυχοθεραπείας (Kanfer & Phillips, 1966).

Ο ρόλος της ανάθεσης έργου αυτοβοήθειας στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία

Η επιστημονική αφετηρία του Συμπεριφορισμού εντοπίζεται στα πειράματα του Ρώσου φυσιολόγου I. P. Pavlov (1927). Βάσει αυτών των πειραμάτων, διατυπώθηκαν οι αρχές της εξαρτημένης μάθησης και οι πρώτες έννοιες της ψυχολογίας της μάθησης. Οι αρχές της εξαρτημένης μάθησης μεταφέρθηκαν στην ανθρώπινη συμπεριφορά από τον Αμερικανό ψυχολόγο J. B. Watson (1914, 1924) που μαζί με τον ομόλογό του B. F. Skinner (1974)

καθιέρωσαν μια ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς ως αποτέλεσμα της μάθησης. Ο Συμπεριφορισμός στράφηκε στη μελέτη της έκδηλης συμπεριφοράς, που είναι μετρήσιμη και παρατηρήσιμη, και χρησιμοποίησε για την περιγραφή και την ανάλυσή της, την παρατήρηση και το πείραμα (Κολιάδης, 1989). Η διεξαγωγή των πειραμάτων για τις αντιδράσεις άγχους και αποφυγής οδήγησε ήδη από τη δεκαετία του 1950 στην ανάπτυξη της πρώτης συμπεριφορικής τεχνικής για τη θεραπεία του άγχους σε ανθρώπους, τη συστηματική απευαισθητοποίηση (Wolpe, 1958).

Έκτοτε, τα μοντέλα της μάθησης χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη νέων τεχνικών για τη θεραπεία ενός μεγάλου αριθμού ψυχολογικών και συμπεριφορικών προβλημάτων παιδιών και ενηλίκων (Kazdin, 2001). Η ψυχοθεραπεία θεωρήθηκε μια ευκαιρία εκπαίδευσης και η λογική που ίσχυσε ήταν ότι το να μάθει κανείς νέες στρατηγικές για να ξεπεράσει προβλήματα που τον απασχολούν επί μακρόν, θα μπορούσε να διευκολυνθεί με επιπλέον πρακτική εκτός των «εκπαιδευτικών» συνεδριών (Thase & Callan, 2006). Η βασική λογική για τη χρήση εργασίας στο σπίτι είναι ότι η θεραπευτική ώρα αντιπροσωπεύει μόνο ένα μέρος του χρόνου που ο θεραπευόμενος σπαταλά ζώντας με το άγχος του και τέτοιες εργασίες προσφέρουν τη δυνατότητα να αυξήσει κανείς την αίσθηση ότι κατέχει τις στρατηγικές που έχει μάθει, διευκολύνει την γενίκευση των δεξιοτήτων, αυξάνει την αυτο-αποτελεσματικότητα και μειώνει την ευαλωτότητα σε υποτροπή (Detweiler & Whisman, 1999).

Η αναγωγή της ανάθεσης έργου μεταξύ των συνεδριών σε κεντρικό χαρακτηριστικό της ψυχοθεραπείας οδήγησε σε δημοσιεύσεις με παραδείγματα έργων, οδηγίες για την εφαρμογή τους και προτάσεις για την αύξηση της συνεργασιμότητας των θεραπευόμενων. Συγκεκριμένα, οι Shelton και Ackerman (1974) δημοσίευσαν έναν οδηγό για τους θεραπευτές, με μια λίστα 150 έργων για τη θεραπεία προβλημάτων της συμπεριφοράς με παραδείγματα και οδηγίες για την εισαγωγή τους στη θεραπευτική διαδικασία. Στη δεκαετία του 1980, οι Shelton και Levy (1981) δημοσίευσαν ένα μοντέλο που επίσης περιελάμβανε προτάσεις για την εισαγωγή εργασιών στη θεραπεία συμπεριφοράς. Το μοντέλο αυτό βασίστηκε σε εμπειρικά δεδομένα που αφορούσαν στη βελτίωση της συνεργασιμότητας στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Ακολουθούσε τις επισημάνσεις του A.T. Beck (1979) για τη θεραπεία κατάθλιψης, όπου δινόταν έμφαση στη συζήτηση για την εργασία στην αρχή και στη λήξη κάθε συνεδρίας και στη φροντίδα του θεραπευτή να πετυχαίνει εξειδίκευση για κάθε στόχο. Οι προτάσεις αυτές παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 3).

Πίνακας 3

Προτάσεις για την εισαγωγή εργασιών στη θεραπεία συμπεριφοράς

1. Η ανάθεση εργασίας μεταξύ των συνεδριών αφορά μια διαπροσωπική διαδικασία που απαιτεί μια ισχυρή θεραπευτική σχέση.
2. Η εργασία πρέπει να είναι σχετική με τα προβλήματα του θεραπευόμενου και τους θεραπευτικούς του στόχους,
3. να ταιριάζει στις ικανότητές του και
4. να πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας
5. Η συνεργασιμότητα στην εργασία μεταξύ των συνεδριών πρέπει να αποτελεί αντικείμενο συζήτησης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου και να συνοδεύεται με επαίνους για τις επιτυχημένες προσπάθειες και ενδιαφέρον για τα προβλήματα που παρουσιάζονται.
6. Απαιτούνται ιδιωτικές και δημόσιες ανακοινώσεις δέσμευσης όσον αφορά στην πραγματοποίηση της εργασίας.
7. Η εργασία πρέπει να περιγράφεται ξεκάθαρα όσον αφορά στις διάφορες μεταβλητές της: πού, πότε, πόσο συχνά, και για πόσο.
8. Τέλος, πρέπει να δίνεται στο θεραπευόμενο ένα γραπτό αντίγραφο της ανατιθέμενης εργασίας.

Πηγή: *Behavioral Assignments and Treatment Compliance: A handbook of Clinical Strategies* από τους J. L. Shelton και R. L. Lery (1981)

Το μοντέλο υποστήριζε ότι οι πελάτες πρέπει να ενθαρρύνονται να συνεργαστούν σε στόχους. Η μη-συνεργασιμότητα οφείλεται σε έλλειψη ικανοτήτων, γνωσιών που παρεμποδίζουν την ολοκλήρωση ή περιβαλλοντικά εμπόδια. Παράλληλα παρέχονταν προτάσεις για τη βελτίωση της συνεργασιμότητας που αφορούσαν κυρίως σε συμπεριφορές του θεραπευτή που θα ενθάρρυναν το θεραπευόμενο να πραγματοποιήσει την εργασία του, θα του προσέφεραν την απαραίτητη εκπαίδευση για την επιτυχή ολοκλήρωσή της και θα μεγιστοποιούσαν τα αποτελέσματά της. Οι προτάσεις αυτές αναπτύσσονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 4).

Πίνακας 4

Προτάσεις για τη βελτίωση της συνεργασιμότητας σε εργασία μεταξύ των συνεδριών

1. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι σίγουρος ότι οι στόχοι περιλαμβάνουν λεπτομερή στοιχεία που αφορούν τόσο στις αντιδράσεις όσο και τα ερεθίσματα που αφορούν στην επιθυμητή συμπεριφορά.
2. Ο θεραπευτής πρέπει να δίνει άμεση εκπαίδευση για τις απαιτούμενες ικανότητες.
3. Η συνεργασιμότητα πρέπει να ενισχύεται.
4. Ο θεραπευτής πρέπει να ξεκινά με μικρές ασκήσεις και σταδιακά να τις αυξάνει.
5. Ο θεραπευτής πρέπει να προτρέπει.
6. Ο θεραπευτής πρέπει να καθοδηγεί τον πελάτη να δεσμεύεται δημόσια για τη συνεργασιμότητά του.
7. Ο θεραπευτής πρέπει να βοηθά τον πελάτη να αναπτύσσει μια προσωπική δέσμευση για συνεργασία.
8. Ο θεραπευτής πρέπει να χρησιμοποιεί γνωσιακές πρόβες ώστε να βελτιώσει την πιθανότητα επιτυχίας των στόχων.
9. Ο θεραπευτής πρέπει να προσπαθεί να προλαβαίνει και να μειώνει τις δυσάρεστες συνέπειες της συνεργασιμότητας.
10. Ο θεραπευτής πρέπει να παρακολουθεί τη συνεργασιμότητα με όσο περισσότερους τρόπους είναι δυνατό.
11. Ο θεραπευτής πρέπει να χρησιμοποιεί παράδοξες τεχνικές όταν είναι απαραίτητο.

Πηγή: *Behavioral Assignments and Treatment Compliance: A handbook of Clinical Strategies* από τους J. L. Shelton και R. L. Lery (1981)

Σε ανασκόπηση 500 ερευνών αποτελεσματικότητας που διεξήχθησαν από το 1973 ως το 1980, οι Shelton και Levy (1981) βρήκαν ότι το 68% περιελάμβανε ανάθεση εργασιών μεταξύ των συνεδριών στο θεραπευτικό πακέτο ενώ οι Neimeyer, Twentyman, & Prezant (1985) ότι όταν η θεραπεία περιελάμβανε και εργασία στο σπίτι οι ασθενείς βελτιώνονταν περισσότερο από όσο όταν δεν περιελάμβανε.

Η ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών εξαπλώθηκε γρήγορα ώστε σήμερα να θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι των συμπεριφορικών και γνωσιακών παρεμβάσεων (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Levy & Carter 1976; Marks 1981; Shelton & Ackerman 1974). Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση 14 θεωρητικών άρθρων και επτά εγχειριδίων (Scheel et al., 2004) βρέθηκε ότι η ανάθεση εργασίας στο σπίτι, στο πλαίσιο της γνωσιακής-συμπεριφο-

ρικής ψυχοθεραπείας, στοχεύει στο να δοθεί η ευκαιρία στους θεραπευόμενους να εφαρμόσουν τις ικανότητες που αποκτούν στη συνεδρία και να ελέγξουν τις γνώσεις και τη συμπεριφορά τους.

Ειδικότερα, στη θεραπεία συμπεριφοράς ο στόχος είναι η μεταφορά της γνώσης στην καθημερινή ζωή (Spiegler & Guevremont, 1998), η ανάληψη ευθυνών και τέλος η υιοθέτηση ενός ενεργητικού ρόλου (Corey, 2001). Επιπλέον, βοηθά στην παρακολούθηση της προόδου του θεραπευόμενου καθώς τα αποτελέσματα της κάθε εργασίας αποτελούν μικρά τμήματα που αθροιζόμενα θα οδηγήσουν στην τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας. Η ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών δεν αποτελεί πλέον επικουρικό αλλά καθοριστικό στοιχείο της συγκεκριμένης προσέγγισης σε τέτοιο βαθμό ώστε να υποστηρίζεται ότι οποιαδήποτε θεραπεία χωρίς ανάθεση έργου για το σπίτι δεν μπορεί να θεωρηθεί γνωσιακή (Thase & Callan, 2006). Η σημασία που δίνεται στην ανάθεση έργου αντανακλάται στην ενθάρρυνση των πελατών να πραγματοποιούν συγκεκριμένες δραστηριότητες μετά από **κάθε** θεραπευτική συνεδρία, ενώ μια τυπική συνεδρία ξεκινά με ανασκόπηση της εργασίας που πραγματοποιήθηκε και ολοκληρώνεται με συζήτηση για τις λεπτομέρειες και το είδος της εργασίας που θα ανατεθεί στην επόμενη συνεδρία (J. Beck, 1995).

Παρά τη σπουδαιότητα της ανάθεσης έργου μεταξύ των συνεδριών, δεν υπάρχει στη βιβλιογραφία ένας γενικά αποδεκτός ορισμός για το έργο αυτό. Το γεγονός αυτό αντανακλάται και στην πληθώρα των διαφορετικών όρων που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν το ίδιο φαινόμενο σε δημοσιευμένα άρθρα: *εξω-θεραπευτικό έργο*, “*extratherapy assignments*” (Kornblith, Rehm, O’Hara, & Lamparski, 1983), *εξω-θεραπευτικό πρακτικό έργο*, “*extratreatment practice assignments*” (Kazdin & Mascitelli, 1982), *συμπεριφορικό πρακτικό έργο στην πραγματικότητα* “*in vivo behavioral practice assignments*” (Ingram & Salzberg, 1990), *έργο αυτοβοήθειας*, “*self-help assignments*” (Burns, 1989; Burns, Adams, & Anastopoulos, 1985), *στόχοι που δείχνουν ότι μπορώ*, “*show that I can tasks*” (Hudson & Kendall, 2002; Kendall et al., 1997), και *δραστηριότητες για εξάσκηση στο σπίτι*, “*home practice activities*” (Blanchard, Nicholson, Radnitz, et al., 1991; Blanchard, Nicholson, Taylor, et al., 1991).

Για να καταστεί σαφές το περιεχόμενο και η ουσία της έννοιας καθώς και ο ρόλος της στα πλαίσια της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας παρατίθεται ένας λεπτομερής και επεξηγηματικός ορισμός του Kazantzis (2005, σελ. 2), όπως διαμορφώθηκε μέσα από το έργο της J. Beck (1995):

«Τα έργα που ανατίθενται για το σπίτι αποτελούν θεραπευτικές δραστηριότητες που έχουν προγραμματιστεί ώστε να πραγματοποιηθούν από τους πελάτες στο διάστημα μεταξύ των θεραπευτικών συνεδριών. Το περιεχόμενό τους προέρχεται κυρίως από το εμπειρικά κατοχυρωμένο γνωσιακό-συμπεριφορικό θεραπευτικό μοντέλο για το συγκεκριμένο πρόβλημα αλλά διαμορφώνεται στα μέτρα του συγκεκριμένου πελάτη στη βάση μιας λογικής εξατομίκευσης. Σχεδιασμένα συνεργατικά, τα έργα που ανατίθενται για το σπίτι εστιάζονται στους

θεραπευτικούς στόχους του θεραπευόμενου. Αποτελούν τη βασική διαδικασία μέσω της οποίας οι ασθενείς βιώνουν την γνωσιακή και συμπεριφορική θεραπευτική αλλαγή, εξασκούν και αποκτούν νέες ικανότητες και τεχνικές και πειραματίζονται με νέες συμπεριφορές. Παράλληλα, παρέχουν την ευκαιρία στους θεραπευόμενους να συγκεντρώνουν πληροφορίες αναφορικά με τις σκέψεις, τις διαθέσεις, τη σωματική κατάσταση και τη συμπεριφορά τους σε διαφορετικές συνθήκες και να ερμηνεύουν πληροφορίες που αφορούν τη θεραπεία και τα προβλήματά τους.» (Kazantzis, 2005, σελ. 2).

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με τις αρχές της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, η ανάθεση και πραγματοποίηση έργου μεταξύ των συνεδριών αποτελεί ακρογωνιαίό λίθο της θεραπευτικής διαδικασίας. Προσφέρει στους θεραπευόμενους την ευκαιρία να εφαρμόσουν τις ικανότητες που αποκτούν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας στην καθημερινή τους ζωή (Spiegler & Guevremont, 1998), γεγονός που τους διευκολύνει να αισθανθούν ότι έχουν «*την ευθύνη και κυριότητα*» της βελτίωσής τους. Μέσω της εργασίας, οι θεραπευόμενοι συλλέγουν πληροφορίες που αφορούν στη θεραπεία τους, πειραματίζονται με τη χρησιμότητα των νέων δεξιοτήτων και συμπεριφορών και ελέγχουν τις πεποιθήσεις τους ώστε να είναι προετοιμασμένοι όταν θα ολοκληρωθεί η θεραπεία τους (Beck & Weishaar, 1989). Οι εμπειρίες που αποκτούν οι θεραπευόμενοι μέσω της εμπλοκής τους σε εργασίες τους παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τη λογική της θεραπείας και, όταν ολοκληρώνονται, παρέχουν ενδείξεις για την εμπλοκή, τη νέα μάθηση και τέλος το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Kazantzis, Deane, & Ronan, 2000). Σε αυτή τη διαδικασία γενίκευσης και διατήρησης των συμπεριφορικών και γνωσιακών δεξιοτήτων αποδίδονται και τα μακρόχρονα οφέλη της συγκεκριμένης προσέγγισης (Beck, 1976).

*Η θεωρητική βάση της ανάθεσης έργου μεταξύ των συνεδριών
στην γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία*

Η αναγωγή της ανάθεσης έργου μεταξύ των συνεδριών σε κεντρικό και αναπόσπαστο στοιχείο της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας στηρίζεται κατά κύριο λόγο στη θεωρητική βάση των προσεγγίσεων αυτών. Πριν την παρουσίαση των ειδών του ανατιθέμενου έργου, της συνεργασιμότητας των θεραπευομένων σε αυτό και της επίδρασής του στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, κρίνεται απαραίτητο να περιγραφεί εν συντομία η θεωρητική βάση του, με στόχο να καταδειχθεί και να στοιχειοθετηθεί η σημασία του στην εν λόγω ψυχοθεραπεία.

Οι κλασικές συμπεριφορικές θεωρίες μάθησης, η γνωσιακή θεωρία και η θεωρία της κοινωνικής μάθησης παρουσιάζονται εν συντομία έτσι ώστε να φανεί η συμβολή της ανάθεσης έργου γενικότερα στη διαδικασία της μάθησης και ειδικότερα στην ίδια τη θεραπευτική διαδικασία

*Κλασικές συμπεριφορικές θεωρίες**Θεωρία της κλασικής εξαρτημένης και της συντελεστικής μάθησης*

Η κλασική εξάρτηση αναφέρεται στην εμφάνιση μιας συμπεριφοράς και πρεσβεύει, ότι κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, δύο ερεθίσματα μπορούν να συνεξαρτηθούν σε τέτοιο βαθμό, ώστε αν το ένα από αυτά προκαλούσε την εμφάνιση μιας συμπεριφοράς-αντίδρασης, στη συνέχεια η εμφάνιση του άλλου και μόνο να προκαλεί την εμφάνιση της ίδιας αντίδρασης (Pavlov, 1927). Η συντελεστική εξαρτημένη μάθηση επεξηγεί κυρίως τις αιτίες διατήρησης μιας συμπεριφοράς και υποστηρίζει ότι τα θετικά αποτελέσματα μιας συμπεριφοράς αυξάνουν τη συχνότητα εμφάνισής της ενώ τα αρνητικά αποτελέσματα τη μειώσουν. Αποτελέσματα που δεν είναι ούτε θετικά ούτε αρνητικά οδηγούν στην εξάλειψή της (Skinner, 1974).

Είναι λοιπόν φανερό ότι για να γίνει κατανοητή η λειτουργικότητα της συμπεριφοράς του ασθενούς, ο θεραπευτής χρειάζεται να αναλύσει τα ερεθίσματα και τις μεταβλητές που αν τροποποιηθούν θα επηρεάσουν την εμφάνιση της συμπεριφοράς ή θα μεταβάλουν τη συχνότητά της (Kazdin, 2001).

Βασισμένη στην αρχή ότι οι εξαρτημένες συμπεριφορές εξαφανίζονται όταν δεν ενισχύονται, η κλασική εξαρτημένη μάθηση διαμόρφωσε μια σειρά θεραπευτικών τεχνικών που στηρίζονταν κυρίως στην επαναλαμβανόμενη έκθεση στο ερέθισμα που προκαλεί φόβο και την απουσία της φοβικής αντίδρασης στο επίπεδο που αυτή εμφανιζόταν στην παρουσία του ερεθίσματος (Levis & Malloy, 1982; Huppert et al., 2006).

Προεκτάσεις της θεωρίας της κλασικής εξάρτησης έχουν δείξει την αξία του προβλεπτικού δεσμού μεταξύ του εξαρτημένου ερεθίσματος και της ανεξάρτητης αντίδρασης, και την ικανότητα του ερεθίσματος να λειτουργεί ως «ένδειξη ασφάλειας» προβλέποντας πότε μια ανεπιθύμητη αντίδραση δεν θα εμφανιστεί (Rescorla, 1988). Η συμπεριφορική θεωρία υποστηρίζει ότι όλα τα ερεθίσματα στην καθημερινή ζωή περιέχουν στοιχεία ιδιαίτερης σημασίας για τον καθένα, ανάλογα με την προηγούμενη εμπειρία του, και αυτή η εμπειρία είναι πιθανό να επηρεάσει την εξάρτηση σε νέα ερεθίσματα (Bouton, 1988).

Συγκεκριμένα, ο Pavlov (1927) και οι συνεργάτες του ανακάλυψαν ότι όταν δημιουργείται ένα εξαρτημένο αντανακλαστικό, άλλα ερεθίσματα όμοια με το εξαρτημένο ερέθισμα μπορούν επίσης να προκαλέσουν μια εξαρτημένη αντίδραση. Έπειτα από μια επικίνδυνη και τρομακτική πτήση, μπορεί να νιώσουμε παρόμοιο φόβο κατά την επιστροφή, ακόμη και αν το αεροπλάνο, ο καιρός ή η αεροσυνοδός διαφέρουν κάπως. Αν όλη την ημέρα το κουδούνισμα του τηλεφώνου στην εργασία μας συσχετίζεται με φωνές ή λόγια που μας προκαλούν θυμό, το κουδούνισμα του τηλεφώνου στο σπίτι μας μπορεί επίσης να μας προκαλεί εκνευρισμό (Μέλλον, 2005, σελ. 110, 112). Όμοια, οι λέξεις και οι εικόνες αποτελούν εξαρτημένα ερεθίσματα που περιέχουν εμπειρίες προηγούμενης μάθησης. Για παράδειγμα, μια λέξη μπορεί να προκαλέσει φόβο αν εξαρτηθεί με άλλα ανεξάρτητα ερεθίσματα που προκαλούν φόβο, όπως φωνές, χαστούκια, πεσίματα ή με μια άλλη λέξη που έχει εξαρτηθεί

ήδη από τα παραπάνω ανεξάρτητα ερεθίσματα, χωρίς να έχει ποτέ συσχετιστεί άμεσα με κάποιο από αυτά (Μέλλον, 2005, σελ. 124).

Αυτές οι αρχές της κλασικής εξαρτημένης μάθησης εξηγούν τη χρήση ανάθεσης έργου αυτοβοήθειας και λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό του έργου αυτού. Η πρώτη τεχνική που χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση του άγχους ήταν η συστηματική απευαισθητοποίηση, που εισήχθη στη βιβλιογραφία από τον Wolpe (1958). Η τεχνική αυτή αφορά έκθεση, στη φαντασία ή στην πραγματικότητα, σε μια σειρά ερεθισμάτων που προκαλούν φόβο ενώ ο ασθενής βρίσκεται σε βαθιά χαλάρωση, ώστε να έχει όσο το δυνατό μικρότερη αντίδραση σε αυτά. Ο ασθενής εκτίθεται σταδιακά σε ερεθίσματα που προκαλούν όλο και μεγαλύτερο άγχος, το οποίο αντιμετωπίζει με τη χαλάρωση, και μένει εκτεθειμένος σε αυτά μέχρις ότου να μην αισθάνεται άγχος. Με τον τρόπο αυτό η χαλάρωση συνεξαρτάται με τα ερεθίσματα στα οποία εκτίθεται ή τα οποία φαντάζεται ο θεραπευόμενος, και σταδιακά αντικαθιστά την προηγούμενη αντίδραση του άγχους, καθώς είναι τελείως διαφορετική από αυτήν. Με αυτή την τεχνική χτίζονται νέες εξαρτήσεις μεταξύ των ερεθισμάτων και της απάντησης, που ισχυροποιούνται με την επανάληψη, έτσι ώστε το ερέθισμα που προκαλούσε παλιότερα άγχος να συνδέεται τώρα μετά από επαναλαμβανόμενους στόχους έκθεσης με μια αίσθηση ηρεμίας και χαλάρωσης (Kazdin, 2001).

Μια παραλλαγή της συγκεκριμένης τεχνικής χρησιμοποιείται σήμερα για τη θεραπεία του παθολογικού άγχους. Συγκεκριμένα, στην θεραπεία διαταραχών άγχους, όπου ο στόχος είναι η έκθεση και η εξοικείωση σε ένα αντικείμενο ή μια κατάσταση που προηγουμένως προκαλούσε μια αντίδραση άγχους, η έκθεση συνήθως απαιτεί την αντιμετώπιση καταστάσεων ή δραστηριοτήτων που προκαλούν φόβο και συμπτώματα άγχους, με την εργασία για το σπίτι να περιλαμβάνει την έκθεση σε ίδια ή παρόμοια ερεθίσματα με αυτά που πραγματοποιήθηκαν κατά την διάρκεια της συνεδρίας (Huppert, Roth, & Foa, 2006). Η χρήση σταδιακής έκθεσης περιλαμβάνει την παρουσία ενός ερεθίσματος με τέτοιο τρόπο ώστε αρχικά ο θεραπευόμενος να εμφανίζει ανεκτά επίπεδα άγχους και στη συνέχεια την αύξηση της έντασης του ερεθίσματος σταδιακά, μέχρι να επέλθει η εξοικείωση του πελάτη με το συγκεκριμένο ερέθισμα και η απουσία οποιαδήποτε φοβικής αντίδρασης.

Για παράδειγμα, ένας ασθενής με ειδική φοβία σκύλου εκτίθεται σταδιακά στην παρουσία ενός σκύλου αρχικά περιορισμένου σε διαφορετικό δωμάτιο από εκείνο στο οποίο βρίσκεται ο ίδιος, στη συνέχεια στην οπτική επαφή με το σκύλο ενώ αυτός βρίσκεται σε απόσταση, και σταδιακά στην παρουσία του σκύλου στο ίδιο δωμάτιο σε αποστάσεις που συνεχώς μικραίνουν μέχρι τελικά να μπορεί να κάθεται δίπλα στο σκύλο και να τον αγγίζει. Ο θεραπευόμενος παραμένει σε κάθε στάδιο μέχρι να μην αισθάνεται καθόλου φόβο και τότε μόνο προχωρά στο επόμενο στάδιο της έκθεσης.

*Θεωρία της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης**Οι συνέπειες της συμπεριφοράς*

Σύμφωνα με τις αρχές της συντελεστικής μάθησης, τα αποτελέσματα μιας συμπεριφοράς μεταβάλλουν τη συχνότητά της (Skinner, 1974). Συνεπώς, κάθε συμπεριφορά μπορεί να θεωρηθεί παράγοντας διατήρησης ενός συγκεκριμένου προβλήματος εάν, σε όρους συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης, ο πελάτης έχει αναπτύξει προσδοκίες ότι αυτή θα επιφέρει κάποια πλεονεκτήματα ή αμοιβές.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους O'Leary και Wilson (1975) κάθε πρόβλημα μπορεί να αναλυθεί βάσει τριών παραμέτρων: (α) συνθήκες που προηγούνται, (β) συμπεριφορές και πεποιθήσεις και (γ) συνέπειες. Κάθε παράμετρος μπορεί να αυξήσει ή να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης της συμπεριφοράς, κατ'επέκταση, αλλαγή σε κάποιο από τα παραπάνω επίπεδα θα επιφέρει αλλαγή στην ίδια τη συμπεριφορά. Έργο του θεραπευτή είναι η διερεύνηση των παραγόντων που συντηρούν το πρόβλημα (Kirk, 1989). Ο Kazdin (2001) σημειώνει ότι η τροποποίηση της συμπεριφοράς συνίσταται στη διερεύνηση εκείνων των στοιχείων που τη συντηρούν, δρουν δηλαδή ως ενισχυτές της. Διευκρινίζει ότι αυτό δεν περιορίζεται απλά στη χρήση αμοιβών για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς και επισημαίνει ότι αυτός είναι ο λόγος που ορισμένες παρεμβάσεις τροποποίησης της συμπεριφοράς αποτυγχάνουν, καθώς λαθεμένα επιχειρούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά με αμοιβές.

Ο σχεδιασμός του κατάλληλου έργου για το σπίτι απαιτεί τον εντοπισμό των δραστηριοτήτων που διατηρούν τη συμπεριφορά. Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να είναι η αποφυγή στις περιπτώσεις πανικού, η απόσυρση στην κατάθλιψη, ή η αναζήτηση καθιστικού στο γενικευμένο άγχος, καθώς προσφέρουν άμεση ανακούφιση από τα δυσάρεστα συμπτώματα. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση στα φοβικά ερεθίσματα με τη μεταβολή των συμπεριφορών που φαινομενικά προστατεύουν τον ασθενή όπως η αποφυγή και η ανάγκη καθιστικού, χωρίς την επακόλουθη φοβική αντίδραση, δίνει στον ασθενή την ευκαιρία να πραγματοποιήσει καινούριες συνεξαρτήσεις μεταξύ των ερεθισμάτων και να μάθει εκ νέου. Επιπλέον, μελετώντας τα ενδεχόμενα επιβράβευσης ή τιμωρίας, δηλαδή το κόστος και το όφελος μιας συμπεριφοράς, ο θεραπευτής έχει την δυνατότητα να τα μεταβάλλει στο σχεδιασμό έργου και κατά συνέπεια να μεταβάλλει τη συχνότητα της συμπεριφοράς αλλά και να ελέγξει τις μεταβλητές που αυξάνουν το κίνητρο και ενθαρρύνουν τον πελάτη να αφιερώσει χρόνο και ενέργεια στην πραγματοποίηση έργου μεταξύ των συνεδριών.

Ας πάρουμε το παράδειγμα ενός περιστατικού αγοραφοβίας όπου ο ασθενής αποφεύγει να απομακρυνθεί από το σπίτι του μόνος καθώς αντιμετωπίζει συμπτώματα άγχους. Οι στόχοι έκθεσης σχεδιάζονται έτσι ώστε ο ασθενής να αρχίσει να αντιμετωπίζει σταδιακά αυτό που φοβάται, για παράδειγμα την απομάκρυνση από το σπίτι του, κάνοντας αρχικά μια μικρή διαδρομή με ένα έμπιστο πρόσωπο ή πηγαίνοντας σε κάποιο αγαπημένο προορισμό, όπως το σπίτι ενός φίλου, το ωδείο ή ένα εμπορικό κέντρο. Η επανάληψη των παρα-

πάνω δραστηριοτήτων ως εργασία μεταξύ των συνεδριών, θα οδηγήσει αρχικά σε μείωση του άγχους και τέλος στην εξοικείωση στις εν λόγω δραστηριότητες.

Η συνάντηση με ένα αγαπημένο πρόσωπο, η ενασχόληση με ένα χόμπι ή η αγορά ενός αγαθού ως συνέπειες της νέας συμπεριφοράς του, θα λειτουργήσουν ως ενισχυτές που αφενός θα αυξήσουν την εμφάνιση της συμπεριφοράς αυτής, αφετέρου θα ενισχύσουν το κίνητρο του πελάτη να εμπλακεί στη συγκεκριμένη δραστηριότητα μεταξύ των συνεδριών. Καθώς η απομάκρυνση του πελάτη από το σπίτι δεν θα έχει πλέον ως συνέπεια δυσάρεστα συμπτώματα αλλά ηρεμία και αναμονή μιας ευχάριστης εμπειρίας, η συχνότητα της προηγούμενης συμπεριφοράς του, που ήταν η παραμονή του στο σπίτι και η αποφυγή εξόδων, θα μεταβληθεί και σταδιακά θα εξαλειφθεί. Τέλος, η απομάκρυνση από το σπίτι θα εξαρτηθεί εκ νέου τόσο με την απουσία δυσάρεστων συμπτωμάτων όσο και με την παρουσία ευχάριστων συναισθημάτων και δραστηριοτήτων που θα αυξήσουν τη συχνότητα της νέας συμπεριφοράς.

Η γενίκευση

Ένας άλλος στόχος της εργασίας μεταξύ των συνεδριών αφορά στο φαινόμενο της γενίκευσης. Ως γενίκευση περιγράφεται η μεταβίβαση δεξιοτήτων ή συμπεριφορών στις οποίες έχει κάποιος εκπαιδευτεί σε νέο πλαίσιο ή η ανάπτυξη δεξιοτήτων για τις οποίες δεν έχει κάποιος συγκεκριμένα εκπαιδευτεί.

Συγκεκριμένα, ένας ασθενής που εκπαιδεύεται στη σταδιακή μυϊκή χαλάρωση στο γραφείο του θεραπευτή του παρατηρεί ότι η χαλάρωση μειώνει σημαντικά τα φυσιολογικά συμπτώματα του άγχους. Στόχος της εκπαίδευσης αυτής είναι να μπορεί ο ασθενής να χρησιμοποιεί αυτή την τεχνική στην καθημερινή του ζωή και να πετυχαίνει τη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους όποτε αυτά εμφανίζονται μέσα στη βδομάδα. Τότε μόνο είμαστε σε θέση να υποστηρίξουμε ότι η ικανότητά του να χαλαρώνει γενικεύτηκε σε νέες συνθήκες, ενώ αν μπορεί να τη χρησιμοποιήσει παράλληλα και για την αντιμετώπιση καταστάσεων που φυσιολογικά δημιουργούν άγχος, όπως δυσκολία στον ύπνο, τότε μιλάμε και για γενίκευση της δεξιότητας σε νέα ερεθίσματα. Τέλος, αν ο θεραπευόμενος χρησιμοποιήσει μια σύντομη μορφή της χαλάρωσης χωρίς να έχει εκπαιδευτεί συγκεκριμένα σε αυτή, θα λέγαμε ότι έχει στην ουσία αναπτύξει μια νέα δεξιότητα. Με τον ίδιο τρόπο, η μεταφορά των τεχνικών που χρησιμοποιούνται στη συνεδρία, όπου προκαλείται τεχνητά κρίση πανικού, σε αληθινές συνθήκες στην καθημερινότητα συνιστούν παραδείγματα γενίκευσης (Kazantis & L' Abate, 2005).

Η γενίκευση αφορά στην επιβίωσή μας διότι στον πραγματικό κόσμο η διαμόρφωση των ερεθισμάτων μεταβάλλεται διαρκώς τίποτε δεν εμφανίζεται για δεύτερη φορά με τον ίδιο ακριβώς τρόπο (Μέλλον, 2005). Αν η γενίκευση δεν ήταν δυνατή, ο πελάτης θα έπρεπε να μαθαίνει μια καινούρια δεξιότητα για κάθε νέα προβληματική κατάσταση. Η ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών στοχεύει στην πρακτική εφαρμογή των νέων δραστηριοτήτων

ή τεχνικών στις καθημερινές καταστάσεις της ζωής με απώτερο στόχο τη γενίκευση. Παρότι υποστηρίζεται από διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις ότι το φαινόμενο της γενίκευσης πραγματοποιείται φυσικά ως υποπροϊόν για οτιδήποτε διαμεμβεται στη θεραπευτική συνεδρία, η ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών παρέχει τη δυνατότητα να ελεγχθεί η υπόθεση αυτή με σαφήνεια (L'Abate, 1999).

Συμπερασματικά, η μεταφορά των δεξιοτήτων και τεχνικών από το θεραπευτικό χώρο στο φυσικό περιβάλλον του θεραπευόμενου και παράλληλα η εμφάνιση νέων δεξιοτήτων και συμπεριφορών όταν αυτές είναι απαραίτητες αποτελούν καθοριστικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής παρέμβασης και επιτυγχάνονται σε μεγάλο βαθμό με την πρακτική τους εφαρμογή μέσω πραγματοποίησης έργου μεταξύ των συνεδριών.

Αρχές της διατήρησης και της διαμόρφωσης

Μετά την απόκτηση της καινούριας δεξιότητας από το θεραπευόμενο και τη γενίκευσή της στη ζωή του, το επόμενο βήμα κάθε αποτελεσματικής θεραπείας είναι η διατήρηση της δεξιότητας αυτής. Σύμφωνα με τη θεωρία συμπεριφοράς, οι συμπεριφορές καθορίζονται από διάφορα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και διατηρούνται σε ένα καινούριο περιβάλλον αν συνεχίσουν να ενισχύονται και σε αυτό (Skinner, 1971). Η εξαρτημένη μάθηση περιγράφει μια λεπτομερή διαδικασία που αφορά την ενίσχυση ως μέσο για τη *διαμόρφωση* και *διατήρηση* μιας επιθυμητής συμπεριφοράς (Mahoney, Kazdin, & Lesswing, 1974; Skinner, 1971). Στη βιβλιογραφία αναφέρεται το παράδειγμα ενός άντρα, σαράντα ετών με διάγνωση σχιζοφρένειας κατατονικού τύπου, μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ιδιορρυθμίες στις κινήσεις, όπως αταξία και φαινομενικά άσκοπες δραστηριότητες, ο οποίος δεν είχε πει ούτε λέξη κατά τη διάρκεια της δεκαεπεννιάχρονης παραμονής του στην ψυχιατρική κλινική (Isaacs et al., 1960, αναφ. στο Μέλλον, 2005). Ενώ φαινόταν να έχει ελάχιστη επαφή με το περιβάλλον, ο ψυχολόγος παρατήρησε ότι μια μέρα που ο ίδιος ξετύλιγε μια τσίχλα ο ασθενής την κοίταζε και υπέθεσε ότι πιθανά η τσίχλα να λειτουργούσε για τον ασθενή ως ενισχυτικό ερέθισμα. Ο ψυχολόγος συναντούσε τον ασθενή δύο με τρεις φορές τη βδομάδα και τις πρώτες δύο βδομάδες του έδειχνε μια τσίχλα και περίμενε μέχρι ο ασθενής να τον κοιτάξει, οπότε και του την έδινε. Ως το τέλος της βδομάδας, ο θεραπευόμενος κοίταζε σταθερά την τσίχλα. Μια φορά που ο θεραπευόμενος κοίταζε την τσίχλα, ο ψυχολόγος παρατήρησε μια πολύ λεπτή κίνηση των χειλιών του, και στο εξής περίμενε το βλέμμα και την κίνηση των χειλιών προτού του προσφέρει την τσίχλα. Η ενίσχυση της κίνησης των χειλιών συνοδεύτηκε γρήγορα από μια μικρή κίνηση του λάρυγγα και όταν ο θεραπευόμενος άρχισε, έστω και πρωτογενώς να μιλά, ο ψυχολόγος αποφάσισε να «εκμεταλλευτεί» την επίδραση ενός-πιθανώς-προηγούμενου ιστορικού ενίσχυσης για τη λεκτική συμπεριφορά. Δείχνοντας την τσίχλα, ο ψυχολόγος έλεγε «Τσίχλα. Τσίχλα. Πες τσίχλα» Ο ψυχολόγος ενίσχυε τις εγγύτατες προσεγγίσεις της επιθυμητής δράσης, και έξι βδομάδες

μετά ο θεραπευόμενος είπε ξαφνικά «τσίχλα, παρακαλώ». Στη συνέχεια, και χωρίς άλλη διαμόρφωση, ο θεραπευόμενος απάντησε ερωτήματα σχετικά με το όνομά του και τη χρονολογία γέννησής του.

Για να είναι αποτελεσματικός ένας ενισχυτής, χρειάζεται να είναι κάτι που είναι επιθυμητό, άμεσο και αντανakλαστικό της συμπεριφοράς. Θα μπορούσαμε λοιπόν να θεωρήσουμε τους ενισχυτές ως ανταμοιβές ή κίνητρα που επηρεάζουν την ψυχοφυσιολογική λειτουργία (μειώνουν τα συμπτώματα άγχους μέσω των στρατηγικών αντιμετώπισης) και τα συναισθήματα (μειώνουν τη δυσφορία), μπορούν να καθοριστούν από εξωτερικούς παράγοντες (λαμβάνοντας επαίνους και ενθάρρυνση από το θεραπευτή) αλλά και από εσωτερικούς (έχοντας την εμπειρία της προόδου ή της επιτυχίας προς τη μείωση των συγκεκριμένων προβλημάτων και προς τους θεραπευτικούς στόχους). Μια σημαντική συνέπεια αυτών των αρχών είναι ότι χρειάζεται κανείς να εξασκείται στις συμπεριφορές αυτές ώστε να διατηρούνται τα θεραπευτικά κέρδη (L'Abate, 1984, 1994, 1997).

Μια άλλη σημαντική συνέπεια είναι ότι αν και ο έπαινος και η ενθάρρυνση από το θεραπευτή, και άλλες εξωτερικές ενισχύσεις, είναι δυνατό να βοηθήσουν το θεραπευόμενο να εμπλακεί σε έργο μεταξύ των συνεδριών, επειδή ακριβώς είναι εξωτερικές, πιθανά να μην είναι αξιόπιστες για τη μακρόχρονη διατήρηση της αλλαγής. Οι ασθενείς είναι πιθανό να ευεργετηθούν περισσότερο από δραστηριότητες που έχουν ξεκάθαρα εσωτερικές ενισχύσεις όπως μείωση του άγχους και της δυσφορίας και αύξηση θετικών εμπειριών. Κατά συνέπεια, στόχοι που μειώνουν το άγχος και αυξάνουν τη λειτουργικότητα του ασθενούς προσφέρουν ένα σημαντικό ενισχυτή που βοηθά στη διατήρηση της αλλαγής.

Προγράμματα ενίσχυσης

Η θεωρία της συμπεριφοράς απέδειξε ότι διαφορετικά προγράμματα ενίσχυσης συμβάλλουν στη διατήρηση της συμπεριφοράς σε διαφορετικό επίπεδο (Skinner, 1971). Για την εκμάθηση και εδραίωση μιας νέας συμπεριφοράς, πιο αποτελεσματική στην αρχική φάση είναι η παροχή συνεχούς ενίσχυσης. Στην εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων είναι σημαντικό κάθε προσπάθεια του εκπαιδευόμενου να ενισχύεται σταθερά, ώστε να εδραιωθούν οι νέες δεξιότητες. Αφού σταθεροποιηθεί μια συμπεριφορά, η συνεχής ενίσχυση δεν είναι απαραίτητη. Τότε ενδείκνυται η απρογραμμάτιστη ενίσχυση, η οποία προσφέρει το πλεονέκτημα ότι εμποδίζει την απόσβεση της μαθημένης συμπεριφοράς (Κολιάδης, 1989). Ο Skinner υποστήριξε ότι τα μη συνεχή προγράμματα που απαιτούν διαφορετικά επίπεδα της επιθυμητής συμπεριφοράς που παρέχονται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές είναι περισσότερο πιθανό να συμβάλλουν στην εμφάνιση μιας πιο σταθερής, καινούριας συμπεριφοράς (Skinner, 1971). Στην πραγματική ζωή μια καινούρια, σύνθετη συμπεριφορά, όπως η εμπλοκή σε μια σειρά δραστηριοτήτων με στόχο τη βελτίωση της διάθεσης, την αποφυγή της απόσυρσης και την αύξηση ενός αισθήματος κυριαρχίας και αυτο-αποτελεσματικότητας διατηρείται μέσω μη συνεχούς ενίσχυσης καθώς η ίδια δραστηριότητα προκαλεί κάθε φορά

διαφορετικά ή διαφορετικής έντασης αποτελέσματα στη διάθεση του θεραπευομένου. Για παράδειγμα, μια βόλτα ή κάποια μορφή άσκησης δεν προκαλεί πάντα τα ίδια συναισθήματα στο θεραπευόμενο, καθώς οι περιβαλλοντικές συνθήκες, η προηγούμενη διάθεση αλλά και άλλα γεγονότα στη ζωή του επηρεάζουν τη δράση της (Kazantis & L' Abate, 2005).

Εκμάθηση σύνθετων μορφών συμπεριφοράς

Η εκμάθηση μιας σύνθετης συμπεριφοράς απαιτεί συχνά το χωρισμό της σε μικρότερα μέρη. Κάθε μέρος της συμπεριφοράς που μοιάζει με την τελική, ή με τα ενδιαμέσως στάδια της, ενισχύεται αρχικά σταθερά με συνεχείς ενισχύσεις μέχρι να εγκατασταθεί. Με τον τρόπο αυτό, τμήματα συμπεριφοράς που θεωρούνται ότι συναποτελούν ένα στόχο, μπορούν να θεωρηθούν ως κρίκοι μιας αλυσίδας, με κάθε βήμα να χρησιμεύει ως διακριτή προηγούμενη λειτουργία για την επόμενη αντίδραση που πρέπει να ενισχυθεί και να μαθευτεί καλά ώστε να αποτελέσει νέο διακριτό σήμα ερέθισμα για την επόμενη ενότητα (Skinner, 1971). Χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτής της τεχνικής είναι ότι τα μεμονωμένα μέρη της υπό μάθηση περίπλοκης συμπεριφοράς πρέπει να έχουν μια σταθερή και συνεπή διαδοχική σειρά, να ενισχύονται θετικά, να μαθαίνονται σωστά και να αποφεύγονται οι αποτυχίες.

Πλείστες μορφές πολύπλοκης συμπεριφοράς καθώς και η περαιτέρω εκλέπτυνσή της, όπως μυοκινητικές και ψυχοκινητικές δεξιότητες, λεκτική συμπεριφορά, αλλαγή και τροποποίηση στάσεων και απόψεων, επιτυγχάνονται με τη σταδιακή διαμόρφωση συμπεριφοράς. Το μικρό παιδί μαθαίνει σταδιακά με τον τρόπο αυτό να πλένει τα δόντια του και να δένει τα κορδόνια των παπουτσιών του ενώ οι ενήλικες να οδηγούν, με την παρεμβολή διαδοχικών σταδίων μερικότερης μάθησης (Κολιάδης, 1989).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η γνώση των διακυμάνσεων του άγχους κατά την έκθεση σε κάποιες δραστηριότητες, που μπορεί να επιτευχθεί με την ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη αίσθηση κυριαρχίας και προόδου σχετικά με τους θεραπευτικούς στόχους, γεγονός που λειτουργεί ως φυσικός ενισχυτής. Αυτές οι νέες δεξιότητες μπορούν να συμπληρώσουν προηγούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης και έτσι να δημιουργηθεί μια καινούρια σύνθετη και περισσότερο λειτουργική συμπεριφορά.

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι οι θεωρίες μάθησης εξήγησαν ένα μεγάλο μέρος της συμπεριφοράς, έγινε από νωρίς φανερό και μέσα στους κόλπους του Συμπεριφορισμού ότι στη διαδικασία της διαμόρφωσης και της εγκαθίδρυσης μιας συμπεριφοράς εκτός από τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ερεθίσματος και απάντησης χρειαζόταν να συνεκτιμηθούν και οι μεταξύ τους συνδέσεις, ο τρόπος που το σκεπτόμενο άτομο προσλαμβάνει και ερμηνεύει τις διάφορες συνθήκες της μάθησης (Μπουλουγούρης, 1992). Αναγνωρίστηκε η ύπαρξη του «μαύρου κουτιού» των ενδιαμέσων δηλαδή μεταβλητών, όπως τα κίνητρα, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις του θεραπευομένου και γενικότερα οι σκέψεις και τα συναισθήματα του, που επηρεάζουν την συμπεριφορά του (Bergin, 1971). Το θέμα των ενδιαμέσων μεταβλητών άρχισε να απασχολεί τους θεωρητικούς από το 1930 (Hull, 1943; Hebb, 1949, αναφ. στο

Καλαντζή, 2002) οπότε εισήχθη η έννοια του «οργανισμού» που παρεμβάλλεται μεταξύ ερεθίσματος και αντίδρασης και επηρεάζει τη σχέση τους. Ο Skinner αν και αναγνώρισε την ύπαρξη των ενδιάμεσων μεταβλητών, δεν τις μελέτησε και δεν τις περιέλαβε στο μοντέλο του για μεθοδολογικούς ή ιδεολογικούς λόγους, καθώς δεν ήταν παρατηρήσιμες (Skinner, 1974, αναφ. στο Καλαντζή, 2002). Την ίδια εποχή ο Tolman (1932, αναφ. στο Καλαντζή, 2002) πρότεινε την έννοια του γνωσιακού χάρτη που αποτέλεσε μια από τις έννοιες-κλειδιά στην εξέλιξη του μοντέλου ερμηνείας της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Οι μεταβλητές αυτές αποτέλεσαν το αντικείμενο διερεύνησης των γνωσιακών θεωριών, εμπλούτισαν και διεύρυναν το συμπεριφορικό μοντέλο και ενίσχυσαν σε μεγάλο βαθμό την ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών εμπλουτίζοντας σημαντικά τη λειτουργικότητά του (Beck, 1979).

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε εν συντομία τις κύριες έννοιες των γνωσιακών θεωριών και ιδιαίτερα τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης και της αυτό-αποτελεσματικότητας του Bandura (1969; 1977α; 1977β; 1982) με στόχο να διαφανεί η σημασία τους για την ανάθεση έργου και οι αλλαγές που το έργο καλείται να επιφέρει στο θεραπευόμενο.

Γνωσιακές θεωρίες

Οι πρώτες προσπάθειες εμπλουτισμού του μοντέλου μάθησης έγιναν από θεωρητικούς των κοινωνιογνωστικών θεωριών Mahoney (1979), Meichenbaum (1977), Kanfer (1961), Bandura (1969) και Michel (1968), οι οποίοι τόνισαν τη σημασία των γνωστικών διεργασιών στη διαμόρφωση και τροποποίηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και εστίασαν την επιστημονική τους δραστηριότητα στην ανάπτυξη τεχνικών και μεθόδων τροποποίησης που έχουν επίσης πλείστες εφαρμογές στην κλινική διαδικασία (Κολιάδης, 1994). Βασική θέση της νέας ψυχολογικής κατεύθυνσης είναι η γνωσιακή αναδόμηση, δηλαδή η αλλαγή στις σκέψεις, στις στάσεις, στις προσδοκίες στα συναισθήματα και στις άλλες εσωτερικές διεργασίες του ατόμου, η οποία αναμένεται να επιφέρει επίσης αλλαγή και τροποποίηση στην εξωτερική, έκδηλη συμπεριφορά του ανθρώπου.

Οι θεωρίες της κοινωνικής μάθησης και της αυτό-αποτελεσματικότητας

Ο Bandura (1986) τόνισε ότι η μοναδικότητα του ανθρώπου οφείλεται στις ανώτερες νοητικές λειτουργίες που τον καθιστούν ικανό να παίρνει αποφάσεις με αυτόνομο, μοναδικό τρόπο, παρατηρώντας, καταγράφοντας, αξιολογώντας ή εκτιμώντας τη συμπεριφορά του (αυτορρυθμιστική ικανότητα). Υποστήριξε ότι υπάρχουν τέσσερις ανώτερες νοητικές λειτουργίες: (1) *η συμβολική ικανότητα*, η ικανότητα δηλαδή του ανθρώπου να δημιουργεί συμβολικά αντίγραφα του κόσμου, (2) *η προβλεπτική ικανότητα*, η ικανότητα δηλαδή να παίρνει αποφάσεις για το παρόν προβλέποντας μελλοντικά γεγονότα, (3) *η μαθησιακή ικανότητα*, η ικανότητα δηλαδή να μαθαίνει (και από τις εμπειρίες των άλλων) και, (4) *η μεταγνωστική ικανότητα*, η ικανότητα να παρατηρεί και να αξιολογεί την ίδια τη νοητική του λειτουργία. Κατά συνέπεια, η αλληλεπίδραση των μελών μιας κοινωνίας και τα πρότυπα

που προβάλλονται παίζουν αποφασιστικό ρόλο στη μάθηση κι επομένως στη μορφοποίηση της συμπεριφοράς.

Μέσω της παρατήρησης των άλλων μαθαίνουμε. Παρατηρούμε τις συμπεριφορές τους και παίρνουμε πληροφορίες σχετικά με το αποτέλεσμα που έχουν για τον παρατηρούμενο. Αν οι συνέπειες είναι θετικές, μιμούμαστε τη συγκεκριμένη συμπεριφορά σε ανάλογες συνθήκες. Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του παρατηρούμενου, όπως αν είναι ένα πρόσωπο οικείο, με αυξημένο κοινωνικό γόητρο ή κοινωνική δύναμη και κατέχει ειδικές γνώσεις, ενισχύουν την πιθανότητα να λειτουργήσει ως μοντέλο-πρότυπο συμπεριφοράς. Η μίμηση μπορεί να γίνεται για βραχεία χρονική περίοδο ή να είναι επαναλαμβανόμενη, να είναι στιγμιαία ή επιβραδυνόμενη, δηλαδή να συμβαίνει μετά από ώρες, ημέρες ή και μήνες από τότε που είδε κάποιος το μοντέλο, το οποίο μπορεί να είναι ζωντανό ή σε εικονική παράσταση, φιλμ, φωτογραφία ή σε συμβολική μορφή στη σκέψη του ανθρώπου.

Στο πλαίσιο αυτών των παρατηρήσεων σχετικά με το ρόλο της συμμετοχικής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς στη θεραπεία των φοβικών διαταραχών, ο Bandura (1977; 1997) παρατήρησε ότι οι υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για την αποτελεσματικότητά του καθορίζουν την ευκολία με την οποία επιτυγχάνονται και διατηρούνται οι αλλαγές στη συμπεριφορά. Με άλλα λόγια οι προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας, όπως τις ορίζει ο ίδιος (Bandura, 1982), δηλαδή οι αξιολογήσεις που κάνει το άτομο για το πόσο καλά μπορεί να εκτελέσει μια πράξη που απαιτείται προκειμένου να αντιμετωπίσει μια επικείμενη κατάσταση, προσδιορίζουν τις επιλογές που θα κάνει και την επιμονή που θα έχει ώστε να συνεχίσει τις προσπάθειές του για να αντιμετωπίσει δυσκολίες ή να αποφύγει αποστροφικές εμπειρίες (Μπουλουγούρης, 1992).

Εφαρμογές στην ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών

Τόσο η μάθηση μέσω της μίμησης προτύπου όσο και οι πεποιθήσεις αυτό-αποτελεσματικότητας επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το σχεδιασμό στόχων, την εμπλοκή των θεραπευόμενων σε αυτούς και τις συνέπειες της πραγματοποίησής τους στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Συγκεκριμένα, η απόφαση του θεραπευόμενου να εμπλακεί σε δραστηριότητες επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις πεποιθήσεις του για την αποτελεσματικότητά του. Οι θεραπευόμενοι είναι πιθανό να εμπλακούν σε δραστηριότητες για τις οποίες αισθάνονται επαρκείς και έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους ότι θα τα καταφέρουν και να αποφύγουν εκείνες για τις οποίες δεν αισθάνονται ικανοί. Μόνο αν θεωρούν ότι οι προσπάθειες τους θα έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα έχουν το κίνητρο να εμπλακούν σε αυτές. Οι πεποιθήσεις επίσης συσχετίζονται με το πόση προσπάθεια θα καταβάλλουν στην εργασία, πόσο θα επιμένουν αν αντιμετωπίσουν δυσκολίες και πόσο ανθεκτικοί θα είναι αν αντιμετωπίσουν αντίξοες καταστάσεις.

Άτομα με πεποιθήσεις χαμηλής αυτό-αποτελεσματικότητας παραιτούνται εύκολα από

τις προσπάθειες που κάνουν και έτσι δεν πετυχαίνουν τους στόχους τους. Αντίθετα, άτομα με πεποιθήσεις υψηλής αυτό-αποτελεσματικότητας αυξάνουν τις προσπάθειές τους για αυτό που θέλουν να πετύχουν (Bandura, 1982). Συνεπώς, η ισχύς της αυτό-αποτελεσματικότητας κάποιου είναι ένας καλός δείκτης για το έργο που πρόκειται να εκτελέσει, δηλαδή για το αν θα επιχειρήσει το έργο μεταξύ των συνεδριών αλλά και για το εάν θα το ολοκληρώσει.

Επιπλέον, τα άτομα με πεποιθήσεις χαμηλής αυτό-αποτελεσματικότητας επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την κοινωνική μάθηση, την παρατήρηση δηλαδή άλλων ανθρώπων που επιχειρούν κάποιο έργο και ιδιαίτερα των συνεπειών των πράξεών τους (Mischel, 1968, 1973, 1979), καθώς όταν διαπιστώνουν ότι και άλλα άτομα αποτυγχάνουν στις προσπάθειές τους, γίνονται περισσότερο απαθή και μειώνεται ακόμα περισσότερο η πίστη στην αυτό-αποτελεσματικότητά τους.

Κατά συνέπεια, είναι σημαντικό το είδος των εμπειριών που αποκτά κανείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας, καθώς επηρεάζει γενικότερα το αίσθημα της ικανότητας του θεραπευόμενου να αντιμετωπίσει απειλές. Οι θεραπευτές επιδιώκουν την αύξηση των πεποιθήσεων αυτό-αποτελεσματικότητας των θεραπευόμενων τους σχεδιάζοντας στόχους που έχουν μεγάλες πιθανότητες επιτυχίας ώστε να αποκτήσουν οι ασθενείς επιτυχημένες εμπειρίες καθώς θα εκτίθενται σε κάτι που τους φοβίζει. Για παράδειγμα, σε έναν ασθενή με φοβίες συνιστάται (Bandura et al., 1987) ο θεραπευτής να τον ενθαρρύνει να αντιμετωπίσει φοβικές καταστάσεις γρήγορα, σχεδιάζοντας στόχους σταδιακά αυξανόμενης δυσκολίας και να τον υποβοηθά ακόμα και με τις φυσικές του δυνάμεις, υποβαστώντας τον από το χέρι αν για παράδειγμα φοβάται να ανέβει ή να κατέβει σκάλες. Στην συνέχεια, ο θεραπευτής χρειάζεται να αυξάνει σταδιακά το χρόνο έκθεσης στο φοβογόνο ερέθισμα ενώ ο ίδιος ή κάποιος έμπιστος από το περιβάλλον του ασθενή παίζει το ρόλο του μοντέλου ανεβαίνοντας τη σκάλα χωρίς να κρατιέται, κάτι που εν συνεχεία επαναλαμβάνει και ο ίδιος.

Η περιγραφόμενη τακτική, οι προσωπικές δηλαδή εμπειρίες και τα επιτεύγματα του θεραπευόμενου, είναι μια από τις τέσσερις πηγές διαμόρφωσης προσδοκιών αυτό-αποτελεσματικότητας. Οι άλλες τρεις πηγές πληροφόρησης, που χρησιμοποιούνται και από το θεραπευτή, είναι: η μάθηση μέσω προτύπου, η λεκτική πειθώ και η σωματική διέγερση (Καλαντζή-Αζίζι, 2002; Μπουλουγούρης, 1992).

Η μάθηση μέσω προτύπου χρησιμοποιείται με διπλό στόχο. Την εκπαίδευση στην κατάλληλη συμπεριφορά και ταυτόχρονα την αύξηση των πεποιθήσεων αυτό-αποτελεσματικότητας. Οι θεραπευτές χρησιμοποιούν ως αντικείμενο παρατήρησης-συνθεραπευτή κάποιο πρόσωπο με χαρακτηριστικά που ενισχύουν το συγκεκριμένο τρόπο μάθησης, δηλαδή ένα πρόσωπο οικείο, τον εαυτό τους ή κάποιον που αντιμετώπιζε παρόμοια προβλήματα στο παρελθόν, ο οποίος εκτελεί μια απειλητική για το θεραπευόμενο δραστηριότητα χωρίς να έχει δυσμενείς επιπτώσεις. Όσο περισσότερο ο παρατηρούμενος ευεργετείται από την εμπειρία του και η βελτίωση του διαρκεί, τόσο αυξάνουν οι πιθανότητες της μάθησης μέσω παρατήρησης. Η συγκεκριμένη τεχνική είναι ιδιαίτερα ευεργετική όταν ο θεραπευόμενος

έχει φτωχή προηγούμενη εμπειρία με μια συγκεκριμένη δραστηριότητα. Σε ασθενείς με μακρόχρονες τελετουργίες καθαρισμού ο θεραπευόμενος συχνά δυσκολεύεται να καθορίσει τι ορίζεται ως «φυσιολογικό» πλύσιμο, πόσο διαρκεί και με ποιο τρόπο γίνεται, και γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η επίδειξη από τη μεριά του θεραπευτή ή ενός οικείου προσώπου που ο ασθενής εμπιστεύεται. Όμοια, στην εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, ο τρόπος που κάποιος ανοίγει και κατόπιν συντηρεί μια συζήτηση συχνά δεν ανήκει στο ρεπερτόριο του εκπαιδευόμενου και για το λόγο αυτό, η παρατήρηση και μίμηση ενός προτύπου δεν είναι απλά βοηθητική αλλά απαραίτητη.

Η λεκτική πειθώ συνιστάται στις συμβουλές, τα λεκτικά σχήματα, τις ιστορίες ή τους «μύθους» που μεταφέρουν οι άλλοι και χρησιμοποιείται ώστε το άτομο να πεισθεί ότι έχει τις ικανότητες να επιτύχει αυτό που επιθυμεί. Από μόνη της δύσκολα επιφέρει ενδυνάμωση των προσδοκιών με διάρκεια στο χρόνο και για το λόγο αυτό δεν χρησιμοποιείται αυτόνομα παρά ως επικουρική τεχνική. Η επίδρασή της είναι μεγαλύτερη σε άτομα τα οποία έχουν ήδη κάποιο λόγο να πιστεύουν ότι μπορούν να τα καταφέρουν (Καλαντζή-Αζίζι, 2002). Ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον πελάτη ότι έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει το στόχο του και επιβεβαιώνει ότι η εργασία μπορεί να επιτευχθεί. Η προσαρμογή των εργασιών στα προβλήματα του κάθε θεραπευόμενου και στο επίπεδο των ικανοτήτων του αποτελεί μέρος της ενθάρρυνσής του για την ολοκλήρωση του έργου (Beck, 1979). Ο ρόλος της ενθάρρυνσης μπορεί να επεκταθεί και στα μέλη της οικογένειας. Παράλληλα, η πραγματοποίηση του στόχου αναμένεται να ενισχύσει το θεραπευόμενο, να τον ανατροφοδοτήσει για τις ικανότητές του και τέλος να αυξήσει τις πεποιθήσεις που αφορούν στην αυτό-αποτελεσματικότητά του οι οποίες στην συνέχεια θα αυξήσουν και την προθυμία του να εμπλακεί σε καινούριους στόχους.

Τέλος, όσο αφορά στο επίπεδο της σωματικής διέγερσης, είναι γνωστό ότι η αξιολόγηση των δυνατοτήτων του ατόμου και η εκτίμηση της επικυνδυνότητας μιας στρεσογόνου κατάστασης βασίζεται εν μέρει σε πληροφορίες που έχουν την προέλευσή τους στην κατάσταση του σώματός του. Επιπλέον, η βελτίωση εκτιμάται στη βάση των φυσιολογικών και συναισθηματικών ερεθισμάτων, όπως το άγχος, η εγρήγορση και οι αλλαγές της διάθεσης, τα οποία και τροφοδοτούν εμμέσως τις πεποιθήσεις αυτό-αποτελεσματικότητας. Οι θεραπευόμενοι αισθάνονται ότι τα καταφέρνουν σε καταστάσεις που δεν βιώνουν ένταση. Η έντονη διέγερση σε απαιτητικές περιστάσεις εκτιμάται ως ένδειξη ευαλωτότητας και συνδέεται γενικά με την αποτυχία (Καλαντζή-Αζίζι, 2002). Για το λόγο αυτό, ο θεραπευτής φροντίζει να προκαλούν οι εργασίες ένα μέτριο επίπεδο συναισθηματικής εγρήγορσης ώστε ο θεραπευόμενος να είναι σε θέση να πραγματοποιήσει το έργο του και να ευεργετηθεί από αυτό (Μπουλουγούρης, 1992).

Οι αρχές της γνωσιακής ψυχοθεραπείας

Οι μεταβλητές που εισήχθησαν με τις κοινωνικές θεωρίες μάθησης και τα δεδομένα

από την ερευνητική και κλινική τους εφαρμογή αποτέλεσαν το αντικείμενο διερεύνησης των γνωσιακών θεωριών οι οποίες διατυπώθηκαν συστηματικά για πρώτη φορά το 1967 από τον ψυχίατρο Aaron Tim Beck που θεωρείται και ο ιδρυτής της γνωσιακής ψυχοθεραπείας (Salkovskis, 1996) και ενσωματώθηκαν στις βασικές προτάσεις του για την εισαγωγή έργου μεταξύ των συνεδριών. Ο Beck (1979) αναφέρει ότι η λογική του έργου χρειάζεται να στηρίζεται στα πλεονεκτήματα που είχε αυτό σε άλλους ασθενείς που ενεπλάκησαν και προτείνει να χρησιμοποιείται ένα μοντέλο για μίμηση όπου κρίνεται κατάλληλο.

Ο Beck και οι συνεργάτες του (1979) έκαναν συστάσεις για την ενσωμάτωση εργασιών μεταξύ των συνεδριών στην ψυχοθεραπεία σύμφωνα με τις οποίες ο θεραπευτής ενθαρρύνεται να δίνει μια λεπτομερή λογική του έργου που ανατίθεται, να λύνει με τους πελάτες τα πρακτικά προβλήματα που εμφανίζονται στην πραγματοποίηση του στόχου, να λαμβάνει υπόψη την ικανότητα του πελάτη και τη δυσκολία του έργου και να συζητά με τον πελάτη τις στάσεις του και τις πεποιθήσεις του σχετικά με αυτό, τονίζοντας με τον τρόπο αυτό και την ανάγκη συνεργασίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου ώστε να αυξάνονται οι πιθανότητες εμπλοκής του θεραπευόμενου και η επιτυχής ολοκλήρωση του έργου.

Συμπερασματικά, τόσο η συμπεριφορική όσο και η γνωσιακή θεωρία της συμπεριφοράς υποστηρίζουν την ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών με κύριο στόχο την εκμάθηση νέων συμπεριφορών, με την ταυτόχρονη αποδυνάμωση παθολογικών συμπεριφορών, τη γενίκευσή τους σε άλλες συνθήκες και τη διατήρησή τους στο χρόνο. Η επαναλαμβανόμενη συμμετοχή σε έργο μεταβάλλει τις πεποιθήσεις και γενικότερα τις γνώσεις του θεραπευόμενου τόσο σχετικά με τον εαυτό του όσο και με το περιβάλλον και αυξάνει την αίσθηση ελέγχου και κυριαρχίας που έχει ο ασθενής.

Η μίμηση ενός προτύπου εμπλουτίζει το ρεπερτόριο του ασθενούς, βοηθά την προβλεπτική του ικανότητα, καθώς του δίνει ενδείξεις για τα αποτελέσματα μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, και ενισχύει τις πιθανότητες εμπλοκής του σε παρόμοια δραστηριότητα, γεγονός, που με τη σειρά του, αυξάνει την εκτίμησή του ότι μπορεί να τα καταφέρει. Αυξημένη εκτίμηση αυτό-αποτελεσματικότητας συνδέεται με μεγαλύτερη επιμονή και καλύτερη αντιμετώπιση αντιξοοτήτων και κατ' επέκταση αυξημένα θεραπευτικά κέρδη.

Εξ αιτίας του κεντρικού και κρίσιμου ρόλου του, το έργο που ανατίθεται για το σπίτι, έχει προσελκύσει το μεγαλύτερο ερευνητικό ενδιαφέρον από κάθε άλλο μεμονωμένο παράγοντα της θεραπευτικής διαδικασίας της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας (Persons, Davidson, & Tompkins, 2001). Έρευνες που αφορούν στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα έχουν δείξει ότι όταν η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία συμπεριλαμβάνει ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών έχει σημαντικά καλύτερη έκβαση σε σχέση με θεραπεία που περιορίζεται αποκλειστικά σε ενδοσυνεδριακή δουλειά (Beutler et al., 2004; Kazanzis, Deane, & Ronan, 2000). Επιπλέον, τα ποσοστά καλού θεραπευτικού αποτελέσματος αυξάνονται όταν οι θεραπευόμενοι ολοκληρώνουν το έργο για το σπίτι, εύρημα που έχει επαληθευτεί σε μια ποικιλία εφαρμογών της εν λόγω ψυ-

χοθεραπείας (Abramowitz et al., 2002; Burns & Spangler, 2000; Coon & Thompson, 2003; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000).

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα είδη του έργου που καλούνται οι θεραπευόμενοι να πραγματοποιήσουν μεταξύ των συνεδριών στο πλαίσιο της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας αγχώδων διαταραχών.

Είδη εργασίας

Οι πρώτες προσπάθειες περιγραφής του είδους της εργασίας που ανατίθεται στο σπίτι, στηρίχθηκαν σε αναδρομές της βιβλιογραφίας. Το έργο για το σπίτι περιγραφόταν ως ενεργητικό ή παθητικό (Hay & Kinnier, 1998), άμεσο ή έμμεσο, συμπεριφορικό ή μη, παράδοξο ή μη (Brown-Standridge, 1989). Οι Scheel και συνεργάτες (1999) ανέλυσαν το περιεχόμενο εκείνου του τμήματος των συνεδριών που αφορούσε στην ανάθεση έργου και προσδιόρισαν τις παρακάτω κατηγορίες έργου: κοινωνικές δραστηριότητες, διαχείριση άγχους, αύξηση της αυτοεκτίμησης, επικύρωση της εμπειρίας, επαναπροσδιορισμός του νοήματος, αναφορές, λήψη αποφάσεων και αιτήσεις για δράση.

Οι τυπικές εργασίες στη γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αφορούν πρακτική σε τεχνικές διαχείρισης του άγχους (όπως διαφραγματική αναπνοή και μυϊκή χαλάρωση), καταγραφή επιπέδων άγχους, καταγραφή λίστας αποφυγών, έκθεση, καταγραφή και ανασκευή αυτόματων σκέψεων σχετικών με το άγχος και τον πανικό, πρόκληση κρίσης πανικού και έλεγχο και καταγραφή των πεποιθήσεων σχετικά με τον έλεγχο που έχει ο ασθενής στα συμπτώματά του (Leahy, 2005)

Γενικά, η εργασία για το σπίτι αποτελεί μέρος της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας από την πρώτη συνεδρία. Φυλλάδια που αφορούν στη συγκεκριμένη διαταραχή για την οποία ο θεραπευόμενος ζητά θεραπεία ή στη λογική της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης δίνονται για διάβασμα στο σπίτι ή, αν έχει ηχογραφηθεί η συνεδρία, ανατίθεται στους θεραπευόμενους να ακούσουν την κασέτα και να κάνουν μια ανασκόπηση όσων συζητήθηκαν ώστε να εμπεδωθούν τι έχουν μάθει και τι απορίες έχουν (Foa & Routhbaum, 1998). Άλλες ασκήσεις που συχνά ανατίθενται στα πρώτα στάδια της θεραπείας αφορούν καταγραφές, είτε γνωσιών είτε συμπεριφορών, που βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση της φύσης του προβλήματος.

Οι συγκεκριμένες καταγραφές είναι εξαιρετικά βοηθητικές τόσο για τους θεραπευτές όσο και για τους θεραπευόμενους, ιδιαίτερα αν οι τελευταίοι δυσκολεύονται να περιγράψουν επακριβώς τα προβλήματά τους, όταν αυτά κατακλύζουν ολόκληρη τη μέρα τους, καθώς αποτελούν μια πρώτη ένδειξη ότι ο θεραπευόμενος έχει κατανοήσει τη λογική της θεραπείας, βοηθούν στην εγκαθίδρυση της συνεργατικής σχέσης του με τον θεραπευτή του και τον βοηθούν επίσης να αξιολογήσει καλύτερα τη συμπεριφορά του (Huppert, 2006). Ένας ασθενής με διαταραχή πανικού, κατά τη διάρκεια της καταγραφής συνειδητοποίησε

ότι ο λόγος που είχε πάντα χρήματα μαζί του, όταν απομακρυνόταν από το σπίτι του, ήταν για να μπορέσει να καλέσει ταξί αν του συνέβαινε κάτι ώστε να καταφέρει να επιστρέψει γρήγορα σπίτι του. Η καταγραφή φέρνει αντιμέτωπο τον ασθενή με τις καταστάσεις που του προκαλούν άγχος και είναι δυνατό να προκαλέσει άγχος και η ίδια. Μερικοί ασθενείς επικεντρώνονται, με την καταγραφή, για πρώτη φορά στο άγχος τους αντί να προσπαθούν να το αποφύγουν, γεγονός που την αναδεικνύει σε εξαιρετική εισαγωγή στη θεραπεία έκθεσης, που αποτελεί το καθαντό θεραπευτικό τμήμα και αποτελείται από άλλου τύπου εργασίες .

Ειδικότερα για τις αγχώδεις διαταραχές, η θεραπεία συμπεριφοράς επικεντρώνεται στη συνέχεια στις τεχνικές έκθεσης, στην αντιμετώπιση δηλαδή των καταστάσεων που οι ασθενείς αποφεύγουν (Huppert, 2006). Οι αποφυγές των ασθενών, φανερές (π.χ. κάποιος με κοινωνική φοβία αρνείται να βγάλει ένα λόγο δημόσια) ή συγκαλυμμένες (π.χ. κάποιος μιλά σιγανά ώστε να αποφύγει να παρατηρήσει το κοινό πιθανά λάθη του), αποτελούν στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς με στόχο να προλάβουν την πρόκληση κακού ή άλλες αρνητικές συνέπειες, όπως συμπτώματα άγχους, κρίση πανικού ή ακόμα και θάνατο (Marks, 1981a). Με τον ίδιο τρόπο λειτουργούν και οι τελετουργίες στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή άγχους (κάποιος που φοβάται τα μικρόβια και τη μόλυνση πλένει προσεχτικά τα χέρια του ώστε να μην κολλήσει κάποια αρρώστια).

Ενώ η αποφυγή είναι βοηθητική βραχυπρόθεσμα, καθώς μειώνει το άγχος, μακροπρόθεσμα διατηρεί το άγχος καθώς εμποδίζει τον ασθενή να μάθει ότι αυτό που φοβάται ότι θα συμβεί εάν αντιμετωπίσει μια κατάσταση είναι απίθανο να συμβεί. Επιπλέον, η αποφυγή εμποδίζει τους ασθενείς να μάθουν ότι αν παραμείνουν στην κατάσταση που τους προκαλεί άγχος, χωρίς τη χρήση συμπεριφορών ασφαλείας ή τελετουργιών, το άγχος θα μειωθεί. Επομένως, το βασικό στοιχείο για την αντιμετώπιση του άγχους είναι η έκθεση στα ερεθίσματα που προκαλούν φόβο και η διακοπή όλων των συμπεριφορών ασφαλείας, τελετουργιών και φανερών αποφυγών (Marks, 1981a, 1981b). Γενικότερα, δίνεται έμφαση στην εξάλειψη όλων των αποφυγών του ασθενούς, δεδομένου ότι οι αποφυγές που παραμένουν μετά το τέλος της θεραπείας μπορούν να προκαλέσουν υποτροπή στο μέλλον (Fava et al., 1995; Park et al., 2001).

Τρεις τύποι ασκήσεων έκθεσης χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των διαταραχών άγχους: (1) ασκήσεις έκθεσης στην πραγματικότητα, (2) ασκήσεις έκθεσης στη φαντασία και (3) ασκήσεις έκθεσης σε ιδιοδεκτικά ερεθίσματα (Huppert, 2006). Οι τρεις αυτοί τύποι θα παρουσιαστούν με λεπτομέρειες στη συνέχεια. Η εργασία για το σπίτι συνήθως περιλαμβάνει επανάληψη της έκθεσης που πραγματοποιείται στη συνεδρία ή διαφοροποιήσεών της.

Οι ασκήσεις έκθεσης στην πραγματικότητα αφορούν συστηματική και σταδιακή αντιμετώπιση των καταστάσεων, τόπων, δραστηριοτήτων που προκαλούν άγχος. Η ακριβής μορφή των ασκήσεων έκθεσης εξαρτάται από τα συγκεκριμένα προβλήματα του κάθε πελάτη. Για παράδειγμα, σε έναν ασθενή με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή που έχει φοβία

μόλυνσης από τα μικρόβια, μια άσκηση έκθεσης θα ήταν να αγγίξει ο ασθενής διάφορα αντικείμενα στο νοσοκομείο ή ιατρείο, όπως πόμολα και τηλεφωνικές συσκευές ή να κάνει χειραψία με το προσωπικό και μετά, όταν επιστρέψει στο σπίτι του, να μην πλύνει τα χέρια του για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Η άσκηση αυτή θα βοηθούσε τον ασθενή να δει ότι το άγχος του θα μειωνόταν χωρίς να εμπλακεί σε τελετουργίες και θα του έδειχνε ότι το να επισκεφτεί ένα νοσοκομείο δε σημαίνει απαραίτητα ότι θα αρρωστήσει. Μια άσκηση έκθεσης για το σπίτι θα μπορούσε να είναι να αγγίξει ο ασθενής αντικείμενα που του προκαλούν άγχος είτε στο σπίτι του είτε έξω από αυτό και στη συνέχεια να μην πλένει τα χέρια του για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Οι ασκήσεις έκθεσης στη φαντασία αποτελούν μια παραλλαγή των ασκήσεων έκθεσης στην πραγματικότητα. Ο ασθενής αντιμετωπίζει το αντικείμενο του φόβου του, κατάσταση, τόπο ή δραστηριότητα, μόνο που αυτή τη φορά η έκθεσή του συμβαίνει στη φαντασία του. Ο θεραπευόμενος καλείται να φανταστεί όσο πιο ζωντανά μπορεί μια κατάσταση που του προκαλεί φόβο και τις συνέπειές της, και όπως και στην έκθεση στην πραγματικότητα, να μην αποφύγει ή διαφύγει από τις συνέπειές της. Η συγκεκριμένη τεχνική χρησιμοποιείται κυρίως στη μετατραυματική διαταραχή άγχους, όπου ζητείται από τους ασθενείς να ανακαλέσουν στη μνήμη τους κατ' επανάληψη το τραυματικό γεγονός που έζησαν ώστε να μάθουν ότι ενώ αυτό καθ'αυτό ήταν επικίνδυνο, η ανάμνηση του δεν είναι. Αντιθέτως, η ανάκλησή του στη μνήμη, η προσπάθεια να το ξαναζήσει κανείς στη φαντασία του και στη συνέχεια να το αφηγηθεί ή να το καταγράψει και να το ακούει, εργασίες που συνήθως σχεδιάζονται και εφαρμόζονται σταδιακά στην εν λόγω διαταραχή, αμβλύνουν τα συμπτώματα άγχους και δυσαρέσκειας που αισθάνεται κανείς (Livaniou, 2001)

Τέλος, οι ασκήσεις έκθεσης σε ιδιοδεκτικά ερεθίσματα ή πρόκλησης συμπτωμάτων, όπως επίσης ονομάζονται, αφορούν στην έκθεση των ασθενών στα φυσιολογικά συμπτώματα άγχους (Craske & Barlow, 2000) και χρησιμοποιούνται κυρίως στη θεραπεία διαταραχής πανικού. Αν οι ασθενείς φοβούνται καρδιαγγειακά συμπτώματα, οι ασκήσεις περιλαμβάνουν κάποια μορφή άσκησης ή υπέρ-οξυγόνωση ώστε να βεβαιωθούν ότι τα συγκεκριμένα συμπτώματα μπορεί να είναι ενοχλητικά αλλά δεν είναι επικίνδυνα και δεν συνοδεύονται από καταστροφικά αποτελέσματα όπως έμφραγμα, λιποθυμία ή θάνατο.

Η έκθεση αποτελεί μια συμπεριφορική τεχνική, ωστόσο θα ήταν λάθος να υποστηρίξει κάποιος ότι οι γνώσεις αγνοούνται στη θεραπεία συμπεριφοράς. Κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού των ασκήσεων έκθεσης γίνονται συζητήσεις σχετικά με τις πιθανότητες να συμβεί κάτι από αυτά που ο ασθενής φοβάται. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της έκθεσης και μετά την ολοκλήρωσή της συζητούνται τα αποτελέσματα της έκθεσης με στόχο να ανασκευαστούν οι λανθασμένες αντιλήψεις των θεραπευόμενων, ενώ συχνά, χρησιμοποιούνται εξειδικευμένες γνωσιακές τεχνικές για την πρόκληση και την αναδόμηση των παράλογων σκέψεων ιδιαίτερα αν αυτές εμποδίζουν τους ασθενείς να πραγματοποιήσουν στόχους έκθεσης.

Η θεμέλιος λίθος της γνωσιακής θεραπείας είναι η τεχνική της γνωσιακής αναδόμησης. Οι ασθενείς εκπαιδεύονται πρώτα να αναγνωρίζουν τα γνωσιακά τους λάθη (διπολική σκέψη, καταστροφολογία, απαξίωση του θετικού, συναισθηματική λογική, ετικέτα, μεγέθυνση και σμίκρυνση, επιλεκτική αφαίρεση, διάβασμα σκέψης, υπεργενίκευση, προσωποποίηση, πρέπει και παρωπίδες) (J.Beck, 1995) και στη συνέχεια να ελέγξουν την ορθότητά τους και να τα ανασκευάσουν. Η ανασκευή των αρνητικών σκέψεων συχνά πραγματοποιείται με τη συλλογή λογικών δεδομένων που τις υποστηρίζουν ή τις καταρρίπτουν. Η συγκεκριμένη τεχνική οδηγεί σε πιο λειτουργικό τρόπο σκέψης και κατ' επέκταση σε μειωμένη συναισθηματική δυσφορία (Beck et al., 1985).

Για παράδειγμα, ένας ασθενής που φοβόταν ότι θα πάθει κρίση πανικού εάν απομακρυνθεί από το σπίτι του κατέγραψε την αυτόματη σκέψη ότι αν απομακρυνθεί θα λιποθυμήσει και εκτίμησε την πεποίθησή του ότι αυτό που φοβάται θα συμβεί πραγματικά, ως σχεδόν βέβαιο, με ποσοστό βεβαιότητας 90%. Ως ενδείξεις που υποστήριζαν το φόβο του ανέφερε τα σωματικά συμπτώματα ζάλης και δυσφορίας που είχε και που εκτιμούσε ότι θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε λιποθυμία. Ως αντενδείξεις στην πεποίθησή του ότι θα λιποθυμήσει, ανέφερε το γεγονός ότι ποτέ πριν δεν είχε συμβεί κάτι τέτοιο, ακόμα και όταν αισθανόταν παρόμοια συμπτώματα. Ο ασθενής πραγματοποίησε ασκήσεις έκθεσης στην πραγματικότητα και απομακρύνθηκε από το σπίτι του. Μετά το τέλος της άσκησης έκθεσης ο ασθενής επαναξιολόγησε την πεποίθησή του ότι αν απομακρυνθεί από το σπίτι του θα λιποθυμήσει, ως ελάχιστο πιθανό, με ποσοστό βεβαιότητας 20%. Η επαναλαμβανόμενη και συστηματική αντιμετώπιση από τον ασθενή της δραστηριότητας που του προκαλούσε το φόβο ότι θα λιποθυμήσει, της απομάκρυνσης δηλαδή από το σπίτι του, όχι μόνο οδήγησε στην αποδρομή των συμπτωμάτων του άγχους αλλά και στην ανασκευή της αυτόματης σκέψης του. Στην αμμιγώς γνωσιακή θεραπεία η πραγματοποίηση από τον ασθενή της δραστηριότητας που φοβάται, η απομάκρυνση δηλαδή όσο αφορά στο συγκεκριμένο παράδειγμα, ακολουθεί συνήθως τη γνωσιακή αναδόμηση ως ένα συμπεριφορικό πείραμα, όπου οι ασθενείς ενθαρρύνονται να ελέγξουν τις αρνητικές ή καταστροφολογικές τους σκέψεις και τις προβλέψεις τους.

Γενικότερα, το είδος και η μορφή της εργασίας που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το είδος του προβλήματος που αντιμετωπίζει ο θεραπευόμενος και τους στόχους της θεραπείας του. Κύριο μέλημα του θεραπευτή αρχικά είναι η συναίνεση του θεραπευόμενου και η εξασφάλιση της συνεργασιμότητάς του σε εργασίες μεταξύ των συνεδριών. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο να γίνει κατανοητή η ανάγκη της πραγματοποίησης έργου μεταξύ των συνεδριών ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες συνεργασίας των θεραπευόμενων (Huppert, 2006). Για παράδειγμα, στη θεραπεία συμπεριφοράς αγχωδών διαταραχών, είναι σημαντικό οι ασθενείς να κατανοήσουν ότι δεν αρκεί η έκθεση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, για τρεις κυρίως λόγους.

Πρώτον, για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία, οι ασθενείς χρειάζονται περισσό-

τερες εκθέσεις από μία ή δύο φορές τη βδομάδα, καθώς η επανάληψη αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση ώστε να επέλθει εξοικείωση και να διαμορφωθούν νέες πεποιθήσεις για τη συγκεκριμένη κατάσταση (Huppert, 2006). Ένας ασθενής με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία, φοβόταν να πάει σε σούπερ μάρκετ μόνος του καθώς πίστευε ότι θα πάθει κρίση πανικού ή θα λιποθυμήσει. Μετά τη σταδιακή και συστηματική έκθεση του θεραπευόμενου στη συγκεκριμένη δραστηριότητα, το άγχος που αισθανόταν μειώθηκε σημαντικά και στο τέλος ο ασθενής εξοικειώθηκε, δεν αισθανόταν καθόλου φόβο και δεν πίστευε πλέον ότι θα λιποθυμήσει.

Επιπλέον, η έκθεση αποκλειστικά σε χώρο θεραπευτικό με την παρουσία του θεραπευτή παρέχει ασφάλεια στον ασθενή και στην ουσία παρεμποδίζει τη βελτίωσή του. Ένας ασθενής με κοινωνική φοβία κατάφερνε να συνδιαλλαγεί με το νοσηλευτικό προσωπικό χωρίς άγχος καθώς θεωρούσε ότι ήταν όλοι καλοί και ευγενικοί μαζί του επειδή γνώριζαν το πρόβλημά του. Επιπλέον η πιθανότητα κρίσης πανικού στο χώρο της κλινικής δεν του προκαλούσε άγχος καθώς εκτιμούσε ότι ήξεραν τι να κάνουν για να τον βοηθήσουν άρα δεν κινδύνευε και κατά συνέπεια δεν τη θεωρούσε και πολύ πιθανή.

Τέλος, τελικός στόχος της εν λόγω θεραπείας είναι να γίνουν οι ίδιοι οι θεραπευόμενοι θεραπευτές του εαυτού τους, άρα να μάθουν πώς να διαχειρίζονται οι ίδιοι το άγχος τους ώστε να διατηρήσουν τα κέρδη τους πολύ καιρό μετά τη λήξη της ενεργούς θεραπείας. Οι στόχοι μεταξύ των συνεδριών αποτελούν την καταλληλότερη ευκαιρία να μάθουν και να συνηθίζουν το ρόλο αυτό (Huppert, 2006).

Για να διασφαλιστεί η συνεργασιμότητα είναι σημαντικό ο σχεδιασμός των θεραπευτικών στόχων να γίνεται σε συνεργασία θεραπευτή και θεραπευόμενου. Συνήθως οι στόχοι έκθεσης ιεραρχούνται από τον ευκολότερο προς το δυσκολότερο και καθορίζεται η συχνότητα, η διάρκεια και ο τρόπος διεξαγωγής τους. Παράλληλα, διερευνάται η προθυμία του θεραπευόμενου να συνεργαστεί, ενώ κάποιες φορές οι στόχοι πραγματοποιούνται αρχικά κατά τη διάρκεια της συνεδρίας πριν ανατεθούν για το σπίτι. Είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν νωρίς εμπόδια που είναι δυνατό να δυσχεράνουν τη συνεργασιμότητα ή να εμποδίσουν τη θεραπευτική διαδικασία, όπως η αδυναμία του θεραπευόμενου να κατανοήσει το έργο ή η άρνησή του να εμπλακεί σε αυτό. Η μερική ολοκλήρωση της εργασίας και οι συνεχείς δικαιολογίες αποτελούν συνηθισμένες τακτικές σε αυτές τις περιπτώσεις. Το παίξιμο ρόλων ή η πραγματοποίηση του στόχου αρχικά από το θεραπευτή ώστε να λειτουργήσει ως πρότυπο μίμησης βοηθούν σημαντικά στην αύξηση του κινήτρου του θεραπευόμενου και στην εμπλοκή του σε έργο. Τέλος, είναι απαραίτητο το έργο που έχει πραγματοποιηθεί να εκτιμάται στην επόμενη συνεδρία καθώς έχει βρεθεί ότι ο παράγοντας που σε μεγαλύτερο βαθμό συσχετίζεται με την πρόγνωση μη συνεργασιμότητας είναι η απουσία ελέγχου του έργου που ανατίθεται στην επόμενη συνεδρία (Bryant et al., 1999).

Συμπερασματικά, η συνεργασιμότητα σε έργο μεταξύ των συνεδριών είναι αντιπρο-

σωπευτική του κινήτρου για αλλαγή και της κατανόησης της λογικής της θεραπείας, και βοηθά τον ασθενή να γενικεύσει και να διατηρήσει τα κέρδη των θεραπευτικών συνεδριών. Το έργο αυτό θα πρέπει να διαμορφώνεται στη βάση των ατομικών αναγκών του πελάτη και του σταδίου της θεραπείας.

Στην συνέχεια θα παρουσιαστεί ο ρόλος της συνεργασιμότητας των θεραπευόμενων στο έργο αυτό και ο τρόπος εκτίμησής της.

Η εκτίμηση της συνεργασιμότητας

Ο όρος συνεργασιμότητα (Homework Compliance), χρησιμοποιείται για να περιγράψει το βαθμό στον οποίο οι θεραπευόμενοι πραγματοποιούν τα θεραπευτικά τους έργα μεταξύ των συνεδριών. Δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός του τι θεωρείται «φτωχή», «ικανοποιητική» ή «εξαιρετική» συνεργασιμότητα τόσο εξ' αιτίας της πληθώρας των διαφορετικών έργων που ανατίθενται μεταξύ των συνεδριών και της εξατομίκευσής τους, ώστε να καλύψουν τις ανάγκες του κάθε θεραπευόμενου, όσο και των διαφορετικών τρόπων με τους οποίους γίνεται η εκτίμηση της συνεργασιμότητας του θεραπευόμενου στα έργα αυτά (Kazantzis, Deane & Ronan, 2005).

Σε μια σειρά ερευνών που μελετούν το ρόλο της ανάθεσης έργου αυτοβοήθειας και της συνεργασιμότητας των θεραπευόμενων σε αυτό σε σχέση με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, στο πλαίσιο γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, το είδος του ανατιθέμενου έργου διαφέρει ανάλογα με την ψυχοπαθολογία των συμμετεχόντων, το είδος της θεραπείας, (θεραπεία συμπεριφοράς ή γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία), και το γενικότερο σχεδιασμό της έρευνας.

Είδος έργου

Γενικά, το θεραπευτικό έργο αφορά κυρίως στην πραγματοποίηση συμπεριφορικών στόχων έκθεσης σε φοβογόνα ερεθίσματα στην πραγματικότητα, όπως χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς, απομάκρυνση από χώρους ασφαλείας, όπως το σπίτι, φαγητό σε εστιατόρια κ.ά. (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Leung & Heimberg, 1996; Edelman & Chambless, 1993; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000) ή και στη φαντασία (De Araujo, Ito & Marks, 1996) και την καταγραφή και ανασκευή αυτόματων αρνητικών σκέψεων, όπως θα λιποθυμήσω, θα γίνω ρεζίλι, θα πάθω κρίση πανικού (Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Σπανιότερα, και πάντα σε συνδυασμό με τους παραπάνω στόχους, ανατίθενται και άλλες δραστηριότητες όπως η ανάγνωση ενός βιβλίου αυτοβοήθειας, η ακρόαση κασετών των θεραπευτικών συνεδριών ακόμα και η συμπλήρωση ερωτηματολογίων (De Araujo, Ito, & Marks, 1996).

Στην έρευνα των Edelman και Chambless (1993) η θεραπεία αφορούσε 56 ασθενείς με αγοραφοβία και το έργο που είχαν να πραγματοποιήσουν αφορούσε έκθεση στην πραγ-

ματικότητα σε στόχους ειδικά σχεδιασμένους ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενή και την ιεραρχία των αποφυγών του. Οι ασθενείς εκπαιδεύονταν σε μια σειρά διαφορετικών στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, όπως παράδοση επιδίωξη, σταμάτημα σκέψης, επικέντρωση της προσοχής, διαφραγματική αναπνοή, σταδιακή διαμόρφωση και αναμονή μέχρι να μειωθεί το άγχος. Τέλος, σχεδιάζονταν ασκήσεις έκθεσης διάρκειας 90 λεπτών η καθεμία, για μία, δύο, ή πέντε φορές τη βδομάδα, ανάλογα με την ομάδα στην οποία ανήκαν οι ασθενείς. Στην έρευνα των Leung και Heimberg (1996) 104 ασθενείς με κοινωνική φοβία έλαβαν ομαδική θεραπεία και η εργασία που αναλάμβαναν μεταξύ των συνεδριών περιελάμβανε έκθεση στην πραγματικότητα σε δραστηριότητες στις οποίες είχαν προηγουμένως εκτεθεί κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Τέλος, στην έρευνα των De Araujo, Ito, και Marks (1996) 46 ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αναλάμβαναν ως έργο μεταξύ των συνεδριών είτε έκθεση στην πραγματικότητα για 90 λεπτά σε οτιδήποτε προκαλούσε τα ιδεοψυχαναγκαστικά τους συμπτώματα, είτε έκθεση στην πραγματικότητα και στη συνέχεια στη φαντασία για 60 και 30 λεπτά αντίστοιχα. Η έκθεση στη φαντασία γινόταν είτε με διάβασμα γραπτών σεναρίων είτε με ακρόαση κασέτας, όπου περιγράφονταν οι συνέπειες που θα συνέβαιναν αν οι θεραπευόμενοι δεν τελετουργούσαν, με έμφαση στις φυσιολογικές, γνωσιακές και κινητικές αντιδράσεις που ταίριαζαν καλύτερα με τους φόβους τους. Τα παραπάνω στοιχεία παρατίθενται συγκεντρωτικά στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5).

Πίνακας 5

Είδος εργασίας που ανατίθεται για το σπίτι και τρόπος εκτίμησης της συνεργασιμότητας

Έρευνα	Είδος έργου	Εκτίμηση
Leung & Heimberg (1996) Κοινωνική φοβία N=104	• Εκπαίδευση στο ΣΓ μοντέλο της κοινωνικής φοβίας • Καταγραφή αρνητικών σκέψεων και άγχους • Έκθεση	Θεραπευτής Εβδομαδιαίως Homework Compliance Scale, Primakof, Epstein & Covi, 1986
De Araujo, Ito & Marks (1996) Ιδιοψυχαστική διαταραχή N=46	• Έκθεση για 90' τουλάχιστον στην πραγματικότητα • Ή/και στη φαντασία • Καταγραφή σε ημερολόγιο	Θεραπευτής Εβδομαδιαία εκτίμηση του ποσοστού εργασίας που ολοκληρώθηκε σε σχέση με αυτήν που συμφωνήθηκε.
Edelman & Chambless (1993) Αγοραφοβία N=56	• Έκθεση σε καταστάσεις άγχους με μέσο όρο υποκειμενικής δυσφορίας 34 στην βάση κλίμακας υποκειμενικής δυσφορίας 0-100 • Καταγραφή	Μέσος όρος βαθμολογίας ανά δεκάλεπτο κατά την διάρκεια έκθεσης. Η συχνότητα χρήσης της κάθε τεχνικής αφορούσε: • Παράδοση επιδίωξη 9% • Μπλοκάρισμα σκέψης 12% • Επικέντρωση προσοχής και διαφραγματική αναπνοή 68% • Σταδιακή διαμόρφωση • Αναμονή μέχρι να μειωθεί το άγχος.
Schmidt & Woolaway-Bickel (2000) Διαταραχή Πανικού N=48	• Ασαφές, γίνεται λόγος για στόχους που αφορούν το είδος των δεξιοτήτων που συζητήθηκαν κατά την διάρκεια της συνεδρίας και δίνονται παραδείγματα έκθεσης.	Θεραπευτής και θεραπευόμενος Ποσότητα εργασίας: Εβδομαδιαία εκτίμηση του ποσοστού εργασίας που ολοκληρώθηκε σε σχέση με αυτήν που συμφωνήθηκε (0%-100%) Ποιότητα εργασίας: Σύγκριση εργασίας που πραγματοποιήθηκε με το ιδεώδες στη βάση πέντε κριτηρίων σε κλίμακα 0-5

Πηγή αξιολόγησης

Η εκτίμηση της συνεργασιμότητας στους θεραπευτικούς στόχους γίνεται άλλοτε από το θεραπευόμενο (Edelman & Chambless, 1993) άλλοτε από το θεραπευτή (Leung & Heimberg, 1996; De Araujo, Ito, & Marks, 1996) και άλλοτε από κοινού (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Σε ανασκόπηση των ερευνών για την εκτίμηση της συνεργασιμότητας σε γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, οι Kazanzis και συνεργάτες (2004) βρήκαν ότι ο συνηθέστερος τρόπος εκτίμησης της συνεργασιμότητας αφορούσε αυτό-αναφορά των θεραπευόμενων. Τα δεδομένα συγκεντρώνονται είτε μετά από συζήτηση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας είτε σε συνέντευξη (Kazdin & Mascitelli, 1982), από καταγραφές ή ημερολόγια (De Araujo, Ito & Marks, 1996; Edelman & Chambless, 1993), και ερωτηματολόγια (Leung & Heimberg, 1996).

Δεν υπάρχουν πολλές έρευνες που έχουν επιχειρήσει να αξιολογήσουν την αξιοπιστία των δεδομένων για τη συνεργασιμότητα ανάλογα με την πηγή προέλευσής τους ή να συγκρίνουν τις αξιολογήσεις που προέρχονται από διαφορετικές πηγές. Σε έρευνα των Schmidt και Woolaway-Bickel (2000) σε 48 ασθενείς με διαταραχή πανικού, η συνεργασιμότητα αξιολογήθηκε από το θεραπευτή, το θεραπευόμενο και έναν εξωτερικό κριτή που δε γνώριζε το αποτέλεσμα της θεραπείας. Ο θεραπευτής αξιολογούσε συγκρίνοντας τις εβδομαδιαίες φόρμες, που ο θεραπευόμενος συμπλήρωνε κατά την πραγματοποίηση του έργου, με τις φόρμες όπου είχε καταγραφεί το έργο που του είχε ανατεθεί. Παρόμοια, ο εξωτερικός κριτής συνέκρινε τις δύο αυτές φόρμες ενώ ταυτόχρονα παρακολουθούσε και βιντεοσκοπημένα τμήματα της συνεδρίας. Τέλος, ο θεραπευόμενος έκανε υποκειμενικές εκτιμήσεις σε κάθε συνεδρία βασιζόμενος σε συγκεκριμένα κριτήρια. Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι εκτιμήσεις των θεραπευτών και των κριτών συσχετίζονταν σημαντικά με το αποτέλεσμα.

Σε έρευνα των Kassler και Neimeyer (1997, αναφ. στο Burns & Spangler, 2000) βρέθηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ των υποκειμενικών αυτό-αναφορών των θεραπευόμενων και την αξιολόγηση της συνεργασιμότητας όπως προέκυπτε από τα αντικειμενικά δεδομένα που παρουσιάζονταν από τα ημερολόγια τους, ανά συνεδρία ($r=0,84$, $P<0,001$) που οδήγησε τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι οι αξιολογήσεις των θεραπευόμενων για τη συνεργασιμότητα αποτελούν «αξιόπιστη πηγή δεδομένων» (Kassler & Neimeyer, 1997, σελ. 25-26). Στην ανασκόπηση των μεθόδων εκτίμησης της συνεργασιμότητας σε εμπειρικές έρευνες, οι Kazanzis και συνεργάτες (2004), αναφέρουν μόνο τέσσερις έρευνες όπου επιχειρήθηκε να εξεταστεί η αξιοπιστία μεταξύ των εκτιμήσεων θεραπευτή και θεραπευόμενου. Οι τρεις (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; 1992, Holtzworth-Munroe et al., 1989) ανέφεραν υψηλές συσχετίσεις και μόνο στη μία (Kazdin & Mascitelli, 1982) δεν βρέθηκε υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στις εκτιμήσεις θεραπευτή και θεραπευόμενου.

Επιπλέον, ένας ακόμα παράγοντας που δυσχεραίνει τη διεξαγωγή συγκρίσεων και τη διατύπωση συμπερασμάτων είναι η ποικιλία των εργαλείων αξιολόγησης που έχουν χρησιμοποιηθεί στις διάφορες έρευνες.

Συμπερασματικά, οι εκτιμήσεις των θεραπειών αλλά και των θεραπευόμενων για τη συνεργασιμότητα των τελευταίων σε θεραπευτικά έργα, όπως αυτή διαφαίνεται από τις καταγραφές τους σε ημερολόγια και φόρμες ή διερευνάται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, αποτελούν αξιόπιστη πηγή εκτίμησης.

Τρόποι εκτίμησης

Η εκτίμηση της συνεργασιμότητας γίνεται κυρίως στην βάση αυτοσχέδιων κλιμάκων τύπου Likert ή με εκατοστιαία ποσοστά. Οι θεραπευόμενοι καλούνται να εκτιμήσουν πόσο καλά συνεργάστηκαν στο έργο που είχε ανατεθεί μεταξύ των συνεδριών, είτε μια φορά στη λήξη της θεραπείας (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991) είτε εβδομαδιαία (Leung & Heimberg, 1996; De Araujo, Ito & Marks, 1996; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Η εκτίμηση αφορά κυρίως στη συχνότητα πραγματοποίησης των στόχων ή το ποσοστό της εργασίας που ολοκληρώθηκε σε σχέση με αυτό που είχε συμφωνηθεί να πραγματοποιηθεί. Για παράδειγμα, στην έρευνα των De Araujo, Ito, και Marks (1996) οι θεραπευτές βαθμολογούσαν σε κάθε συνεδρία το ποσοστό της εργασίας που ολοκλήρωσαν οι θεραπευόμενοι σε σύγκριση με την εργασία που είχαν συμφωνήσει από κοινού στην προηγούμενη συνεδρία. Στην έρευνα των Burns και Nolen-Hoeksema (1991) και ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος βαθμολογούσαν στη λήξη της θεραπείας τη συχνότητα χρήσης γνωσιακών, συμπεριφορικών και διαπροσωπικών τεχνικών, το ποσοστό στο οποίο βοηθήθηκαν από τη χρήση τους, και την προθυμία τους να τις χρησιμοποιήσουν.

Σε μια μόνο έρευνα (Edelman & Chambless, 1993) η εκτίμηση αφορούσε στο μέσο όρο της βαθμολογίας που γινόταν ανά δεκάλεπτο κατά τη διάρκεια έκθεσης στην πραγματικότητα και αναφερόταν στη συχνότητα με την οποία χρησιμοποιούσε ο ασθενής μια από τις τεχνικές στις οποίες είχε εκπαιδευτεί. Μια ενδιαφέρουσα διαπίστωση ήταν ότι όλες οι τεχνικές δεν ήταν το ίδιο δημοφιλείς. Οι ασθενείς έκαναν χρήση, σε ένα ποσοστό 78%, τουλάχιστον μιας τεχνικής, ωστόσο η χρήση αναπνοών και η επικέντρωση προσοχής χρησιμοποιούνταν σε ένα ποσοστό 68% ενώ το μπλοκάρισμα της σκέψης και η παράδοξη επιδίωξη στο 12% και 9% αντίστοιχα. Το εύρημα αυτό οδήγησε τους ερευνητές να υποθέσουν ότι ο βαθμός συνεργασιμότητας είναι πιθανό να εξαρτάται και από το είδος της τεχνικής, γεγονός που είναι σημαντικό καθώς στην κλινική πρακτική οι ασθενείς εκπαιδεύονται συνήθως μόνο σε μία. Η υπόθεση αυτή δεν έχει μέχρι στιγμής ελεγχθεί ερευνητικά.

Τέλος, σε ανασκόπηση των ερευνών για την εκτίμηση της συνεργασιμότητας σε γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (Kazantzis et al., 2004) αναφέρονται τέσσερις έρευνες (Abramowitz et al., 2002; Bryant, Simons & Thase, 1999; Leung & Heimberg, 1996; Woody & Adessky, 2002) που χρησιμοποίησαν το ίδιο αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο εκτίμησης της συνεργασιμότητας που έχει προταθεί από τους Primakoff και Epstein (1986) και αφορά στην αξιολόγηση της συνεργασιμότητας στη βάση μια εξαβάθμιας κλίμακας τύπου

Likert από 1 (όπου 1= ο θεραπευόμενος δεν επιχείρησε να πραγματοποιήσει την εργασία που του είχε ανατεθεί) έως 6 (όπου 6=ο θεραπευόμενος πραγματοποίησε περισσότερο έργο από αυτό που απαιτούσε η εργασία που του είχε ανατεθεί).

Συνοψίζοντας, ο συνηθέστερος τρόπος εκτίμησης της συνεργασιμότητας αφορά σε μια συνολική εκτίμηση στη λήξη της θεραπείας και περιορίζεται κυρίως στην εκτίμηση της ποσότητας του έργου που έχει ολοκληρωθεί, με ελάχιστες έρευνες να αξιολογούν και την ποιότητα της ολοκληρωμένης εργασίας ή τη μάθηση που έχει επιτευχθεί (Neimeyer & Feixas, 1990; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Στην έρευνα των Schmidt και Woolaway-Bickel (2000) η αξιολόγηση της ποιότητας της εργασίας αφορά στη σύγκριση της εργασίας που πραγματοποιήθηκε με το ιδεώδες, που όσο αφορά στην έκθεση καθοριζόταν από: α) αν καθορίστηκε ένας συγκεκριμένος στόχος, β) αν ο στόχος προκαλούσε τουλάχιστον μέτρια επίπεδα φόβου γ) αν ο στόχος επαναλήφθηκε μέχρι να επέλθει εξοικείωση δ) αν ο ασθενής χρησιμοποιούσε ασφάλειες που τον βοηθούσαν να αντιμετωπίσει το άγχος του, και τέλος ε) αν οι ασφάλειες απομακρύνθηκαν με επιτυχία κατά τη διάρκεια της έκθεσης.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι η εκτίμηση της συνεργασιμότητας αποτελεί μια μεταβλητή με πολλά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως το έργο στο οποίο καλείται κάποιος να συνεργαστεί και η τεχνική στην οποία έχει εκπαιδευτεί, ο τρόπος, η πηγή και ο χρόνος αξιολόγησής της, που δυσχεραίνουν τη διεξαγωγή συμπερασμάτων. Συγκεκριμένα, όλα τα έργα δεν ενέχουν τον ίδιο βαθμό δυσκολίας. Το διάβασμα ενός βιβλίου είναι συνήθως ευκολότερο από την καθημερινή χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς, όπου ακόμα και πρακτικοί λόγοι, όπως ο χρόνος και η μετακίνηση, είναι πιθανό να επηρεάζουν τη συνεργασιμότητα. Οι αντικειμενικές δυσκολίες αποτελούν συχνά ένα λόγο διακοπής της θεραπείας. Σε έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό όπου αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της θεραπείας συμπεριφοράς σε 62 ασθενείς με διαταραχή άγχους, βρέθηκε ότι από τους 26 ασθενείς που διέκοψαν ή αρνήθηκαν να εμπλακούν σε θεραπεία ένα ποσοστό 38% απέδωσαν την απόφασή τους σε αντικειμενικές δυσκολίες, όπως επαγγελματικοί λόγοι και απόσταση (Σωτηροπούλου, 2005). Αναφέρθηκε ήδη η πιθανότητα κάποιες τεχνικές να είναι περισσότερο δημοφιλείς από κάποιες άλλες, γεγονός, που αν ισχύει, μπορεί να επηρεάσει τη συχνότητα χρήσης της τεχνικής (Edelman & Chambless, 1993), ενώ είναι μεθοδολογικά δύσκολο να ελεγχθεί η αξιοπιστία των εκτιμήσεων τόσο των θεραπειών όσο και των θεραπευόμενων καθώς δεν υπάρχουν απολύτως αντικειμενικοί τρόποι εκτίμησης της συνεργασιμότητας. Η χρήση ημερολογίων και η καταγραφή της εργασίας καλύπτει ένα μόνο μέρος αυτής της ανάγκης.

Επιπλέον, εκφράζονται επιφυλάξεις για το πόσο η εκτίμηση του ποσού της ολοκληρωμένης εργασίας αποτελεί κατάλληλο κριτήριο για το εάν οι θεραπευόμενοι θα ευεργετηθούν από αυτή (Kazantzis et al., 2005). Για το λόγο αυτό έχει προταθεί εκτός από την ποσότητα να αξιολογείται και η ποιότητα του έργου που πραγματοποιήθηκε (Neimeyer & Feixas, 1990; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Πρόσφατα, οι Kazantzis και συνεργάτες

(2005), πρότειναν, εκτός από την ποσότητα και την ποιότητα, την εξέταση και μιας σειράς άλλων παραγόντων, όπως: (α) η δυσκολία του έργου, (β) τα εμπόδια που αντιμετώπισε ο θεραπευόμενος στην προσπάθειά του να το ολοκληρώσει, (γ) η κατανόηση του τι έπρεπε να κάνει και ο λόγος που θα το έκανε, (δ) η συμμετοχή του στο σχεδιασμό, (ε) η ακρίβεια των οδηγιών, (στ) ο βαθμός στον οποίο το έργο ταίριαζε με τους θεραπευτικούς στόχους, και τέλος (ζ) πόσο ευχαριστήθηκε ο θεραπευόμενος τη δραστηριότητα, (η) πόσο αισθάνθηκε ότι είχε έλεγχο στα προβλήματά του και (θ) πόσο βοήθησε στην πρόοδο της θεραπείας του. Τέλος, η συνολική εκτίμηση της συνεργασιμότητας στη λήξη της θεραπείας, καθώς γίνεται αναδρομικά, είναι πιθανό να επηρεάζεται από το αποτέλεσμα της θεραπείας. Παράλληλα, δεν επιτρέπει την αξιολόγηση της κατά τη διάρκεια της θεραπείας και την παρατήρηση πιθανών μεταβολών της που θα επέτρεπαν να διεξαχθούν συμπεράσματα για διάφορες μεταβλητές όπως η επίδραση του είδους του έργου στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, καθώς στα διάφορα θεραπευτικά στάδια ορίζονται και διαφορετικού είδους έργα, η βαρύτητα των προβλημάτων, γνωσιακές μεταβολές κ.ά.

Ωστόσο, παρά τους προαναφερόμενους περιορισμούς, οι έρευνες στην πλειονότητά τους υποστηρίζουν ότι η συνεργασιμότητα σε θεραπευτικούς στόχους συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ο ρόλος της Συνεργασιμότητας στο Θεραπευτικό αποτέλεσμα

Υπάρχουν αρκετές έρευνες που έχουν εξετάσει τη σχέση της συνεργασιμότητας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα στο πλαίσιο γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας σε ασθενείς με διαταραχές άγχους. Έχει βρεθεί θετική συσχέτιση μεταξύ της συνεργασιμότητας στο έργο που έχει ανατεθεί για το σπίτι και του θεραπευτικού αποτελέσματος σε θεραπεία ειδικής φοβίας, (Al-Kubaisy et al., 1992), διαταραχής πανικού με αγοραφοβία (Al-Kubaisy et al., 1992; Edelman & Chambless, 1993, 1995; Michelson et al., 1986; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000), κοινωνικής φοβίας (Al-Kubaisy et al., 1992; Leung & Heimberg, 1996) και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Abramowitz et al., 2002; De Araujo, Ito, & Marks, 1996). Επιπλέον, η πραγματοποίηση συγκριτικά λιγότερων εργασιών βρέθηκε να συσχετίζεται με πρόωρη διακοπή της θεραπείας σε ασθενείς με κοινωνική φοβία (Hope, Herbert, & Bellack, 1991).

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, οι Edelman και Chambless (1993) εξέτασαν την συνεργασιμότητα 56 ασθενών σε έκθεση στην πραγματικότητα. Οι ασθενείς εκπαιδεύονταν σε μια σειρά διαφορετικών στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους τις οποίες καλούνταν να χρησιμοποιήσουν κατά τη διάρκεια των στόχων έκθεσης. Όσοι αφιέρωναν περισσότερο χρόνο σε ασκήσεις μεταξύ των συνεδριών παρουσίαζαν σημαντική βελτίωση που εκφραζόταν με μείωση στο φόβο του φόβου και τις αποφυγές. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν σε μεταγενέστερη έρευνα των ίδιων ερευνητών (Edelman

& Chambless, 1995) όπου επιπλέον παρατηρήθηκε η διατήρηση των θεραπευτικών κερδών σε επανεξέταση έξι μηνών.

Στην έρευνα των Schmidt και Woolaway-Bickel (2000) σε 48 ασθενείς με διαταραχή πανικού που έλαβαν 12 συνεδρίες γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, εξετάστηκε τόσο η ποσότητα όσο και η ποιότητα της συνεργασιμότητάς τους σε στόχους μεταξύ των συνεδριών. Η αξιολόγηση της ποσότητας αφορούσε στον αριθμό των ωρών και των ημερών που ο θεραπευόμενος αφιέρωνε σε στόχους κατά τη διάρκεια της εβδομάδας, ενώ η αξιολόγηση της ποιότητας στη σύγκριση της εργασίας που πραγματοποιήθηκε με το ιδεώδες που όσο αφορά στην έκθεση καθοριζόταν από τα παρακάτω: α) αν καθορίστηκε ένας συγκεκριμένος στόχος, β) αν ο στόχος προκαλούσε τουλάχιστον μέτρια επίπεδα φόβου γ) αν ο στόχος επαναλήφθηκε μέχρι να επέλθει εξοικείωση δ) αν ο ασθενής χρησιμοποιούσε ασφάλειες που τον βοηθούσαν να αντιμετωπίσει το άγχος του και τέλος ε) αν οι ασφάλειες απομακρύνθηκαν με επιτυχία κατά τη διάρκεια της έκθεσης. Η συνεργασιμότητα αξιολογήθηκε από το θεραπευτή, το θεραπευόμενο και έναν εξωτερικό κριτή που δε γνώριζε το αποτέλεσμα της θεραπείας. Ο θεραπευτής αξιολογούσε συγκρίνοντας τις εβδομαδιαίες φόρμες, που ο θεραπευόμενος συμπλήρωνε κατά την πραγματοποίηση του έργου, με τις φόρμες όπου είχε καταγραφεί το έργο που του είχε ανατεθεί. Παρόμοια, ο εξωτερικός κριτής συνέκρινε τις δύο αυτές φόρμες ενώ ταυτόχρονα παρακολουθούσε και βιντεοσκοπημένα τμήματα της συνεδρίας. Τέλος, ο θεραπευόμενος έκανε υποκειμενικές εκτιμήσεις σε κάθε συνεδρία βασιζόμενος σε συγκεκριμένα κριτήρια. Σε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης, μόνο οι εκτιμήσεις των θεραπευτών και του εξωτερικού κριτή συσχετίζονταν σημαντικά με το αποτέλεσμα. Οι εκτιμήσεις της ποσότητας και της ποιότητας συσχετίζονταν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους, με τις εκτιμήσεις της ποιότητας να είναι ελαφρά καλύτεροι προγνωστικοί παράγοντες του αποτελέσματος.

Στις έρευνες των Park και συνεργατών (2001) και Westling και Ost (1999), η συνεργασιμότητα αποτελούσε δευτερεύον ερώτημα και εξεταζόταν έμμεσα. Οι Park και συνεργάτες (2001) εξέτασαν την επίδραση στόχων έκθεσης στο αποτέλεσμα σε μικτό δείγμα 16 ασθενών με αγοραφοβία, 22 ασθενών με κοινωνική φοβία και 30 ασθενών με ειδική φοβία. Το δείγμα αποτελούσαν μόνο οι ασθενείς που είχαν πραγματοποιήσει περισσότερο από το 85% των εργασιών έκθεσης στις πρώτες 8 εβδομάδες θεραπείας, και ορίζονταν ως συνεργάσιμοι, και οι ασθενείς που είχαν πραγματοποιήσει λιγότερο από το 50% και ορίζονταν ως μη συνεργάσιμοι. Όσοι ανήκαν στην ομάδα των συνεργάσιμων είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στο φόβο και την αποφυγή, συγκρινόμενοι με τους μη συνεργάσιμους, στο τέλος της θεραπείας και σε επανεξέταση δύο ετών. Παρόμοια, οι Westling και Ost (1999) σε μια πιλοτική έρευνα μιας σύντομης εκδοχής της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας για διαταραχή πανικού με και χωρίς αγοραφοβία, βρήκαν ότι μια θεραπεία τεσσάρων συνεδριών με σημαντικά περισσότερες εργασίες για το σπίτι, σε σύγκριση με τη συνηθισμένη μορφή θεραπείας, ήταν αποτελεσματική σύμφωνα με όλα τα ψυχομετρικά εργαλεία αποτελεσματικότητας τόσο στη λήξη όσο και σε επανεξέταση έξι μηνών.

Σε θεραπεία ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, οι Abramowitz και συνεργάτες (2002) αξιολόγησαν τη συνεργασιμότητα 28 ασθενών με τέσσερις τρόπους: έλεγχο ότι οι θεραπευόμενοι κατάλαβαν και έκαναν κτήμα τους τις πληροφορίες που αφορούν στη διαταραχή και στη λογική της θεραπείας που θα ακολουθήσει, συγκεκριμένη εκτίμηση της συνεργασιμότητας στις τρεις πρώτες συνεδρίες, έκθεση μέσα στη συνεδρία και μεταξύ των συνεδριών, και καταγραφή των τελετουργιών που γίνονταν παρά την αντίθετη οδηγία. Η έκθεση ήταν επαναλαμβανόμενη και μεγάλης διάρκειας στην πραγματικότητα και στη φαντασία. Η εκτίμηση της συνεργασιμότητας γινόταν μετά από συμφωνία θεραπευτή και θεραπευόμενου και βασιζόταν σε καταγραφές στο ημερολόγιο και σε προφορικά δεδομένα. Οι εκτιμήσεις της συνεργασιμότητας δεν συσχετίζονταν όλες μεταξύ τους και για το λόγο αυτό δεν ενσωματώθηκαν σε ένα δείκτη συνεργασιμότητας αλλά αναλύθηκαν ξεχωριστά. Η συνεργασιμότητα σε στόχους μεταξύ των συνεδριών συσχετιζόνταν σημαντικά ($r = -0,61, P < 0,01$) με συμπτώματα μικρότερης βαρύτητας στη λήξη της θεραπείας ενώ σε σταδιακή ανάλυση διακύμανσης αφού τα δείγματα είχαν εξισωθεί όσο αφορά στη βαρύτητα, η συνεργασιμότητα εξηγούσε 64% της διακύμανσης της βαρύτητας στη λήξη της θεραπείας.

Στην έρευνα των De Araujo, Ito και Marks (1996) όπου εξετάστηκαν 46 ασθενείς βρέθηκε ότι ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας αποτελεσματικότητας ήταν οι εκτιμήσεις του θεραπευτή για τη συνεργασιμότητα σε στόχους έκθεσης (ποσοστό της ολοκληρωμένης εργασίας σε σύγκριση με την εργασία που είχε συμφωνηθεί στην προηγούμενη συνεδρία) την πρώτη βδομάδα θεραπείας. Η θεραπεία αφορούσε κατά μέσο όρο εννέα συνεδρίες και ανάθεση, μεταξύ των συνεδριών, στόχων έκθεσης και εμποδισμού απάντησης, διάρκειας 90 λεπτών είτε στην πραγματικότητα μόνο, είτε στην πραγματικότητα και στη φαντασία. Ειδικότερα, όσον αφορά στη βελτίωση στην κυρίαρχη ιδεοληψία, η συνεργασιμότητα την πρώτη εβδομάδα ήταν ο μόνος σημαντικός προγνωστικός παράγοντας του θεραπευτικού αποτελέσματος που εξηγούσε το 10% της διακύμανσης την 9η βδομάδα και το 28% την 32η βδομάδα. Επιπλέον, η συνεργασιμότητα προέβλεπε βελτίωση στα επίπεδα κατάθλιψης και σταθερότητας των πεποιθήσεων που σχετίζονταν με τα συμπτώματα της διαταραχής στην επανεξέταση. Τα συγκεκριμένα ευρήματα οδήγησαν τους ερευνητές να προτείνουν να δίνεται ένα περιθώριο συνεργασίας ενός μήνα σε όσους ασθενείς δεν συνεργάζονται από την αρχή της θεραπείας και στη συνέχεια να διακόπτεται η θεραπεία αν συνεχίζουν να μην συνεργάζονται. Επιπλέον, υποστήριξαν ότι είναι πιο αποδοτικό όταν οι ασθενείς έρχονται σταθερά χωρίς να έχουν κάνει τίποτα από την προγραμματισμένη εργασία τους μεταξύ των συνεδριών, να κανονίζει κανείς ραντεβού ανάλογα με την πραγματοποίηση της εργασίας. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσίασε προηγούμενη έρευνα των O' Sullivan και συνεργατών (1991) στην οποία έγινε επανεξέταση έξι χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, και βρέθηκε ότι η συνεργασιμότητα συσχετιζόταν με περαιτέρω βελτίωση των θεραπευτικών κερδών μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα των έξι ετών.

Η σχέση μεταξύ συνεργασιμότητας και θεραπευτικού αποτελέσματος μένει να διε-

ρευνηθεί σε διαταραχή γενικευμένου άγχους (Kazanzis et al., 2005) και σε μετατραυματική διαταραχή άγχους (Foa & Rothbaum, 1998). Όσον αφορά σε γενικευμένη διαταραχή άγχους, η μόνη έρευνα που αναφέρεται στη βιβλιογραφία αφορά σε ηλικιωμένους ασθενείς, και η συνεργασιμότητα συσχετίζεται θετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Wetherell, 2002) ενώ σε μετατραυματική διαταραχή άγχους θεωρείται σημαντική καθώς η έκθεση στη φαντασία, που πραγματοποιούν οι ασθενείς στις αναμνήσεις του τραύματος, σχετίζεται με μείωση του άγχους και την ώρα της έκθεσης και ανάμεσα στις συνεδρίες (Vaughan & Tarrier, 1992), εύρημα που υποδεικνύει ότι πιθανά το έργο να συνεισφέρει σημαντικά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Huppert, 2006).

Ωστόσο, υπάρχουν και έρευνες που παρουσιάζουν διαφορετικά αποτελέσματα. Οι Woods και συνεργάτες (2002) εξέτασαν τη σχέση της συνεργασιμότητας σε θεραπεία συμπεριφοράς σε 35 ασθενείς με διαταραχή πανικού με αγοραφοβία και 47 με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Η θεραπεία αφορούσε έκθεση στην πραγματικότητα. Οι ποσοτικές εκτιμήσεις που αφορούσαν στο συνολικό αριθμό των έργων που πραγματοποιήθηκαν και το χρόνο που καταναλώθηκε σε εργασία, δεν προέβλεπαν το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι ποιοτικές εκτιμήσεις που αφορούσαν στο συνολικό βαθμό μεταβολής της δυσφορίας κατά τη διάρκεια της έκθεσης, και έγιναν με γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης, παρουσίαζαν συντελεστή παλινδρόμησης, $\beta = -0,25$, ένα δηλαδή μικρό αλλά αρνητικό αποτέλεσμα. Το αποτέλεσμα είναι εντυπωσιακό καθώς στην ουσία παρουσιάζει την καλύτερη ποιότητα εργασίας ως αρνητικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Παρόμοια, σε εργασία που παρουσίασαν οι Lampropoulos & Rector, (2004) όπου εξετάστηκε η σχέση μεταξύ ποσότητας (χρόνος που καταναλώθηκε σε εργασία) και ποιότητας (επίπεδο μάθησης) με το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε 22 ασθενείς με διαταραχή πανικού με και χωρίς αγοραφοβία και 30 ασθενείς με κοινωνική φοβία, οι εκτιμήσεις του θεραπευτή δεν προέβλεπαν την έκβαση. Απουσία συσχετισμού του έργου με τη βελτίωση παρατηρήθηκε και σε έρευνες που αφορούν γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία σε άλλες διαταραχές, όπως κατάθλιψη όπου στην πλειονότητα των ερευνών η συνεργασιμότητα συσχετίζεται θετικά με το αποτέλεσμα, σε αντιμετώπιση κεφαλαλγιών τάσης με χρήση τεχνικών βίο-ανάδρασης και σε θεραπεία προβληματικής χρήσης ουσιών όπου υπάρχουν έρευνες με αντικρουόμενα αποτελέσματα.

Σε μια προσπάθεια να εξηγηθούν τα ευρήματα αυτά οι Woods και συνεργάτες (2002) και Lampropoulos & Rector, (2004) επικαλέστηκαν τους περιορισμούς των ερευνών τους που αφορούσαν στο μικρό μέγεθος του δείγματος, πιθανά μη ακριβείς αναφορές συνεργασιμότητας, το είδος των έργων που ανατίθεται αλλά και το μικρό εύρος των εκτιμήσεων της συνεργασιμότητας καθώς οι περισσότεροι ασθενείς ήταν αρκετά συνεργάσιμοι.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα ερευνών που έδειξαν παρόμοια θεραπευτική βελτίωση για όσους ασθενείς είχαν εργασίες και για όσους δεν είχαν, δεν ήταν αξιόπιστα. Συγκεκριμένα, σε έρευνα θεραπείας κατάθλιψης (Kornblith, Rehm, O' Hara, & Lamparski, 1983) και

προβληματικής χρήσης ουσιών (Ingram & Salzberg, 1990) όπου διερευνήθηκε αν η ανάθεση ή όχι εργασίας επηρέαζε τη βελτίωση, αγνοώντας τον παράγοντα της συνεργασιμότητας, βρέθηκαν παρόμοια επίπεδα βελτίωσης τόσο στους ασθενείς στους οποίους ανατέθηκε εργασία όσο και σε εκείνους στους οποίους δεν ανατέθηκε. Ωστόσο, στην έρευνα για την κατάθλιψη, τόσο στην τελική συνεδρία όσο και στη συνεδρία της επανααναξιολόγησης που έγινε τρεις μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, οι ασθενείς που ανήκαν στην ομάδα όπου ανατέθηκε εργασία ανέφεραν ότι θα έπρεπε να τους δοθούν ρητές οδηγίες για την πραγματοποίηση ασκήσεων καθώς μόνο οι μισοί από αυτούς είχαν πραγματοποιήσει ικανοποιητικά τις εργασίες που τους είχαν ανατεθεί. Επιπλέον, αρκετοί ασθενείς που ανήκαν στην ομάδα που δεν ανατέθηκαν εργασίες ανέφεραν ότι μετά την εξήγηση της θεραπείας έβαλαν τελικούς αλλά και ενδιάμεσους θεραπευτικούς στόχους και πραγματοποίησαν, με δική τους πρωτοβουλία, έργα μεταξύ των συνεδριών παρόμοια με εκείνα που ανατέθηκαν στην άλλη ομάδα. Αυτό το γεγονός αναιρεί τον ουσιαστικό διαχωρισμό του δείγματος σε δύο ομάδες, μια που έχει εμπλακεί σε έργο και μια που δεν έχει εμπλακεί, και κατά συνέπεια πλήττει την αξιοπιστία των ευρημάτων (Primakof, Epstein & Covi, 1986). Επιπροσθέτως, άλλοι ερευνητές αναφέρουν και μεθοδολογικά προβλήματα, όπως η στατιστική ισχύς των μεταβλητών στις αναλύσεις (Kazantzis, 2000), ένα στατιστικό δείκτη που αντιπροσωπεύει την πιθανότητα να αποκαλυφθεί μια επίδραση μεταξύ δύο μεταβλητών εάν υπάρχει. Όσο η στατιστική ισχύς μειώνεται, αυξάνεται η πιθανότητα να πάρει κανείς ένα μηδενικό αποτέλεσμα (Cohen, 1988). Μερικοί ερευνητές που έχουν βρει μηδενικά αποτελέσματα έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως η συνεργασία δεν έχει επίδραση στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Ingram & Salzberg, 1990; Zettle & Hayes 1987) ενώ μια εξίσου ικανοποιητική απάντηση είναι ότι η μέθοδος που χρησιμοποίησαν δεν ήταν τόσο ευαίσθητη ώστε να το ανακαλύψει. Σε επανεξέταση των ερευνών που προαναφέρθηκαν έγινε αξιολόγηση της στατιστικής ισχύος (Kazantzis, 2000) και βρέθηκε ότι από τις 719 έρευνες που αφορούσαν εργασία στο σπίτι, από το 1980 και μετά, μόνο οι 31 πληρούσαν τα απαραίτητα κριτήρια ώστε να συμπεριληφθούν σε αναλύσεις ισχύος (είχαν δηλαδή εξετάσει ποσοτικά τη σχέση της εργασίας στο σπίτι και του αποτελέσματος στη λήξη της θεραπείας) και είχαν σε ένα ποσοστό 80% την πιθανότητα να βρουν μια επίδραση εάν υπήρχε. Επιπλέον, από όσες συνέκριναν δυο ή τρεις θεραπείες μόνο τρεις είχαν τη δύναμη να ανακαλύψουν σημαντικές επιδράσεις ενώ όσες διερευνούσαν μια ομάδα είχαν ελάχιστη δύναμη να ανακαλύψουν μικρές έως μέτριες επιδράσεις.

Σε μετά-ανάλυση 27 ερευνών των τελευταίων 20 ετών που αφορούσαν συνολικά 1702 περιπτώσεις (Kazantzis et al., 2000) εξετάστηκαν (α) η αποτελεσματικότητα της ανάθεσης εργασίας για το σπίτι στο θεραπευτικό αποτέλεσμα σε ΣΓ ψυχοθεραπεία, και (β) η σχέση μεταξύ συνεργασιμότητας και θεραπευτικού αποτελέσματος. Βρέθηκε ότι η ανάθεση έργου έχει μια σημαντική συνεισφορά ($r = 0,36$, 11 έρευνες, $N = 375$) στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Όμοια, ο συνολικός μέσος όρος του μεγέθους επίδρασης για τη συνεργασιμότητα του

πελάτη στην εργασία για το σπίτι ήταν $r = 0,22$ (16 έρευνες, $N=1327$). Δηλαδή αναμένεται να βελτιωθεί το 68% των ασθενών που εμπλέκονται σε θεραπείες όπου ανατίθεται εργασία σε σύγκριση με ένα 32% που θα βελτιωθεί μετά από θεραπεία όπου δεν ανατίθεται εργασία. Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ολοκλήρωση από τον πελάτη θεραπευτικών στόχων στο χρόνο μεταξύ των συνεδριών αποτελεί μια δραστική όψη της πορείας της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας.

Σε έρευνα που αφορούσε θεραπεία κατάθλιψης (Burns & Spangler, 2000) διερευνήθηκε η ύπαρξη αιτιώδους σχέσης μεταξύ της συνεργασιμότητας και του θεραπευτικού αποτελέσματος. Χρησιμοποιώντας αναλύσεις με το μοντέλο δομικών εξισώσεων που επέτρεπαν τη διεξαγωγή συμπερασμάτων περί της αιτιώδους σχέσης, οι ερευνητές βρήκαν ότι η εργασία στο σπίτι είχε μια σημαντικά μεγάλη αιτιώδη επίδραση στις αλλαγές στην κατάθλιψη. Η βελτίωση αυτή αφορούσε μείωση 17,4 βαθμών στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης (BDI) αφού ελέγχθηκε η βαρύτητα της νόσου στην αρχική αξιολόγηση. Αν δύο ασθενείς, δηλαδή, ξεκινούσαν την θεραπεία με βαθμολογία 21,31 στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck, που ήταν και ο μέσος όρος της ομάδας, και ο ένας δεν έκανε εργασία ενώ ο άλλος έκανε περισσότερες από 3 μέρες την εβδομάδα, η βαθμολογία στο ίδιο ερωτηματολόγιο στο τέλος της θεραπείας στην 12η εβδομάδα θα ήταν για τον πρώτο 23,6, δηλαδή θα είχε κατά κάποιον τρόπο γίνει περισσότερο καταθλιπτικός ενώ για τον δεύτερο θα ήταν 6,2. Η σχέση αυτή δεν ήταν απόρροια επίδρασης δημογραφικών χαρακτηριστικών, χαρακτηριστικών των θεραπειών, φαρμακοθεραπείας, θεραπευτικής σχέσης, κινήτρου, πρόωρης διακοπής της θεραπείας ή κάποιας άλλης απροσδιόριστης τρίτης μεταβλητής που δεν εξετάστηκε ειδικά. Ήταν δηλαδή ανεξάρτητη από την επίδραση όλων αυτών των μεταβλητών όπως έδειξαν μια σειρά από δοκιμασίες ευαισθησίας. Η παρούσα έρευνα ήρθε να υποστηρίξει παλιότερα ευρήματα των Pearsons και συνεργατών (1988) όπου σημειωνόταν μείωση 16,6 βαθμών σε ερωτηματολόγιο κατάθλιψης σε διαφορετικό δείγμα, όπου η εκτίμηση της εργασίας στο σπίτι υπολογιζόταν με διαφορετικό τρόπο και οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με διαφορετικές μεθόδους.

Συνοψίζοντας, τα ερευνητικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι η ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών βοηθά τους ασθενείς να βελτιωθούν γρηγορότερα και να παραμείνουν καλά για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ενώ η συνεργασιμότητα σε αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει ένα σημαντικό προγνωστικό παράγοντα επιτυχούς θεραπείας (Detweiler & Whisman, 1999; Kazantzis et al., 2000). Για το λόγο αυτό η ανάθεση έργου θεωρείται μια μεταβλητή που θα αναπτυχθεί σε σημαντικό βαθμό στο πλαίσιο της ψυχοθεραπευτικής πρακτικής την επόμενη δεκαετία σύμφωνα με την γνώμη 62 ειδικών στο χώρο της ψυχοθεραπείας (Norcross et al., 2002). Συγκεκριμένα, όσον αφορά στις διαταραχές άγχους, τα αποτελέσματα των ερευνών δηλώνουν ότι η συνεργασία του θεραπευόμενου σε έργο μεταξύ των συνεδριών μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος (Huppert, 2006). Ωστόσο, οι περισσότεροι θεραπευτές που αναθέτουν εργασία για το σπίτι

γνωρίζουν ότι οι θεραπευόμενοι δεν την ολοκληρώνουν πάντα ή δεν την κάνουν πάντα καλά, και αρκετός θεραπευτικός χρόνος αφιερώνεται στη βελτίωση της συνεργασιμότητας. Στην πραγματικότητα η ικανότητα του θεραπευτή να επιτυγχάνει και να βελτιώνει την συνεργασιμότητα θα μπορούσε να αναδειχθεί σε κρίσιμη θεραπευτική ικανότητα που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία της ψυχοθεραπείας (Addis & Jacobson, 2000). Η συνεργασιμότητα αντιπροσωπεύει την επιθυμία για αλλαγή και την κατανόηση της λογικής της θεραπείας, και βοηθά τον πελάτη να γενικεύσει και να παγιώσει τα θεραπευτικά του κέρδη (Huppert, 2006). Η ανάδειξη του παράγοντα της συνεργασιμότητας σε καθοριστικό παράγοντα της θεραπείας οδήγησε στη διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν και σε προτάσεις για τη βελτίωσή της.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη Συνεργασιμότητα

Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνεργασιμότητα ξεκίνησε το 1980 σε μια προσπάθεια ελέγχου μιας σειράς υποθέσεων που αφορούσαν στη βελτίωση της συνεργασιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι Goldfried (1982) και Lazarus και Faye (1982) υποστήριζαν ότι οι θεραπευόμενοι που έχουν μια καλή θεραπευτική σχέση με τους θεραπευτές τους είναι πιθανότερο να συνεργαστούν στο θεραπευτικό πρόγραμμα, ιδιαίτερα αν τους εξηγούσαν με ένα δομημένο και εξατομικευμένο τρόπο τη λογική της θεραπείας. Τότε, η θεραπεία θα φαινόταν περισσότερο αξιόπιστη και οι θεραπευόμενοι που θα ανέμεναν να βελτιωθούν ως αποτέλεσμα της συμμετοχής τους σε αυτήν, θα συμμορφώνονταν σε μεγαλύτερο βαθμό με τις θεραπευτικές οδηγίες. Επιπλέον, υποστηρίχθηκε ότι η βαρύτητα της ψυχοπαθολογίας επηρεάζει τη συνεργασιμότητα με αποτέλεσμα οι ασθενείς που είναι περισσότερο καταθλιπτικοί ή φοβικοί στην αρχή της θεραπείας, να βρίσκουν δύσκολο ή απειλητικό να συνεργαστούν σε θεραπευτικούς στόχους και κατά συνέπεια να αποτυγχάνουν να τους ολοκληρώσουν (Primakoff et al., 1986). Τρεις γενικοί παράγοντες φαίνεται να συνδέονται με τη συνεργασιμότητα: παράγοντες που αφορούν στο έργο, παράγοντες που αφορούν στο θεραπευόμενο και παράγοντες που αφορούν στο θεραπευτή (Detweiler & Whisman, 1999).

Παράγοντες που αφορούν στο έργο

Οι παράγοντες που αφορούν στο έργο αναφέρονται σε συγκεκριμένα στοιχεία που χαρακτηρίζουν το έργο που ανατίθεται και αυξάνουν την πιθανότητα ο ασθενής να το φέρει εις πέρας, όπως το να είναι συγκεκριμένο, να περιγράφεται με σαφήνεια και ακρίβεια και να συμφωνεί με το επίπεδο λειτουργικότητάς του. Ο Tompkins (2002) υποστηρίζει ότι οι θεραπευτικοί στόχοι πρέπει να έχουν νόημα, δηλαδή να συσχετίζονται με τους κεντρικούς θεραπευτικούς στόχους αλλά και το περιεχόμενο της συνεδρίας που προηγήθηκε, να έχουν οριστεί μετά από συμφωνία θεραπευτή και θεραπευόμενου και να ταιριάζουν με το κοινω-

νικό-οικονομικό επίπεδο του θεραπευόμενου. Επιπλέον, να είναι συγκεκριμένοι, ακριβείς και ανάλογοι με το επίπεδο ικανοτήτων του ασθενούς, να είναι αρχικά μικροί και να αποτελούν μέρη του επιθυμητού τελικού στόχου. Σύμφωνα με τον Marks (2002) οι στόχοι είναι αποτελεσματικοί όταν είναι έξυπνοι, από την αγγλική λέξη SMART που αποτελεί ακρωνύμιο των λέξεων specific, manageable, achievable, repetitive και time specific, δηλαδή συγκεκριμένοι, εύχρηστοι, που να μπορούν να πραγματοποιηθούν, επαναλαμβανόμενοι, που έχουν ορισμένη διάρκεια και να πραγματοποιούνται σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

Ωστόσο, τα ερευνητικά ευρήματα αφορούν κυρίως στον τρόπο ανάθεσης της εργασίας. Η ανάθεση έργου νωρίς στη θεραπεία και ο έλεγχος της στάσης του θεραπευόμενου απέναντι σε αυτήν αποτελούσαν προγνωστικούς παράγοντες της συνεργασιμότητας (Worthington, 1986). Η ανασκόπηση της εργασίας που πραγματοποίησε ο θεραπευόμενος, από το θεραπευτή στην επόμενη συνεδρία, παρουσίαζε σημαντική συσχέτιση ($r = 0,39$) τόσο με τη συνεργασιμότητα όσο και με το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Bryant, Simons & Thase, 1999). Ωστόσο, σε έρευνα των Startup και Edmonds (1994) η επιμονή του θεραπευτή σε αυστηρές αρχές στον τρόπο ανάθεσης, που περιελάμβαναν και την ανασκόπηση της προηγούμενης εργασίας, δε βρέθηκε να επηρεάζει τη συνεργασιμότητα.

Παρά τα ενδιαφέροντα ευρήματά τους, οι τρεις αυτές έρευνες αφορούν πολύ μικρό αριθμό δείγματος που δεν επιτρέπει τη διατύπωση αξιόπιστων συμπερασμάτων. Τα ευρήματα είναι περισσότερο αξιόπιστα σε διπλή τυχαιοποιημένη έρευνα των Cox, Tisdell, και Culbert (1988) όσον αφορά στην ανάθεση εργασίας που περιγράφεται με λεπτομέρεια σε γραπτό αντίγραφο το οποίο παίρνει μαζί του ο θεραπευόμενος. Όσοι έλαβαν γραπτό αντίγραφο του έργου που έπρεπε να πραγματοποιήσουν μεταξύ των συνεδριών επέδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη συνεργασιμότητα, ένα εύρημα που ενισχύεται από τα αποτελέσματα της έρευνας των Scheel και συνεργατών (1998) όπου όταν ζητήθηκε από ασθενείς και θεραπευτές, αμέσως μετά τη λήξη της συνεδρίας, να περιγράψουν την εργασία που τους ανατέθηκε προφορικά για το σπίτι, υπήρξε συμφωνία του θεραπευόμενου και του θεραπευτή μόνο σε ένα ποσοστό 41%.

Σύμφωνα με τον Tompkins (2003), οι γραπτές οδηγίες αποτελούν μια δημόσια δήλωση της πρόθεσης του θεραπευόμενου να συνεργαστεί, κάτι δηλαδή σαν γραπτό συμβόλαιο. Επιπλέον, χρησιμεύουν ως αρχείο του τι συμφωνήθηκε να γίνει ώστε να προληφθούν παρανοήσεις και διαφωνίες που μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπευτική σχέση. Για το λόγο αυτό προτείνει λεπτομερείς οδηγίες που πρέπει να ακολουθούν οι θεραπευτές στον τρόπο καταγραφής των εργασιών.

Παράγοντες που αφορούν στο θεραπευόμενο

Η διερεύνηση των παραγόντων που αφορούν στο θεραπευόμενο επεκτάθηκε σε στοιχεία που αφορούν και στη νόσο. Παράγοντες όπως: η διάρκεια της νόσου (Edelman & Chambless, 1993), το φύλο (Lampropoulos & Rector, 2004; Schmidt & Woolaway-Bickel,

2000), η εθνικότητα, η οικογενειακή και η επαγγελματική κατάσταση, το αν οι ασθενείς βρίσκονταν σε φαρμακευτική αγωγή ή όχι (Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000), η ηλικία (Edelman & Chambless, 1993; Lampropoulos & Rector, 2004; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000) και η διάγνωση (Lampropoulos & Rector, 2004) δε βρέθηκε να συσχετίζονται με τη συνεργασιμότητα. Όσον αφορά σε μεταβλητές που συσχετίζονται περισσότερο με ορισμένες διαταραχές, δε βρέθηκε να ασκούν επίδραση στη συνεργασιμότητα, ούτε η σταθερότητα των πεποιθήσεων στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (De Araujo, Ito & Marks, 1996), ούτε τα επίπεδα εσωτερικού ελέγχου στην κοινωνική φοβία (Leung & Heimberg, 1996).

Η βαρύτητα της ψυχοπαθολογίας εξετάστηκε στα πλαίσια μιας σειράς παραγόντων και βρέθηκαν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Κάποιες έρευνες (Edelman & Chambless, 1993; De Araujo, Ito & Marks, 1996) έδειξαν ότι καλύτερη συνεργασιμότητα συνδέεται με μικρότερη αρχική βαρύτητα. Συγκεκριμένα, ασθενείς με αγοραφοβία που στην αρχή της θεραπείας τους ήταν περισσότερο αγχώδεις, αποφευκτικοί, καταθλιπτικοί και ανέφεραν περισσότερο φόβο φόβου, ήταν λιγότερο πιθανό να συμμορφωθούν με τις θεραπευτικές οδηγίες (Edelman & Chambless, 1993). Ωστόσο, σε νεότερη έρευνα των ίδιων ερευνητών σε 52 ασθενείς με κοινωνική φοβία δε βρέθηκε συσχέτιση της αρχικής βαρύτητας των συμπτωμάτων με τη συνεργασιμότητά τους (Edelman & Chambless, 1995). Παρόμοια, σε ασθενείς με κοινωνική φοβία, η πιθανότητα οι ασθενείς να πραγματοποιήσουν στόχους μεταξύ των συνεδριών δεν συσχετιζόταν με το πόσο αγχώδεις ήταν στην έναρξη της θεραπείας (Leung & Heimberg, 1996). Τέλος, σε έρευνα των Lampropoulos και Rector (2004) σε 22 ασθενείς με διαταραχή πανικού με και χωρίς αγοραφοβία και 30 ασθενείς με κοινωνική φοβία, η βαρύτητα στην έναρξη δεν συσχετιζόταν με τη συνεργασιμότητα.

Σε πρόσφατη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (Scheel et al., 2004), οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι η βαρύτητα των συμπτωμάτων είναι πιθανό να λειτουργεί ως κίνητρο για συνεργασία σε οτιδήποτε προτείνεται ως εργασία για το σπίτι από το θεραπευτή. Ο θεραπευόμενος μπορεί να εκλαμβάνει την εργασία ως ένα τρόπο να ελέγξει τα συμπτώματά του ή να εμπλακεί ενεργητικά σε μια προσπάθεια ανακούφισης από αυτά. Ωστόσο, σοβαρότερα προβλήματα όπως μείζονα κατάθλιψη είναι πιθανό να στερούν τον ασθενή από την ενέργεια και την προθυμία να ενεργήσει σύμφωνα με τις υποδείξεις του θεραπευτή.

Τέλος, όσο αφορά στην αποδοχή της θεραπείας, υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς που συμφωνούν με τη λογική της θεραπείας τους τείνουν να βελτιώνονται ταχύτερα και έχουν αυξημένα ποσοστά επιτυχημένης θεραπείας (Addis & Jacobson, 1996, 2000; Fennel & Teasdale, 1987).

Παράγοντες που αφορούν στο θεραπευτή

Οι παράγοντες που αφορούν στο θεραπευτή αναφέρονται σε στοιχεία της συμπεριφοράς και του τρόπου του θεραπευτή που αυξάνουν την πιθανότητα ο ασθενής να φέρει εις

πέρας το συγκεκριμένο έργο, όπως η ικανότητά του να δημιουργήσει και να διατηρήσει μια θετική θεραπευτική συμμαχία και να ενισχύσει αποτελεσματικά τη συνεργασιμότητα του θεραπευόμενου.

Μια από τις πρώτες έρευνες που επιχείρησε να μελετήσει τη σχέση μεταξύ θεραπευτικής συμμαχίας και συνεργασιμότητας αφορούσε συμβουλευτική θεραπεία για συναισθηματικά, οικογενειακά και επαγγελματικά προβλήματα (Worthington, 1986). Σύμφωνα με τα ευρήματά της, οι θεραπευόμενοι που συνεργάζονταν περισσότερο δεν είχαν καλύτερη θεραπευτική σχέση με τους θεραπευτές τους. Ωστόσο οι σημαντικοί περιορισμοί της, δεν είχε γίνει εκτίμηση της συνεργασιμότητας στο 14% του δείγματος και τα ψυχομετρικά εργαλεία δεν ήταν σταθμισμένα, περιορίζουν την αξιοπιστία της.

Σε έρευνα των Edelman και Chambless (1993) η εκτίμηση του θεραπευόμενου ότι ο θεραπευτής δείχνει ενδιαφέρον και εμπλέκεται στη θεραπεία, δεν είναι παθητικός δέκτης ή επεξηγηματικός, επίσης δε βρέθηκε να συσχετίζονται σημαντικά με τη συνεργασιμότητά του. Η μόνη θετική συσχέτιση αφορούσε την εκτίμηση της αυτοπεποίθησης όπου όσοι θεραπευόμενοι εκτίμησαν ότι οι θεραπευτές τους είχαν περισσότερη αυτοπεποίθηση ακολουθούσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό θεραπευτικές οδηγίες μεταξύ των συνεδριών. Τα αποτελέσματα αυτά οδήγησαν τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει σαφής και ξεκάθαρη υποστήριξη της υπόθεσης ότι η σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου θα μπορούσε να επηρεάσει τη συνεργασιμότητα.

Μια παλιότερη έρευνα των Ghosh, και συνεργατών (1988) που αφορούσε 84 χρόνιους ασθενείς με φοβία παρουσίασε κάποια ενδιαφέροντα ευρήματα. Στους ασθενείς δόθηκαν οδηγίες αυτό-έκθεσης είτε από θεραπευτή ή από βιβλίο ή ηλεκτρονικό υπολογιστή και βρέθηκε ότι όσοι ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (N=71) βελτιώθηκαν εξίσου, ανεξάρτητα από την ομάδα στην οποία βρίσκονταν. Στις ομάδες του βιβλίου και του ηλεκτρονικού υπολογιστή, οι θεραπευόμενοι δεν πήραν θεραπευτικές οδηγίες έκθεσης από τον θεραπευτή, παρά μόνο να κάνουν ότι λέει το βιβλίο και το πρόγραμμα του υπολογιστή, δεν ζήτησαν να δουν θεραπευτή σε κανένα στάδιο της θεραπείας, αν και τους δόθηκε η επιλογή, και δεν έφεραν αντίρρηση ή δυσκολία στη θεραπεία τους. Ένα ενδιαφέρον στοιχείο αποτελεί ότι τέσσερις από τους ασθενείς που είχαν διαβάσει το συγκεκριμένο βιβλίο πριν έρθουν για θεραπεία, απέτυχαν να ακολουθήσουν τις θεραπευτικές οδηγίες μέχρι που αυτό τους ζητήθηκε από τον θεραπευτή. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το να δει κάποιος ένα θεραπευτή μπορεί να αποτελεί σημαντικό κίνητρο για να εμπλακεί και να ολοκληρώσει με επιτυχία ένα δύσκολο θεραπευτικό πρόγραμμα, χωρίς ωστόσο να απαιτείται η δημιουργία βαθιάς θεραπευτικής σχέσης καθώς η θεραπεία ήταν το ίδιο αποτελεσματική και για τις τρεις ομάδες. Ο θεραπευτής χρειάζεται να είναι επεξηγηματικός, να προσφέρει λεπτομερείς συμβουλές ανάλογες με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής και ενθάρρυνση ώστε να συνεχίσει τις ασκήσεις έκθεσης.

Συνοψίζοντας, οι παράγοντες που φαίνεται να συσχετίζονται με τη συνεργασιμότητα αφορούν σε χαρακτηριστικά του θεραπευτή όπως η αυτοπεποίθηση, η εμπλοκή στη θεραπεία και το ενδιαφέρον, όπως αυτά αξιολογούνται από το θεραπευόμενο, καθώς και η καταγραφή του έργου σε φόρμα η οποία δίνεται στο θεραπευόμενο. Τα παραπάνω στοιχεία παρατίθενται συνοπτικά στο πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 6).

Πίνακας 6

Παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασιμότητα

Παράγοντες που αφορούν στο θεραπευόμενο	Διάρκεια νόσου	
	Φύλο	
	Εθνικότητα	
	Οικογενειακή Κατάσταση	Καμία επίδραση
	Επαγγελματική Κατάσταση	
	Φαρμακευτική Αγωγή	
	Ηλικία	
	Βαρύτητα νόσου	Αντικρουόμενα αποτελέσματα
	Αποδοχή της λογικής της θεραπείας	Θετική συσχέτιση
Παράγοντες που αφορούν στο θεραπευτή	Ενδιαφέρον	
	Αυτοπεποίθηση	Θετική συσχέτιση
	Αυξημένη εμπλοκή	
Παράγοντες που αφορούν στον τρόπο ανάθεσης του έργου	Ανασκόπηση	Μη γενικεύσιμα αποτελέσματα
	Γραπτό αντίγραφο	Θετική συσχέτιση
	Ανάθεση εργασίας νωρίς στη θεραπεία	Προγνωστικός παράγοντας

Περίληψη και Συμπεράσματα

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι τόσο η θεραπευτική συμμαχία όσο και η συνεργασιμότητα αποτελούν μεταβλητές που συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η θεραπευτική συμμαχία όπως αξιολογείται νωρίς στη θεραπεία αποτελεί ένα καλό προγνωστικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος και συσχετίζεται με τα θεραπευτικά κέρδη (Horvath, 2001, 2005). Στο πλαίσιο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας, η έρευνα είναι σαφώς πιο περιορισμένη και τα ευρήματα αντικρουόμενα. Αν και οι θεραπευόμενοι αξιολογούν κάποια χαρακτηριστικά του θεραπευτή ως σημαντικά για τη βελτίωσή τους, αυτό δεν επιβεβαιώνεται από τις έρευνες. Ειδικότερα, στη θεραπεία αγχώδων διαταραχών, οι συγκεκριμένες θεραπευτικές τεχνικές φαίνεται να ευθύνονται τις περισσότερες φορές για το μέγεθος επίδρασης και όχι η θεραπευτική σχέση (Norcross, 2002).

Επιπλέον, έρευνες που έχουν εξετάσει την αποτελεσματικότητα βραχείων ψυχοθεραπειών συμπεριφορικού τύπου ή ψυχοθεραπειών που προσφέρονται μέσω βιβλίου, διαδικτύου, τηλεφώνου ή λογισμικού (Bachofen et al., 1999; Kenardy et al., 2003; Marks et al., 1998; Newman et al., 2003) δείχνουν ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική και οι θεραπευόμενοι εξίσου ικανοποιημένοι, με εκείνους που ακολουθούν την κλασική μορφή ψυχοθεραπείας, παρά το γεγονός ότι η επαφή με το θεραπευτή είναι πρακτικά ανύπαρκτη (Marks et al., 2004; Proudfoot et al., 2004). Τα παραπάνω στοιχεία αφορούν λίγες έρευνες με μικρό δείγμα και δεν επιτρέπουν σε καμία περίπτωση την διεξαγωγή σαφών συμπερασμάτων για το ρόλο της θεραπευτικής σχέσης στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, ωστόσο, εγείρουν ερωτήματα σχετικά με το ρόλο της θεραπευτικής συμμαχίας στην ενλόγω ψυχοθεραπεία.

Η ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών και η συνεργασιμότητα των θεραπευόμενων σε αυτό, εξετάστηκαν ιδιαίτερα στο πλαίσιο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας. Η ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών αποτελεί κεντρικό χαρακτηριστικό της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας (Thase & Callan, 2006), καθώς δίνει στους θεραπευόμενους την ευκαιρία να εφαρμόσουν τις ικανότητες που αποκτούν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας στην καθημερινή τους ζωή (Spiegler & Guevremont, 1998), να αναλάβουν ευθύνες και έναν πιο ενεργητικό ρόλο (Corey, 2001). Το έργο που ανατίθεται αφορά κυρίως στην έκθεση των θεραπευόμενων σε καταστάσεις που αποφεύγουν λόγω άγχους (Huppert, 2006). Ο βαθμός στον οποίο οι θεραπευόμενοι πραγματοποιούν τους θεραπευτικούς τους στόχους ονομάζεται συνεργασιμότητα (Homework Compliance).

Έρευνες έχουν δείξει μια θετική συσχέτιση μεταξύ της συνεργασιμότητας στο έργο που έχει ανατεθεί για το σπίτι και του θεραπευτικού αποτελέσματος σε θεραπεία διαταραχών άγχους (Abramowitz et al., 2002; Al-Kubaisy et al., 1992; De Araujo, Ito & Marks,

1996; Edelman & Chambless, 1993, 1995; Leung & Heimberg, 1996; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Τα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η ανάθεση έργου μεταξύ των συνεδριών βοηθά τους ασθενείς να βελτιωθούν γρηγορότερα και να παραμείνουν καλά για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ενώ η συνεργασιμότητα σε αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει ένα σημαντικό προγνωστικό παράγοντα επιτυχούς θεραπείας (Detweiler & Whisman, 1999; Kazantzis et al., 2000).

Πολλοί θεωρητικοί συσχετίζουν τις δύο αυτές μεταβλητές, θεραπευτική συμμαχία και συνεργασιμότητα, και υποστηρίζουν ότι μια καλή θεραπευτική σχέση ενισχύει τη συνεργασιμότητα του θεραπευόμενου (Goldfried, 1982, Lazarus & Faye, 1982, Tompkins, 2003). Ο Emmelkamp (1986) αναφέρει «... γίνεται όλο και περισσότερο προφανές ότι η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης είναι σημαντική στον καθορισμό της επιτυχίας ή της αποτυχίας των συμπεριφορικών θεραπειών» (σελ. 432). Ο Garfield (1995) θεωρεί ότι εξ αίτιας της θεραπευτικής συμμαχίας, ο θεραπευτής επηρεάζει το θεραπευόμενο ώστε να ανακαλύψει τα δυσλειτουργικά μοντέλα συμπεριφοράς του και να δοκιμάσει καινούριες συμπεριφορές που μέχρι τότε απέφυγε (σελ. 92).

Ωστόσο, η θέση αυτή δεν έχει μελετηθεί στο πλαίσιο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας Διαταραχών Άγχους. Ελάχιστα ερευνητικά αποτελέσματα, που αποτελούν κατά κύριο λόγο δευτερεύοντα ευρήματα ερευνών που εξετάζουν άλλες μεταβλητές και δεν αναφέρονται σε διαταραχές άγχους, προσφέρουν κάποιες ενδείξεις σχετικά με τη σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας και της συνεργασιμότητας. Τέτοια είναι τα ευρήματα που προέρχονται από έρευνες που αφορούν στους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασιμότητα, και ειδικότερα παράγοντες που αφορούν στο θεραπευτή. Συγκεκριμένα, το ενδιαφέρον, η εμπλοκή στη θεραπεία και η αυτοπεποίθηση των θεραπειών, φάνηκε να αυξάνουν το χρόνο που οι ασθενείς καταναλώνουν σε εργασία και να ενισχύουν τη συμμόρφωσή τους στις θεραπευτικές οδηγίες (Edelman & Chambless, 1993). Τα ευρήματα ωστόσο αυτά, είναι αποσπασματικά και μεμονωμένα, γεγονός που οδήγησε και τους ίδιους τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει σαφής και ξεκάθαρη στήριξη της υπόθεσης ότι η σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου θα μπορούσε να επηρεάσει τη συνεργασιμότητα.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Η θεραπευτική συμμαχία όπως αξιολογείται νωρίς στη θεραπεία αποτελεί ένα καλό προγνωστικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος σε ψυχοθεραπείες διαφόρων προσεγγίσεων και για διάφορα είδη διαταραχών. Ωστόσο, τα αντικρουόμενα αποτελέσματα που αφορούν στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία διαταραχών άγχους επιβάλλουν την ανάγκη να διερευνηθεί η συνεισφορά της και σε αυτού του είδους την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση για τους παρακάτω λόγους.

Η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί έναν από τους κεντρικότερους άξονες της ψυχοθεραπευτικής θεωρίας και έρευνας τα τελευταία 50 χρόνια. Θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους κοινούς παράγοντες που επηρεάζει, και ως ένα βαθμό, καθορίζει την ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Διαφαίνεται η ανάγκη να διερευνηθεί αν αυτό ισχύει και για τη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία, μια θεραπευτική προσέγγιση που αποτελεί τη θεραπεία επιλογής για τις διαταραχές άγχους, διαταραχές με μεγάλο προσωπικό, κοινωνικό και οικονομικό κόστος.

Παράλληλα, αποτελεί κοινή πεποίθηση και λογικοφανή θέση ότι η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί αναγκαία συνθήκη για κάθε πετυχημένη παρέμβαση, καθώς συνεισφέρει σημαντικά στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα αυξάνοντας τη συνεργασιμότητα των θεραπουμένων. Στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία, η συνεργασιμότητα των θεραπουμένων σε έργα μεταξύ των συνεδριών αποτελεί καθοριστικό παράγοντα και δραστηριότητα της ψυχοθεραπείας και συνεισφέρει καθοριστικά στο τελικό αποτέλεσμα και τη μακροχρόνια διατήρησή του. Σειρά ερευνών έχουν εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασιμότητα των θεραπουμένων, ωστόσο έχουν παραμείνει σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του θεραπευτή ή σε αναδρομικές εκτιμήσεις των θεραπουμένων, χωρίς να έχουν καθόλου εξετάσει τη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου και ιδιαίτερα τη θεραπευτική συμμαχία και την πιθανή συμβολή της στη συνεργασιμότητα των θεραπουμένων. Κατά συνέπεια, δεν υπάρχουν ερευνητικά ευρήματα που να υποστηρίζουν τη σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με τη συνεργασιμότητα.

Γενικότερα, διαφαίνεται η ανάγκη να διερευνηθεί η συνεισφορά της θεραπευτικής συμμαχίας στη συνεργασιμότητα και στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας προσπάθειας θα συνέβαλαν στη διεύρυνση της γνώσης μας για τη θεραπευτική διαδικασία και τα δραστηρικά στοιχεία της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας. Ταυτόχρονα, η έλλειψη παρόμοιων ερευνών στη χώρα μας, και ο περιορισμένος αριθμός ερευνών διαδικασίας στα πλαίσια της συγκεκριμένης ψυχοθεραπείας γενικότερα, εκτιμούμε ότι καθιστά μια τέτοια μελέτη σημαντική για τη διατύπωση προτάσεων σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με τη βελτίωση σε ασθενείς με διαταραχές άγχους, την αξιοποίησή τους και κατ' επέκταση την αύξηση της αποτελεσματικότητας της συγκεκριμένης παρέμβασης.

Για να καταστεί κάτι τέτοιο δυνατό, οι παραπάνω προβληματισμοί αναπτύχθηκαν σε μια σειρά ερευνητικών ερωτημάτων, τα οποία παρουσιάζονται στη συνέχεια:

1. Υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και σε όσους τη διέκοψαν όσον αφορά στη θεραπευτική συμμαχία;
2. Υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και σε όσους τη διέκοψαν όσον αφορά στη συνεργασιμότητα σε στόχους που πραγματοποιούνται μεταξύ των συνεδριών;
3. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία και στη συνεργασιμότητα των θεραπευόμενων σε στόχους που πραγματοποιούν μεταξύ των συνεδριών;

Μέθοδος

Δείγμα

Για τη διερεύνηση των παραπάνω ερευνητικών ερωτημάτων επιλέχθηκε ένα δείγμα 34 ασθενών με διάγνωση Διαταραχής Άγχους που προσήλθαν οικειοθελώς στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς (ΜΘΣ) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών από το Μάιο ως το Δεκέμβριο του 2003. Οι ασθενείς προσέρχονται στη ΜΘΣ είτε μετά από δική τους αναζήτηση μέσω διαδικτύου, τηλεφωνικών υπηρεσιών ενημέρωσης, και εκπομπών στην τηλεόραση ή άρθρων σε περιοδικά (38%) είτε παραπέμπονται από ιδιώτες ψυχολόγους και ψυχιάτρους (22%), νοσοκομεία και άλλες υπηρεσίες υγείας (16%), και παλαιότερους ασθενείς (16%) (Σωτηροπούλου, 2005).

Το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες ($n=22$, 64,7%) και ο μέσος όρος ηλικίας του ήταν 34,5 έτη ($TA=12,7$, εύρος 18-67). Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα ανήκαν διαγνωστικά στην ευρύτερη ομάδα των αγχωδών διαταραχών, και στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (64,7%) στη Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία. Ο μέσος χρόνος θεραπείας (εδώ περιλαμβάνονται μόνο εκείνοι που ολοκλήρωσαν με επιτυχία τη θεραπεία τους) ήταν 7,5 συνεδρίες ($M=7,5$, $TA=5,1$).

Οι ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οι οποίοι διαφοροποιούνται ως προς την ψυχοπαθολογία τους, ήταν πέντε, τρεις γυναίκες και δύο άντρες, από 21 έως 62 ετών. Ένας από αυτούς είχε διπλή διάγνωση ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και αγοραφοβίας. Ο μέσος χρόνος θεραπείας τους ήταν 17 συνεδρίες ($M=17,5$, $TA=0,7$). Ολοκλήρωσαν τη θεραπεία δύο ασθενείς ενώ οι υπόλοιποι διέκοψαν. Αυτοί που ολοκλήρωσαν ήταν άντρες, 21 και 30 ετών, και είχαν 17 και 18 συνεδρίες αντίστοιχα. Οι διαγνώσεις των 34 συμμετεχόντων παρουσιάζονται αναλυτικότερα στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7

Διαγνώσεις κατάλληλων περιστατικών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Διαταραχή πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία	22	64,7
Ειδική φοβία	4	11,8
Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή	4	11,8
Γενικευμένη	2	5,9
Κοινωνική φοβία	1	2,9
Μη άλλως προσδιορισμένη	1	2,9
Σύνολο	34	100

Οι συμμετέχοντες πληρούσαν τα παρακάτω κριτήρια:

- 1) Διάγνωση διαταραχής άγχους βασισμένη στα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, DSM IV, American Psychiatric Association, 1994), που έγινε για όλα τα περιστατικά από τον ίδιο ψυχίατρο (Γ.Κ.)
- 2) Απουσία εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες (AXIS I) και
- 3) Απουσία άλλου μείζονος ψυχιατρικού προβλήματος.

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και υπέγραψαν έγγραφο συγκατάθεσης συμμετοχής σε αυτή (Παράρτημα II, σελ. 179).

Το δείγμα αξιολογήθηκε με μια σειρά ψυχομετρικών εργαλείων που παρουσιάζονται στη συνέχεια. Για δύο από τους συμμετέχοντες που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους δεν υπάρχουν κάποια ερωτηματολόγια, για τον ένα το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης που χορηγείται στη λήξη της θεραπείας και για τον άλλο και τα τέσσερα ψυχομετρικά εργαλεία που χορηγούνται στην αξιολόγηση που έγινε έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Από την ομάδα των συμμετεχόντων που διέκοψε την θεραπεία της, ένας ασθενής δεν αξιολόγησε τη θεραπευτική συμμαχία μετά την 3^η συνεδρία ενώ τρεις ασθενείς αρνήθηκαν συνολικά την αξιολόγηση έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους (Πίνακας 8).

Πίνακας 8
Ελλιπή δεδομένα

	Ολοκληρωμένη θεραπεία	Άρνηση ή διακοπή θεραπείας	Σύνολο
Τέλος θεραπείας	1	0	1
Εξάμηνη παρακολούθηση	4	14	16

Οι χαμένες πληροφορίες είναι σημαντική τροχοπέδη στα ασφαλή συμπεράσματα. Για το λόγο αυτό υπολογίστηκαν τα ελλιπή δεδομένα σε όλα τα στάδια της μελέτης. Στις περιπτώσεις που υπήρξε ελλιπή συμπλήρωση λημμάτων των κλινικών μετρήσεων, όσων προσήλθαν και αξιολογήθηκαν, έγινε αντικατάσταση αυτών χρησιμοποιώντας το μέσο όρο των υπολοίπων συμμετεχόντων. Σημειώνεται ότι σε καμία περίπτωση η αντικατάσταση δεν αφορά περισσότερες από δύο τιμές σε κάθε ερωτηματολόγιο ή αντικατάσταση συνολικής τιμής ερωτηματολογίου χωρίς την ύπαρξή του.

Εργαλεία

(α) Κλινική εκτίμηση

Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την κλινική εκτίμηση και κατ'επέκταση την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος όσων κρίθηκαν κατάλληλοι για Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς είναι:

Η κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R (Derogatis, 1977), (Ντώνιας & συν., 1991)

Για να ανιχνεύσουμε τη συμπτωματολογία των ασθενών και να εκτιμήσουμε τη βαρύτητά της στην αρχή, στο τέλος και έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, χορηγήσαμε την κλίμακα ψυχοπαθολογίας SCL-90-R. Η κλίμακα SCL-90-R είναι μια έγκυρη αυτό-συμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλημάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς σε πολλές διαστάσεις ψυχολογικών προβλημάτων. Αποτελείται από 90 δηλώσεις οι οποίες αντιπροσωπεύουν εννέα συμπτωματολογικές διαστάσεις: σωματοποίηση, ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός, ψυχωτισμός. Επιπλέον των διαστάσεων αυτών, από το σύνολο των διαπιστώσεων εξάγονται και τρεις συνολικοί δείκτες της έκτασης και της έντασης της παρουσιαζόμενης συμπτωματολογίας. Οι

δείκτες αυτοί είναι: ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ), που συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά, το σύνολο θετικών συμπτωμάτων, που δίνει πληροφορίες μόνο για τον αριθμό των συμπτωμάτων (ΣΘΣ), και το δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) που αποτελεί ένα μέτρο της έντασης της ενόχλησης.

Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων αποτελεί το δείκτη που εκφράζει καλύτερα τη βαρύτητα της διαταραχής τη στιγμή της αξιολόγησης και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί τις περισσότερες φορές που απαιτείται ένας μόνο δείκτης. Η κάθε διαπίστωση βαθμολογείται με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα ενόχλησης, από «καθόλου» (0) έως «πάρα πολύ» (4). Η κλίμακα έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό (Ντώνιας και συν., 1991) και αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο ανίχνευσης και εκτίμησης της συμπτωματολογίας, καθώς χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά ορθής ταξινόμησης των εξετασθέντων στις ομάδες των υγιών και ασθενών (81% και 91% αντίστοιχα), εγκυρότητα και παράλληλη εγκυρότητα των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήσαμε για τις αναλύσεις μας το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ).

Το ερωτηματολόγιο φόβου – The Fear Questionnaire (Marks & Mathews, 1979), (Κασβίκης & συν., 2006; Πούλου, 2001)

Για τη διαγνωστική αξιολόγηση τριών διαταραχών άγχους, της αγοραφοβίας, της κοινωνικής φοβίας και της ειδικής φοβίας αίματος-ένεσης-τραυματισμού στην αρχή, στο τέλος και έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, χορηγήσαμε το ερωτηματολόγιο φόβου. Το Ερωτηματολόγιο Φόβου είναι μια αυτό-συμπληρούμενη κλίμακα που αποτελείται από 15 λήμματα καθημερινών δραστηριοτήτων. Οι δραστηριότητες βαθμολογούνται σύμφωνα με το κατά πόσο αποφεύγονται λόγω φόβου ή άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων στη βάση μιας κλίμακας αποφυγής (από 0 – 8, όπου 0 = δε θα την απέφευγα ποτέ, 2 = θα την απέφευγα λίγες φορές, 4 = θα την απέφευγα αρκετές φορές, 6 = θα την απέφευγα τις περισσότερες φορές και 8 = θα την απέφευγα πάντα). Τα λήμματα αφορούν τρεις διαγνωστικές κατηγορίες: την αγοραφοβία, την ειδική φοβία αίματος-ένεσης-τραυματισμού και την κοινωνική φοβία. Η αγοραφοβία αντιπροσωπεύεται από τα λήμματα 5, 6, 8, 12, 15, η κοινωνική φοβία από τα λήμματα 3, 7, 9, 11, 14 και η φοβία αίματος-ένεσης-τραυματισμού από τα λήμματα 2, 4, 10, 13, 16. Η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να σημειωθεί ανά διαταραχή είναι 40. Το ερωτηματολόγιο φόβου μεταφράστηκε στα ελληνικά και ξαναμεταφράστηκε στα αγγλικά από μεταφράστρια με μητρική γλώσσα τα αγγλικά. Προκαταρκτική μελέτη διερεύνησε τις ψυχομετρικές του ιδιότητες με ικανοποιητικά αποτελέσματα (Πούλου, 2001), γεγονός που δημιούργησε τη βάση για τη στάθμισή του στον ελληνικό πληθυσμό (Κασβίκης & συν., 2006).

Το ερωτηματολόγιο άγχους-Beck Anxiety Inventory (BAI, Beck 1993)

Για να αξιολογήσουμε τη βαρύτητα του άγχους στην αρχή, στο τέλος και έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, χορηγήσαμε το ερωτηματολόγιο άγχους. Το ερωτηματολόγιο άγχους είναι μια αυτό-συμπληρούμενη κλίμακα που αποτελείται από 21 λήμματα συμπτωμάτων άγχους. Ο εξεταζόμενος καλείται να βαθμολογήσει πόσο πολύ τον ενόχλησε κάθε ένα από τα 21 συμπτώματα που αναφέρονται σε μία κλίμακα από το 0 έως το 3, όπου 0 = καμία, 1 = ήπια (δεν με ενόχλησε πολύ), 2 = μέτρια (ήταν πολύ δυσάρεστο αλλά μπορούσα να το αντέξω), 3 = έντονη (μπορούσα να το αντέξω μόλις και μετά βίας). Η βαθμολογία του ερωτηματολογίου αποτελείται από το άθροισμα των επιμέρους βαθμών ενόχλησης για κάθε σύμπτωμα και η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να παρουσιαστεί είναι 63. Βαθμολογία 1-7 καθορίζει μηδαμινό άγχος (minimal) , 8-15 ήπιο (mild), 16-25 μέτριο (moderate) και 26-63 βαρύ (severe).

Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα Ελληνικά και ξαναμεταφράστηκε στα Αγγλικά από δίγλωσσους (Ελληνοκαναδούς) μεταφραστές.

Το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης – Beck Depression Inventory (BDI, Beck & Beamesderfer, 1974), (Τζέμος, 1987)

Για να αξιολογήσουμε τη βαρύτητα της κατάθλιψης στην αρχή, στο τέλος και έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, χορηγήσαμε το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης. Το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης είναι μια αυτό-συμπληρούμενη κλίμακα και χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της έντασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Αποτελείται από 21 λήμματα που το καθένα αναφέρεται σε μια εκδήλωση ή σύμπτωμα της κατάθλιψης και περιέχει 4-5 προτάσεις. Κάθε πρόταση βαθμολογείται από 0-3 ανάλογα με τη βαρύτητα που δηλώνει. Σε μερικά λήμματα δύο ή και τρεις προτάσεις που θεωρείται ότι δηλώνουν την ίδια βαρύτητα, βαθμολογούνται με τον ίδιο αριθμό. Η βαθμολογία μπορεί να διακυμανθεί από 0-62. Η προτεινόμενη βαθμολογία για επισήμανση καταθλιπτικών μέσα σε μια ευρύτερη ομάδα είναι το 13, αλλά αν ο σκοπός είναι η συγκρότηση μιας αμιγούς ομάδας καταθλιπτικών για ερευνητικούς σκοπούς η προτεινόμενη διαχωριστική βαθμολογία είναι το 21 (Beck & Beamesderfer, 1974). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από την αγγλική γλώσσα και οι ψυχομετρικές του ιδιότητες έχουν ελεγχθεί σε ελληνικό πληθυσμό (Τζέμος, 1987).

Βαθμολόγηση άγχους και αποφυγής των Τελικών Στόχων της θεραπείας

Για να αξιολογήσουμε το επίπεδο δυσκολίας των τελικών στόχων της θεραπείας στην αρχή (μόλις τέθηκαν, δεύτερη ή τρίτη συνεδρία), στο τέλος και έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, χορηγήσαμε το φυλλάδιο βαθμολόγησης των τελικών στόχων της θεραπείας. Οι Τελικοί Στόχοι είναι καταστάσεις ή δραστηριότητες οι οποίες αποφεύγονται στο μεγαλύτερο βαθμό από τον πάσχοντα εξαιτίας του άγχους και τίθενται στην αρχή

της θεραπείας από τον ίδιο το ασθενή υπό την καθοδήγηση του θεραπευτή του. Βαθμολογούνται με βάση μια κλίμακα ίσων διαστημάτων από 0-8 (όπου 0 = καθόλου άγχος / δεν αποφεύγω, 2 = λίγο άγχος / αποφεύγω λίγες φορές, 4 = μέτριο άγχος / αποφεύγω αρκετές φορές, 6 = έντονο άγχος / αποφεύγω τις περισσότερες φορές και 8 = αβάσταχτο άγχος / αποφεύγω πάντα την εν λόγω δραστηριότητα). Η βαθμολογία είναι διπλή, δηλαδή διαφορετική για το άγχος και την αποφυγή. Τα βασικά χαρακτηριστικά των τελικών στόχων είναι ότι αφορούν συγκεκριμένες καταστάσεις που εντάσσονται στην καθημερινότητα του ασθενούς και αποτελούν ρεαλιστικά αιτήματα από την πλευρά του πάσχοντος - (παράδειγμα τελικού στόχου αγοραφοβικού ασθενούς : καθημερινά στις 8.30 να πηγαίνω με το μετρό από το Σύνταγμα στο Χαλάνδρι – Βαθμολογία άγχους στην αρχή της θεραπείας = 7, Βαθμολογία αποφυγής = 8).

Η επίτευξη των τελικών στόχων με τελικό άγχος και αποφυγή μικρότερα του δύο στην κλίμακα βαθμολόγησης σηματοδοτούν το τέλος της θεραπείας, εφόσον δεν έχουν προκύψει άλλα αιτήματα. Η βαθμολόγησή τους πριν την έναρξη της θεραπείας και στον τερματισμό της, αποτελούν σημαντική ανατροφοδότηση για τους ασθενείς που μπορούν να δουν εύκολα πώς η θεραπεία που ακολούθησαν τους ωφέλησε σε καθημερινές δραστηριότητες, τις οποίες αδυνατούσαν να πραγματοποιήσουν στο παρελθόν εξαιτίας της διαταραχής τους. Η απλότητά τους, σε αντίθεση με τις άλλες κλίμακες που χρησιμοποιούνται, συμβάλλει στη συγκριτική αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους πριν και μετά τη θεραπεία.

(β) Θεραπευτική συμμαχία

Το ερωτηματολόγιο της Θεραπευτικής Συμμαχίας-Working Alliance Inventory, (WAI, Horvath & Greenberg, 1986)

Για να αξιολογήσουμε τη θεραπευτική συμμαχία όπως αυτή διαμορφώθηκε νωρίς στη θεραπευτική διαδικασία, χορηγήσαμε το ερωτηματολόγιο της θεραπευτικής συμμαχίας αμέσως μετά την ολοκλήρωση καθεμιάς από τις τρεις πρώτες συνεδρίες.

Το ερωτηματολόγιο της θεραπευτικής συμμαχίας είναι μια αυτό-συμπληρούμενη κλίμακα που αποτελείται από 36 δηλώσεις που αξιολογούν τον τρόπο με τον οποίο ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος αξιολογούν ο ένας τον άλλον σχετικά με συγκεκριμένες θεραπευτικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η αξιολόγηση της συνολικής θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου καθώς και τριών παραγόντων-διαστάσεων της, του *Στόχου* (Goal) που αναφέρεται στο βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο για τους στόχους της θεραπείας, του *Έργου* (Task) που αναφέρεται στο βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο σχετικά με τα «έργα» μέσω των οποίων θα επιτευχθούν οι στόχοι και του *Δεσμού* (Bond) που αναφέρεται στην ανάπτυξη δεσμού μεταξύ των δύο συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι το συχνότερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο στη διεθνή βιβλιογραφία για την αξιολόγηση

της θεραπευτικής συμμαχίας καθώς είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί για κάθε τύπο θεραπείας γεγονός που το κάνει το πλέον κατάλληλο για τις περισσότερες ερευνητικές μελέτες (Martin et al., 2000; Hersoug et al., 2002).

Χορηγείται μετά τη λήξη των τριών πρώτων συνεδριών (ή και έως την πέμπτη συνεδρία). Η βαθμολόγηση γίνεται στην βάση μιας 7-βάθμιας κλίμακας, (1 = ποτέ, 2 = σπάνια, 3 = περιστασιακά, 4 = κάποιες φορές, 5 = συχνά, 6 = πολύ συχνά, 7 = πάντα), όπου δηλώνεται η συχνότητα εμφάνισης της κατάστασης που περιγράφεται σε κάθε δήλωση μέσα στη συνεδρία που μόλις ολοκληρώθηκε. Οι τρεις παράγοντες αξιολογούνται ως εξής: Ο Στόχος αντιπροσωπεύεται από τα λήμματα 3, 6, 9, 10, 12, 14, 22, 25, 27, 30, 32, 34, το Έργο αντιπροσωπεύεται από τα λήμματα 2, 4, 7, 11, 13, 15, 16, 18, 24, 31, 33, 35, και ο Δεσμός αντιπροσωπεύεται από τα λήμματα 1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 36. Η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να σημειωθεί ανά παράγοντα είναι 84.

Η κλίμακα διατίθεται σε τρεις μορφές: μια για το θεραπευτή, μια για το θεραπευόμενο και μια για ανεξάρτητο κριτή. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα για το θεραπευόμενο.

Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα Ελληνικά και ξαναμεταφράστηκε στα Αγγλικά από δίγλωσσους (Ελληνοκαναδούς) μεταφραστές. Η προσαρμογή έγινε από την Παπαδημητρίου (2004). Αναλύσεις αξιοπιστίας που διεξήχθησαν για τις τρεις υποκλίμακες έδειξαν ότι το ερωτηματολόγιο έχει ικανοποιητική αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια (Cronbach $\alpha=0,96$).

(γ) Συνεργασιμότητα

Η Κλίμακα Συνεργασιμότητας-Homework Compliance Scale, (HCS, Primakof et al., 1986)

Για να αξιολογήσουμε τη συνεργασιμότητα των θεραπευόμενων στους θεραπευτικούς στόχους μεταξύ των συνεδριών, χορηγήσαμε την κλίμακα συνεργασιμότητας μετά από κάθε συνεδρία.

Η κλίμακα συνεργασιμότητας αξιολογεί τη συνεργασιμότητα του θεραπευόμενου στην πραγματοποίηση θεραπευτικών στόχων μεταξύ των συνεδριών. Η αξιολόγηση γίνεται σε εβδομαδιαία βάση από τη στιγμή που θα τεθεί ο πρώτος στόχος και μετά, από το θεραπευτή σε μια κλίμακα από 0-6 όπου 0 = δεν τέθηκε εργασία και 6 = ο θεραπευόμενος έκανε περισσότερο από αυτό που απαιτούσε η συμφωνημένη εργασία. Μια συνολική τιμή συνεργασιμότητας υπολογίζεται για κάθε θεραπευόμενο, μετά το άθροισμα της συνεργασιμότητάς του σε κάθε συνεδρία και τη διαίρεση του αθροίσματος αυτού με τον αριθμό των συνεδριών στις οποίες τέθηκαν στόχοι. Προκύπτει δηλαδή ο μέσος όρος της συνεργασιμότητας του κάθε θεραπευόμενου καθόλη την διάρκεια της θεραπείας του.

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης η κλίμακα βαθμολόγησης της συνεργασιμότητας μεταβλήθηκε σε 0-5 για δυο κυρίως λόγους. Πρώτον, γιατί σύμφωνα με το θερα-

πρωτόκολλο τίθεται εργασία σε κάθε θεραπευτική συνεδρία άρα δεν υπήρχε η κατάσταση που θα βαθμολογούνταν με 0 σύμφωνα με την πρωτότυπη κλίμακα και δεύτερον, γιατί η κατάσταση που ο θεραπευόμενος δεν επιχειρεί καθόλου την προσυμφωνημένη εργασία αποτελεί ανυπαρξία συνεργασιμότητας από την πλευρά του και όχι ελάχιστη συνεργασία όπως πιθανά παραπλανητικά θα δήλωνε μια βαθμολογία με την τιμή του 1 σύμφωνα με την νοηματοδότηση που αυτή έχει στη γλώσσα μας. Όλες οι υπόλοιπες διαβαθμίσεις παρέμειναν ως είχαν. Έτσι, η βαθμολογία διαμορφώθηκε ως εξής: 0 = Ο θεραπευόμενος δεν επιχείρησε να κάνει την εργασία που του είχε ανατεθεί για το σπίτι, 1 = Ο θεραπευόμενος επιχείρησε να κάνει την εργασία αλλά δεν κατάφερε να την ολοκληρώσει λόγω συνθηκών που προσφέρουν ελαφρυντικά, 2 = Ο θεραπευόμενος έκανε εργασία που ήταν διαφορετική από αυτή που του είχε ανατεθεί αλλά θα μπορούσε να θεωρηθεί σχετική με τα συγκεκριμένα προβλήματα στα οποία στοχεύει η θεραπεία, 3 = Ο θεραπευόμενος έκανε κάποιο μέρος της εργασίας που είχε συμφωνηθεί, 4 = Ο θεραπευόμενος ολοκλήρωσε τη συμφωνημένη εργασία, και τέλος, 5 = Ο θεραπευόμενος έκανε περισσότερο από αυτό που απαιτούσε η συμφωνημένη εργασία.

Η μετάφραση και η προσαρμογή της κλίμακας συνεργασιμότητας έγινε από τους Κασβίκη και Μυτσκίδου (2003) για να καλύψει τις ανάγκες της παρούσας μελέτης αλλά και τις ανάγκες αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας της θεραπείας στη ΜΘΣ.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα αξιολογήθηκαν αρχικά εν συντομία από το τηλέφωνο. Η αξιολόγηση αυτή περιελάμβανε μια περιγραφή του κύριου προβλήματος για το οποίο ο ασθενής ζητούσε θεραπεία, την επίπτωση που είχε στη ζωή του και τη φαρμακευτική αγωγή που λάμβανε. Στόχος της αξιολόγησης ήταν ο αποκλεισμός περιστατικών που ήταν καταφανώς ακατάλληλα για την παρούσα έρευνα, όπως περιστατικά με ψυχωσικές συνδρομές ή προβληματική χρήση ουσιών. Σε όσους δεν ήταν καταφανώς ακατάλληλοι ορίστηκε ραντεβού με ψυχίατρο όπου μετά από ημιδομημένη συνέντευξη αξιολόγησης στη βάση των κριτηρίων του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM IV, 1994), όσοι κρίθηκαν ότι πληρούν τα κριτήρια της παρούσας έρευνας, ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας. Αποδέχθηκαν όλοι να συμμετάσχουν, υπέγραψαν έγγραφο συγκατάθεσης συμμετοχής και ορίστηκε ραντεβού με το θεραπευτή τους. Η επιλογή του θεραπευτή έγινε από τον ψυχίατρο-προϊστάμενο της ΜΘΣ ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των θεραπειών.

Στο πρώτο ραντεβού με το θεραπευτή έγινε λήψη ψυχιατρικού ιστορικού και συμπεριφορική ανάλυση του κυρίως προβλήματος του ασθενούς με στόχο το σχεδιασμό της θεραπευτικής διαδικασίας. Για την πληρέστερη εκτίμηση της κλινικής εικόνας του ασθενούς, την αξιολόγηση της συμπτωματολογίας, την εκτίμηση της φοβίας και της κατάθλιψης κα-

θώς και της βαρύτητας του προβλήματος, χορηγήθηκαν τα ακόλουθα ψυχοδιαγνωστικά εργαλεία: η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας-Symptom Checklist-90-R (SCL-90R, Derogatis, 1977, Ντώνιας & συν., 1991), το Ερωτηματολόγιο Φόβου-The fear Questionnaire (Marks & Mathews, 1979, Κασβίκης & συν., 2006, Πούλου, 2001) το Ερωτηματολόγιο Άγχους-Beck Anxiety Inventory (BAI, Beck, 1993) και το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης- Beck Depression Inventory (BDI, Beck & Beamesderfer, 1974, Τζέμος, 1987).

Επιπλέον, μετά την ολοκλήρωση καθεμιάς από τις τρεις πρώτες συνεδρίες, χορηγήθηκε στους θεραπευόμενους το Ερωτηματολόγιο της Θεραπευτικής Συμμαχίας-Working Alliance Inventory, (WAI, Horvath & Greenberg, 1986). Οι θεραπευόμενοι συμπλήρωναν τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια ανώνυμα και τα εσώκλειαν σε φακέλους όπου αναγραφόταν μόνο ένας κωδικός. Οι φάκελοι στη συνέχεια τοποθετούνταν σε μια κάλπη. Η διαδικασία αυτή διασφάλιζε το απόρρητο της αξιολόγησης και κατ' επέκταση την ειλικρίνεια των θεραπευόμενων. Ο θεραπευτής δεν θα μπορούσε να γνωρίζει την αξιολόγηση του θεραπευόμενου για τη θεραπευτική τους σχέση, κάτι που θα ήταν πιθανό να επηρεάσει περαιτέρω την σχέση τους αλλά και τη θεραπευτική διαδικασία.

Επιλέχθηκαν μόνο οι τρεις πρώτες συνεδρίες για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας καθώς οι περισσότεροι ερευνητές αναφέρουν καλύτερη πρόγνωση του θεραπευτικού αποτελέσματος όταν η αξιολόγηση της συμμαχίας γίνεται νωρίς στη θεραπεία (Horvath, & Bedi, 2002; Barber et al., 1999; Castonguay et al., 1996; Gaston et al., 1998; Hersoug et al., 2001; Joyce & Piper, 1998; Krupnick et al., 1996; Sexton, 1996) ενώ μόνο μια έρευνα αναφέρει αντίθετο αποτέλεσμα (Florsheim et al., 2000). Επιπλέον υπάρχουν ενδείξεις ότι η δύναμη της συμμαχίας στην αρχική αξιολόγηση ή μετά την πρώτη συνεδρία είναι καλός προγνωστικός παράγοντας της πρόωρης διακοπής της θεραπείας (Barber et al., 1999; Mohl et al., 1991; Plotnicov, 1990; Tryon & Kane, 1993). Επιπλέον, αποτελέσματα από μετά-ανάλυση των Martin και συνεργατών (2000) δείχνουν ότι οι θεραπευόμενοι τείνουν να θεωρούν ότι η θεραπευτική συμμαχία είναι σταθερή καθόλη την διάρκεια της θεραπείας τους με αποτέλεσμα να την αξιολογούν στο τέλος της θεραπείας με τον ίδιο τρόπο που την αξιολόγησαν και στην αρχή.

Όλοι οι συμμετέχοντες ακολούθησαν Θεραπείας Συμπεριφοράς, η οποία θα παρουσιαστεί αναλυτικά στη συνέχεια, που διήρκεσε από μία ως 35 συνεδρίες ($M=7$, $TA=6,6$) για όλο το δείγμα. Μετά την ολοκλήρωση κάθε συνεδρίας ο θεραπευτής αξιολογούσε τη συνεργασιμότητα του πελάτη στο θεραπευτικό έργο που είχε συμφωνηθεί να πραγματοποιήσει μεταξύ των συνεδριών με την Κλίμακα Συνεργασιμότητας-Homework Compliance Scale, (HCS, Primakof et al., 1986).

Όσοι ακολούθησαν τις οδηγίες του θεραπευτή τους για όσο χρόνο χρειάστηκε έτσι ώστε να πραγματοποιήσουν τους τελικούς τους στόχους χωρίς άγχος και αποφυγή αποτέλεσαν την ομάδα της ολοκληρωμένης-επιτυχημένης θεραπείας. Ο ορισμός της επιτυχημένης θεραπείας γινόταν ουσιαστικά στη βάση δύο κριτηρίων: (α) την ψυχιατρική εκτίμηση

που βασιζόταν στα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, DSM IV, American Psychiatric Association, 1994) και (β) την εκτίμηση των τελικών θεραπευτικών στόχων όσο αφορά στο άγχος και στην αποφυγή που προκαλούσαν στο θεραπευόμενο που έπρεπε να κυμαίνονται από δύο και κάτω (όπου 2=λίγο άγχος/αποφεύγω λίγες φορές) καθώς το άγχος και η αποφυγή αποτελούν διαγνωστικά κριτήρια των εν λόγω διαταραχών (Μάνος, 1997).

Όσοι αρνήθηκαν να εμπλακούν σε θεραπεία μετά την εξήγηση της θεραπευτικής διαδικασίας, αποτέλεσαν την ομάδα άρνησης της θεραπείας. Οι λόγοι άρνησης ήταν ποικίλοι. Κάποιοι ασθενείς ανέφεραν δυσκολίες χρόνου, όπως αδυναμία να προσέλθουν στις συνεδρίες τους λόγω αυξημένων επαγγελματικών υποχρεώσεων ή και αντιρρήσεις στη λογική της θεραπείας, όπως δυσκολία να πιστέψουν ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν κατά πρόσωπο τον παράλογο φόβο τους.

Τέλος, όσοι ακολούθησαν τις θεραπευτικές οδηγίες αλλά διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία τους, πριν την πραγματοποίηση των τελικών τους στόχων, αποτέλεσαν την ομάδα διακοπής της θεραπείας. Οι λόγοι της πρόωρης διακοπής αφορούσαν κυρίως σε δυσκολίες των θεραπευόμενων να προσέλθουν στις εβδομαδιαίες συνεδρίες τους, να ακολουθήσουν τις οδηγίες του θεραπευτή για καθημερινές ασκήσεις έκθεσης στα φοβογόνα ερεθίσματα ή να διακόψουν τη φαρμακοθεραπεία τους. Όσον αφορά στα φάρμακα που κάποιοι θεραπευόμενοι ήδη χρησιμοποιούσαν όταν προσήλθαν για θεραπεία, διακόπτονταν περίπου στο μέσο της θεραπείας, αφού οι θεραπευόμενοι είχαν βελτιωθεί και είχαν αποκτήσει τις ικανότητες να αντιμετωπίζουν το άγχος τους με συμπεριφορικές τεχνικές. Η διακοπή στο μέσο της θεραπείας γινόταν για να αποφευχθούν φαινόμενα «μάθησης εξαρτώμενης από συγκεκριμένη κατάσταση» (state dependent learning), (Barchas et al., 1977) αλλά και η απόδοση ελέγχου της βελτίωσής τους στα φάρμακα, καθώς υπάρχουν έρευνες που έχουν βρει ότι οι θεραπευόμενοι που στη λήξη της θεραπείας τους αποδίδουν τη βελτίωσή τους σε εξωτερικούς παράγοντες (ηρεμιστικά ή το θεραπευτή) έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν υποτροπή (Basoglu et al., 1994).

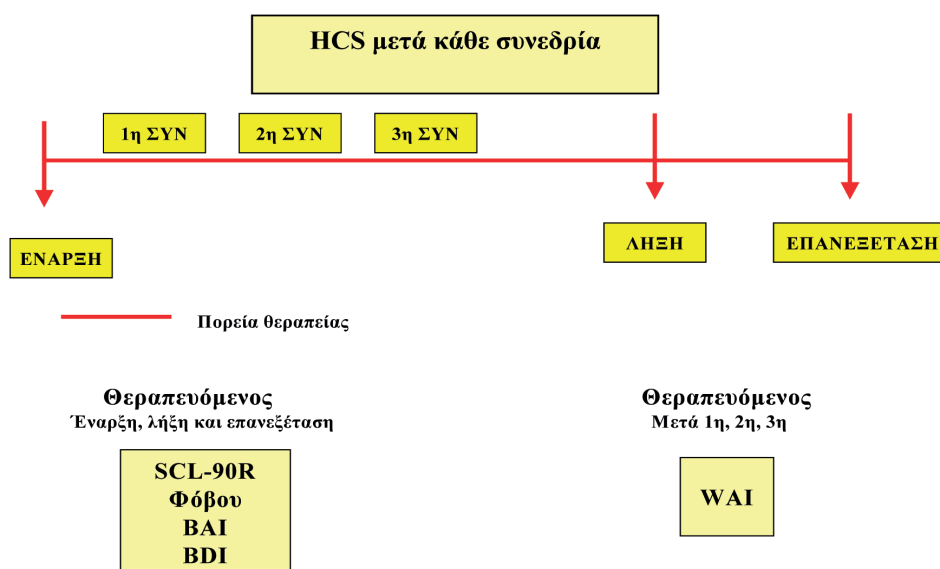
Η ομάδα που ολοκλήρωσε τη θεραπεία επαναξιολογήθηκε όσον αφορά στη συμπτωματολογία, την εκτίμηση της φοβίας και της κατάθλιψης καθώς και τη βαρύτητα του προβλήματος, με την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας-Symptom Checklist-90-R (SCL-90R, Derogatis, 1977, Ντώνιας & συν., 1991), το Ερωτηματολόγιο Φόβου-The fear Questionnaire (Marks & Mathews, 1979, Κασβίκης & συν., 2006, Πούλου, 2001), το Ερωτηματολόγιο Άγχους-Beck Anxiety Inventory (BAI, Beck, 1993) και το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης- Beck Depression Inventory (BDI, Beck & Beamesderfer, 1974, Τζέμος, 1987) στη λήξη της θεραπείας και έξι μήνες μετά (αρχική αξιολόγηση – τέλος θεραπείας – 6μηνη επαναξιολόγηση). Σε όσους διέκοψαν ή αρνήθηκαν να εμπλακούν σε θεραπεία η αξιολόγηση επαναλήφθηκε έξι μήνες μετά τη διακοπή ή την άρνησή τους (αρχική αξιολόγηση – 6 μήνες μετά την αρχική αξιολόγηση) (Πίνακας 9).

Πίνακας 9

Χρονικά σημεία αξιολογήσεων για τους ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και για τους ασθενείς που αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία

	Κατάσταση θεραπείας	
	1. Ολοκληρωμένη θεραπεία	2. Διακοπή ή άρνηση θεραπείας
Αρχική αξιολόγηση	✓	✓
Τέλος θεραπείας	✓	
Εξάμηνη επαναξιολόγηση	✓	✓

Η παραπάνω μεθοδολογία εκτίθεται σχηματικά για απλούστευση στο σχήμα 1:



Σχήμα 1. Η μεθοδολογία της θεραπευτικής διαδικασίας.

Η θεραπεία

Από την αρχή της συνεργασίας έγινε σαφές ότι η ΜΘΣ αναλαμβάνει την πλήρη θεραπευτική ευθύνη των θεραπευόμενων, με στόχο να αποτραπεί η παράλληλη παρακολούθηση από εξωτερικούς ψυχοθεραπευτές ή ψυχιάτρους, που θα παρεμπόδιζαν την ορθή διεξαγωγή της θεραπείας και θα νόθευαν τα αποτελέσματα της έρευνας.

Μετά την ολοκλήρωση της λήψης του ιστορικού, δόθηκε στους θεραπευόμενους ένα φυλλάδιο (Barlow, 1993, μετάφραση-προσαρμογή Σωτηροπούλου & Κασβίκης, 1999) όπου σε απλή γλώσσα διευκρινίζονται οι έννοιες φοβία, άγχος και πανικός, περιγράφεται η

φυσιολογική λειτουργία του άγχους και οι παράγοντες που συντελούν στη διατήρησή του (Παράρτημα II, σελ. 207). Στη συνέχεια, περιγράφηκε η θεραπεία, η οποία αφορούσε κυρίως έκθεση στην πραγματικότητα.

Οι ασκήσεις έκθεσης στην πραγματικότητα αφορούν σταδιακή και συστηματική αντιμετώπιση των καταστάσεων ή δραστηριοτήτων που ο ασθενής αποφεύγει να αντιμετωπίσει λόγω του άγχους που του προκαλούν ή τις αντιμετωπίζει με μεγάλη δυσκολία, συχνά με συνοδεία κάποιου συγγενικού ή φιλικού προσώπου και με έντονα σωματικά συμπτώματα.

Ανάλογα με τη διάγνωση του θεραπευόμενου και τις ιδιαίτερες ανάγκες του η παρέμβαση εμπλουτίστηκε και με άλλες θεραπευτικές τεχνικές. Στους ασθενείς με κρίσεις πανικού έγινε εκπαίδευση σε τεχνικές αναπνοής, ως στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους που θα τους επέτρεπε να πραγματοποιήσουν ευκολότερα τους στόχους έκθεσης και να ανακαλύψουν την ικανότητά τους να επηρεάζουν οι ίδιοι τα σωματικά τους συμπτώματα. Για τους ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή η έκθεση στην πραγματικότητα συνοδεύτηκε από εμποδισμό απάντησης. Ο εμποδισμός απάντησης αποτελεί μια συμπεριφορική τεχνική που αφορά στον εμποδισμό της τελετουργίας του ασθενή ως απάντηση στο άγχος που βιώνει και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση της συμπεριφορικής θεραπείας για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Baer & Minichiello, 1998; Emmelkamp 1991; Steketee, 1993)

Τόσο οι πληροφορίες που δόθηκαν στους ασθενείς σχετικά με τα συμπτώματά τους και τη θεραπεία που θα ακολουθούσαν, όσο και η ίδια η δομή και το περιεχόμενο της θεραπευτικής παρέμβασης όπως περιγράφονται παραπάνω, έγιναν στην βάση ενός πρωτοκόλου (Κασβίκης & συν., 2000) με στόχο να διασφαλιστεί η ομοιομορφία και η όσο το δυνατό μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα της θεραπείας που δόθηκε.

Μετά την εξήγηση της θεραπείας που γίνεται συνήθως στο τέλος της δεύτερης ή στην τρίτη συνεδρία τέθηκαν οι τελικοί στόχοι της θεραπείας. Οι στόχοι αυτοί ήταν προϊόντα συνεργασίας θεραπευτή και θεραπευόμενου και για τον καθορισμό τους ήταν απαραίτητη τόσο η κατανόηση της προτεινόμενης θεραπείας όσο και η συναίνεση του θεραπευόμενου να την ακολουθήσει. Οι στόχοι αυτοί αφορούσαν δραστηριότητες που ο θεραπευόμενος δυσκολευόταν περισσότερο ή απέφευγε τελείως να πραγματοποιήσει στην παρούσα φάση εξ αιτίας του κύριου προβλήματός του, όπως μετακίνηση με μέσα μαζικής μεταφοράς, ομιλία μπροστά σε ακροατήριο, παραμονή σε χώρους με πολύ κόσμο, χρήση ανελκυστήρων. Ο θεραπευόμενος κατέληγε σε αυτούς μετά από ιεράρχηση όλων των δραστηριοτήτων που σε κάποιο βαθμό απέφευγε. Ως τελικοί στόχοι ορίζονταν οι δυσκολότερες δραστηριότητες, που αν ο θεραπευόμενος πραγματοποιούσε κατ' επανάληψη χωρίς άγχος, θα εκτιμούσε ότι το πρόβλημα για το οποίο ζήτησε θεραπεία έχει επιλυθεί. Οι στόχοι αξιολογήθηκαν με την κλίμακα άγχους και αποφυγής. Ο καθορισμός τελικών στόχων στην αρχή της θεραπείας επιτρέπει τη διαρκή ανατροφοδότηση των ασθενών για την πορεία της θεραπευτικής τους προσπάθειας και την εστίαση της προσοχής τους στο τελικό αποτέλεσμα (Kazdin, 2001).

Το επόμενο βήμα, στο τέλος της τρίτης συνεδρίας, ήταν ο σχεδιασμός των ενδιά-

μεσων θεραπευτικών στόχων έκθεσης. Οι στόχοι αυτοί πραγματοποιούνται σε καθημερινή βάση, σε συγκεκριμένο χρόνο και τόπο, είναι συγκεκριμένοι, προκαλούν τουλάχιστον μέτρια επίπεδα άγχους και ορίζεται η επανάληψή τους μέχρι να επέλθει εξοικείωση. Επιπλέον, ορίστηκε η απομάκρυνση ασφαλειών που βοηθούσαν τον ασθενή να αντιμετωπίσει το άγχος του παλιότερα, κατά τη διάρκεια της έκθεσης. Παραδείγματα ορισμένων ενδιάμεσων στόχων που τέθηκαν στα πλαίσια της παρούσας μελέτης είναι: «Να πηγαίνω καθημερινά στις 10 το πρωί με το τρένο από το Σύνταγμα στην Εθνική Άμυνα, όρθιος στη μέση του βαγονιού, χωρίς νερό και κινητό» ή «Να πλένω τα χέρια μου με μια δόση σαπούνι για 20 δευτερόλεπτα μόνο πριν το φαγητό και μετά τη χρήση της τουαλέτας».

Όλες οι παραπάνω συνθήκες είχαν ως στόχο να διασφαλίσουν την ορθότερη εφαρμογή της τεχνικής της έκθεσης και ταυτόχρονα να αποτιμήσουν και ποιοτικά τη συνεργασιμότητα των θεραπευόμενων, σύμφωνα με τις υποδείξεις των Schmidt & Woolaway-Bickel (2000). Οι τελευταίοι, στην έρευνά τους καθόρισαν την ποιότητα του έργου, συγκρίνοντας την εργασία που πραγματοποιήθηκε με το ιδεώδες, ως εξής: α) αν καθορίστηκε ένας συγκεκριμένος στόχος, β) αν ο στόχος προκαλούσε τουλάχιστον μέτρια επίπεδα φόβου γ) αν επαναλήφθηκε μέχρι να επέλθει εξοικείωση δ) αν ο ασθενής χρησιμοποιούσε ασφάλειες που τον βοηθούσαν να αντιμετωπίσει το άγχος του και τέλος ε) αν οι ασφάλειες απομακρύνθηκαν με επιτυχία κατά τη διάρκεια της έκθεσης. Ακολουθήσαμε τις παραπάνω υποδείξεις, καθώς στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι η ποιότητα του έργου, όπως ορίζεται παραπάνω αποτελούσε ένα ελαφρά καλύτερο προγνωστικό παράγοντα του τελικού αποτελέσματος από την ποσότητα του έργου πραγματοποιήθηκε που αφορούσε κυρίως στη συχνότητά του.

Οι ενδιάμεσοι θεραπευτικοί στόχοι ορίζονταν σε κάθε συνεδρία σε πλήρη συμφωνία με το θεραπευόμενο και αφορούσαν κυρίως έκθεση στην πραγματικότητα στις σωματικές αισθήσεις ή σε εξωτερικά ερεθίσματα που προκαλούσαν άγχος στον ασθενή και εξατομικεύονταν ανάλογα με το κλινικό του προφίλ (π.χ. για ασθενείς με φόβο ταχυκαρδίας προτεινόταν στόχοι που αφορούσαν ανεβοκατέβασμα σκάλας, τρέξιμο ή αεροβική γυμναστική). Οι στόχοι καταγράφονταν σε ένα **ημερολόγιο άγχους-αποφυγής**, (Παράρτημα II, σελ. 201), και βαθμολογούνταν σε μια κλίμακα 0-8 (0=κανένα άγχος, 8=αβάσταχτο άγχος), τόσο για το άγχος που εκτιμάται ότι θα προκαλούσαν στο θεραπευόμενο όσο και για την αποφυγή (0=δεν θα απέφευγα/καμμία αποφυγή, 8=θα απέφευγα πάντα) που θεωρεί ότι θα έχει κατά την πραγματοποίησή τους. Στη διάρκεια της εβδομάδας και καθόσον ο θεραπευόμενος πραγματοποιούσε τους στόχους του, βαθμολογούσε το άγχος και την αποφυγή που είχε πριν την εκτέλεσή τους καθώς και το άγχος που αισθανόταν κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά την ολοκλήρωσή τους. Επιπλέον, κατέγραφε παρατηρήσεις σχετικά με συνθήκες που ο ίδιος εκτιμούσε ότι συσχετιζόνταν με αύξηση ή μείωση του άγχους του. Με αυτόν τον τρόπο, στο τέλος της εβδομάδας υπήρχαν καταγεγραμμένοι όλοι οι στόχοι που πραγματοποίησε ο θεραπευόμενος και οι αξιολογήσεις του άγχους και της αποφυγής τη στιγμή της πραγματοποίησής τους. Στη βάση αυτού του ημερολογίου και της συζήτησης του θερα-

πεντή με τον θεραπευόμενο σχετικά με το έργο, βαθμολογούνταν η συνεργασιμότητα του τελευταίου σε κάθε συνεδρία με την Κλίμακα Συνεργασιμότητας-Homework Compliance Scale, (Primakof et al., 1986).

Στην παρούσα μελέτη περιοριστήκαμε στην αξιολόγηση της συνεργασιμότητας από το θεραπευτή, καθώς σειρά εμπειρικών ερευνών έχει δείξει ότι αυτή δεν διαφέρει από εκείνη των θεραπευόμενων και αποτελεί αξιόπιστο κριτήριο συνεργασιμότητας (Kazanzis et al., 2000). Επιπλέον, η ίδια η δομή της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασιμότητας και το γεγονός ότι βασίζεται στο **ημερολόγιο άγχους-αποφυγής** του θεραπευόμενου, μια καθημερινή καταγραφή και εκτίμηση του έργου, επιτρέπει μια κατά το δυνατό αντικειμενική εκτίμησή της. Τέλος, η κλίμακα αξιολόγησης της συνεργασιμότητας σε συνάρτηση με το ημερολόγιο άγχους-αποφυγής μας επέτρεψαν να ελέγξουμε αν ο στόχος επαναλήφθηκε μέχρι να υπάρξει εξοικείωση. Συμπερασματικά, στην παρούσα μελέτη αξιολογήσαμε και την ποσότητα και την ποιότητα του έργου που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των συνεδριών.

Κάθε θεραπευτικός στόχος, σκοπό έχει να φέρει το θεραπευόμενο πιο κοντά στην επίτευξη των τελικών του στόχων. Η διάρκεια της θεραπείας δεν ήταν προδιαγεγραμμένη ωστόσο το τέλος της σηματοδοτείται από την επίτευξη των τελικών στόχων του θεραπευόμενου με τελικό άγχος και αποφυγή από 2 και κάτω στην κλίμακα βαθμολόγησης (όπου το 2 αντιπροσωπεύει «λίγο άγχος» ή «θα απέφυγα τη δραστηριότητα λίγες φορές»), καθώς το άγχος και η αποφυγή αποτελούν διαγνωστικά κριτήρια των εν λόγω διαταραχών (Μάνος, 1997).

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν από το ερωτηματολόγιο της θεραπευτικής συμμαχίας, την κλίμακα εκτίμησης της συνεργασιμότητας, την κλίμακα ψυχοπαθολογίας, το ερωτηματολόγιο φόβου, το ερωτηματολόγιο άγχους, το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης και την εκτίμηση του άγχους και της αποφυγής των τελικών στόχων της θεραπείας.

Μετά τη συλλογή των δεδομένων, είχαμε για 23 ανθρώπους μετρήσεις της θεραπευτικής συμμαχίας τους στο τέλος της πρώτης συνεδρίας, για 26 στο τέλος της δεύτερης και για 24 στο τέλος της τρίτης, και συνολικά για 19 ανθρώπους μετρήσεις και για τις τρεις συνεδρίες. Επιπλέον, είχαμε για 31 ανθρώπους εκτίμηση της συνεργασιμότητάς τους, μετά από κάθε συνεδρία.

Από τους 34 κατάλληλους ασθενείς, οι 19 (55,9%) ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους, 11 (32,4%) διέκοψαν και 4 (11,8%) αρνήθηκαν να συμμετέχουν και δεν προχώρησαν πέρα από την αρχική αξιολόγηση (Πίνακας 10).

Πίνακας 10

Κατάσταση θεραπείας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ολοκλήρωσαν θεραπεία	19	55,9
Διέκοψαν θεραπεία	11	32,4
Αρνήθηκαν θεραπεία	4	11,8
Σύνολο	34	100

Όσον αφορά στους 19 ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία, είχαμε μετρήσεις της συμπτωματολογίας για 19 ανθρώπους, του άγχους για 16, του φόβου για 19, της κατάθλιψης για 18, και του άγχους και της αποφυγής των τελικών στόχων για 15 στην αρχή της θεραπείας, στο τέλος και στην επαναξιολόγηση των έξι μηνών. Όσον αφορά στους 15 ανθρώπους που αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία τους, είχαμε μετρήσεις της συμπτωματολογίας και της βαρύτητας για 12 ανθρώπους, του άγχους για 7, του φόβου για 9, και της κατάθλιψης για 8 στην αρχή της θεραπείας και στην επαναξιολόγηση των έξι μηνών. Οι μετρήσεις του άγχους και της αποφυγής αφορούσαν μόνο στην ομάδα όσων διέκοψαν πρόωρα, καθώς σε όσους αρνήθηκαν να εμπλακούν σε θεραπεία δεν τέθηκαν τελικοί στόχοι, και είχαμε μετρήσεις αυτών των μεταβλητών για 5 ανθρώπους στην αρχή της θεραπείας και στην επαναξιολόγηση των έξι μηνών.

Οι στατιστικές αναλύσεις περιλαμβάνουν t-test για ανεξάρτητα δείγματα και χ^2 αναλύσεις (ανάμεσα στις δύο ομάδες μελέτης), για την εξέταση πιθανών διαφοροποιήσεων τους στις αρχικές μετρήσεις και στο φύλο αντίστοιχα, καθώς και συσχετίσεις διπλής κατεύθυνσης. Για τη στατιστική ανάλυση έγινε χρήση του Στατιστικού προγράμματος για τις κοινωνικές επιστήμες (SPSS), έκδοση 16.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι απαντήσεις στα ερευνητικά μας ερωτήματα. Ωστόσο, επειδή οι απαντήσεις αυτές έχουν νόημα μόνο στην περίπτωση που η εν λόγω θεραπεία είναι αποτελεσματική για όσους την ολοκλήρωσαν, κρίνεται σκόπιμο να πραγματοποιηθούν κάποιες πρωταρχικές αναλύσεις ώστε να διερευνηθεί αυτό το ερώτημα.

Κλινική αποτελεσματικότητα

Για να ελέγξουμε την κλινική αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης, οι δύο ξεχωριστές ομάδες άρνησης και διακοπής θεραπείας συγχωνεύτηκαν προκειμένου να υπάρχουν δύο όσο το δυνατό πιο ισοδύναμες διακριτές ομάδες σύγκρισης, δηλαδή αυτών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους, και άρα αναμένουμε να έχουν βελτίωση στην κλινική εικόνα και αυτών που δεν την ολοκλήρωσαν, είτε γιατί διέκοψαν είτε γιατί αρνήθηκαν να συμμετέχουν στη θεραπευτική διαδικασία, και κατά συνέπεια αναμένουμε ότι δε θα έχουν βελτίωση στις επαναξιολογήσεις.

Ομάδα ολοκληρωμένης θεραπείας

Για να ελέγξουμε την κλινική αποτελεσματικότητα στην ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας πραγματοποιήσαμε t-test αναλύσεις για εξαρτημένα δείγματα. Ο μέσος χρόνος θεραπείας ήταν 7,5 συνεδρίες ($M = 7,5$, $TA = 5,1$). Υπήρξαν στατιστικά σημαντικές μειώσεις στη συμπτωματολογία, το άγχος, την κατάθλιψη, το φόβο, και το άγχος και την αποφυγή στους τελικούς στόχους, από την αρχική αξιολόγηση μέχρι το τέλος της θεραπείας σε όλες τις κλινικές μετρήσεις. Μάλιστα, η μείωση στη συμπτωματολογία και στο φόβο ήταν τόσο ώστε οι τιμές στη λήξη της θεραπείας κυμαίνονταν κάτω από την τιμή διάκρισης που καθορίζει την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στα αντίστοιχα ερωτηματολόγια, την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας και το Ερωτηματολόγιο Φόβου. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς στη λήξη της θεραπείας έχαναν τη διάγνωση της αγχώδους διαταραχής.

Ειδικότερα όσον αφορά στους τελικούς στόχους, οι αναλύσεις έγιναν τόσο στον πρώτο τελικό στόχο, που ήταν ουσιαστικά το κυρίαρχο αίτημα της θεραπείας και ταυτόχρονα η δραστηριότητα που προκαλούσε το μεγαλύτερο άγχος και την μεγαλύτερη αποφυγή, όσο και στο μέσο όρο όλων των τελικών στόχων. Οι αναλύσεις έγιναν τόσο για ολόκληρο το δείγμα όσο και μόνο για το δείγμα των φοβικών, εξαιρέθηκαν δηλαδή οι ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οι οποίοι διαφοροποιούνται ως προς την ψυχοπαθολογία τους, ώστε να αποφευχθεί πιθανή νόθευση των αποτελεσμάτων (Πίνακας 11 και 12).

Πίνακας 11

Σύγκριση αρχικών και τελικών τιμών ερωτηματολογίων για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας ολόκληρου του δείγματος

Αρχική αξιολόγηση				Τέλος θεραπείας				
Ερωτηματολόγια	N	M	(TA)	M	(TA)	t	df	P
SCL-90-ΓΔΣ	19	1,38	(0,70)	0,59	(0,34)	6,64	18	<0,001
Ερωτ. Άγχους	16	21,94	(14,94)	10,19	(7,07)	4,49	15	<0,001
Ερωτ. Κατάθλιψης	18	17,56	(10,61)	4,94	(5,53)	6,22	17	<0,001
Ερωτ. Φόβου	19	47,89	(20,85)	23,42	(10,61)	6,04	18	<0,001
Τελικός Στόχος (άγχος)	15	7,27	(0,88)	1,8	(0,41)	23,12	14	<0,001
Τελικός Στόχος (αποφυγή)	15	7,60	(1,12)	0,93	(0,96)	18,47	14	<0,001
Τελικοί Στόχοι (Μ.Ο. άγχος)	15	6,87	(0,81)	1,52	(0,52)	18,48	14	<0,001
Τελικοί Στόχοι (Μ.Ο. αποφυγή)	15	7,4	(1,56)	0,74	(0,65)	15,04	14	<0,001

Πίνακας 12

Σύγκριση αρχικών και τελικών τιμών ερωτηματολογίων για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας των φοβικών

	Αρχική αξιολόγηση			Τέλος θεραπείας				
	N	M	(TA)	M	(TA)	t	df	P
Ερωτηματολόγια								
SCL-90-ΓΔΣ	17	1,41	(0,74)	0,62	(0,34)	5,93	16	<0,001
Ερωτ. Άγχους	15	22,93	(14,9)	10,73	(6,96)	4,43	14	=0,001
Ερωτ. Κατάθλιψης	16	18,31	(10,87)	5,38	(5,7)	5,93	15	<0,001
Ερωτ. Φόβου	17	47	(20,43)	23,06	(13,53)	5,32	16	<0,001
Τελικός Στόχος (άγχος)	13	7,23	(0,93)	1,92	(0,28)	22,38	12	<0,001
Τελικός Στόχος (αποφυγή)	13	7,54	(1,2)	0,92	(1,04)	15,87	12	<0,001
Τελικοί Στόχοι (Μ.Ο. άγχος)	13	6,83	(0,87)	1,58	(0,54)	16,08	12	<0,001
Τελικοί Στόχοι (Μ.Ο. αποφυγή)	13	7,31	(1,67)	0,71	(0,7)	12,90	12	<0,001

Τα οφέλη της θεραπείας διατηρήθηκαν στην εξάμηνη αξιολόγηση (Πίνακας 13 και 14).

Πίνακας 13

Σύγκριση αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας ολόκληρου του δείγματος

Αρχική αξιολόγηση				Εξάμηνη αξιολόγηση				
Ερωτηματολόγια	N	M	(TA)	M	(TA)	t	df	P
SCL-90 -ΓΔΣ	18	1,43	(0,69)	0,48	(0,27)	6,79	17	<0,001
Ερωτ. Άγχους	14	19,57	(13,73)	6,07	(4,5)	4,13	13	=0,001
Ερωτ. Κατάθλιψης	17	18	(10,23)	4,82	(5,3)	5,66	16	<0,001
Ερωτ. Φόβου	17	48,59	(20,15)	18,52	(11,23)	9,02	16	<0,001
Τελικός Στόχος (άγχος)	14	7,63	(0,84)	1,5	(0,76)	28,44	13	<0,001
Τελικός Στόχος (αποφυγή)	14	7,57	(1,16)	1,21	(0,89)	18,62	13	<0,001
Τελικοί Στόχοι (Μ.Ο. άγχος)	14	6,94	(0,8)	1,23	(0,62)	23,47	13	<0,001
Τελικοί Στόχοι (Μ.Ο. αποφυγή)	13	7,31	(1,67)	0,84	(0,63)	12,66	12	<0,001

Πίνακας 14

Σύγκριση αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας των φοβικών

Αρχική αξιολόγηση				Εξάμηνη αξιολόγηση				
Ερωτηματολόγια	N	M	(TA)	M	(TA)	t	df	P
SCL-90 -ΓΔΣ	16	1,46	(0,72)	0,52	(0,26)	6,08	15	<0,001
Ερωτ. Άγχους	13	20,54	(13,79)	6,23	(4,65)	4,18	12	=0,001
Ερωτ. Κατάθλιψης	15	18,87	(10,41)	5,46	(5,37)	5,17	14	<0,001
Ερωτ. Φόβου	15	47,67	(19,59)	18,06	(9,79)	7,89	14	<0,001
Τελικός Στόχος (άγχος)	12	7,33	(0,89)	1,5	(1,24)	24,20	11	<0,001
Τελικός Στόχος (αποφυγή)	12	7,5	(1,24)	1,17	(0,94)	16	11	<0,001
Τελικοί Στόχοι (Μ.Ο. άγχος)	12	6,9	(0,87)	1,19	(0,63)	20,31	11	<0,001
Τελικοί Στόχοι (Μ.Ο. αποφυγή)	11	7,19	(1,8)	0,84	(0,64)	10,67	10	<0,001

Ομάδα μη ολοκληρωμένης θεραπείας

Για να ελέγξουμε την κλινική αποτελεσματικότητα στην ομάδα της μη-ολοκληρωμένης θεραπείας, δηλαδή των ασθενών που διέκοψαν ή αρνήθηκαν τη θεραπεία, πραγματοποιήσαμε t-test αναλύσεις για εξαρτημένα δείγματα. Οι αναλύσεις δεν ανέδειξαν διαφορές στο άγχος, την κατάθλιψη, το φόβο καθώς και το άγχος και την αποφυγή του πρώτου τελικού στόχου μεταξύ των αρχικών μετρήσεων και της εξάμηνης αξιολόγησης (Πίνακες 15, 16 και 17).

Αν και παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στη συμπτωματολογία και στο μέσο όρο του άγχους και της αποφυγής όλων των τελικών στόχων τόσο για ολόκληρο το δείγμα όσο και για την ομάδα των φοβικών ασθενών, οι εκτιμήσεις της εξάμηνης αξιολόγησης εξακολουθούν να είναι μεγαλύτερες από την τιμή διάκρισης που καθορίζει την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας, εύρημα που καταδεικνύει ότι η βελτίωση που παρατηρείται στη συμπτωματολογία, το άγχος και την αποφυγή δεν είναι κλινικά σημαντική.

Πίνακας 15

Σύγκριση αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης για την ομάδα της άρνησης ή διακοπής θεραπείας ολόκληρου του δείγματος

Ερωτηματολόγια	Αρχική αξιολόγηση			Εξάμηνη αξιολόγηση			t	df	P
	N	M	(TA)	M	(TA)				
SCL-90 -ΓΔΣ	12	1,57	(0,73)	1,10	(0,75)	3,64	10	<0,05	
Ερωτ. Άγχους	7	22,57	(16,05)	11	(11,4)	2,18	6	>0,05	
Ερωτ. Κατάθλιψης	8	18,88	(11,90)	17,37	(13,85)	0,61	7	>0,05	
Ερωτ. Φόβου	9	33,56	(18,98)	33,33	(24,63)	0,05	8	>0,05	
Τελικός Στόχος (άγχος)	5	8	(0)	6,8	(2,17)	1,23	4	>0,05	
Τελικός Στόχος (αποφυγή)	5	8	(0)	6,8	(2,17)	1,23	4	>0,05	
Τελικοί Στόχοι (Μ.Ο. άγχος)	6	7,41	(0,8)	4	(2,66)	3,49	5	<0,05	
Τελικοί Στόχοι (Μ.Ο. αποφυγή)	6	7,33	(0,75)	3,91	(2,7)	3,49	5	<0,05	

Πίνακας 16

Σύγκριση αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης για την ομάδα της άρνησης ή διακοπής θεραπείας των φοβικών

Ερωτηματολόγια	Αρχική αξιολόγηση			Εξάμηνη αξιολόγηση			t	df	P
	N	M	(TA)	M	(TA)				
SCL-90-ΓΔΣ	11	1,51	(0,77)	1,01	(0,73)	3,85	10	<0,05	
Ερωτ. Άγχους	7	22,57	(16,05)	11	(11,4)	2,18	6	>0,05	
Ερωτ. Κατάθλιψης	8	18,88	(11,90)	17,37	(13,85)	0,61	7	>0,05	
Ερωτ. Φόβου	9	33,56	(18,98)	33,33	(24,63)	0,05	8	>0,05	
Τελικός Στόχος (άγχος)	5	8	(0)	6,8	(2,17)	1,23	4	>0,05	
Τελικός Στόχος (αποφυγή)	5	8	(0)	6,8	(2,17)	1,23	4	>0,05	
Τελικοί Στόχοι (Μ.Ο. άγχος)	6	7,41	(0,8)	4	(2,66)	3,49	5	<0,05	
Τελικοί Στόχοι (Μ.Ο. αποφυγή)	6	7,33	(0,75)	3,91	(2,7)	3,49	5	<0,05	

Υπενθυμίζεται ότι στην ομάδα αυτή συμπεριλαμβάνονται και εκείνοι που ακολούθησαν για κάποιο διάστημα θεραπεία. Για καλύτερη κατανόηση της κλινικής εικόνας έγιναν εκ νέου t-test αναλύσεις για εξαρτημένα δείγματα μόνο στην ομάδα άρνησης της θεραπείας (αφαιρέθηκαν όσοι διέκοψαν τη θεραπεία τους). Οι τελικοί στόχοι δεν συμπεριλήφθηκαν δεδομένου ότι η πλειονότητα όσων αρνήθηκαν τη θεραπεία δεν πρόλαβαν να θέσουν τελικούς στόχους με το θεραπευτή τους. Στην ανάλυση δεν υπάρχουν ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή καθώς δεν υπάρχει κανείς που να αρνήθηκε θεραπεία (Πίνακας 17).

Πίνακας 17

Σύγκριση μεταξύ αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης όσων αρνήθηκαν τη θεραπεία (χωρίς να συμπεριλαμβάνονται όσοι διέκοψαν τη θεραπεία)

Αρχική αξιολόγηση				Εξάμηνη αξιολόγηση				
Ερωτηματολόγια	N	M	(TA)	M	(TA)	t	df	P
SCL-90 -ΓΔΣ	3	1,58	(1,26)	1,36	(1,22)	0,67	2	>0,05
Ερωτ. Άγχους	3	21	(18,25)	14,33	(17,03)	0,62	2	>0,05
Ερωτ. Κατάθλιψης	4	15	(12,25)	17,25	(14,72)	-0,90	3	>0,05
Ερωτ. Φόβου	4	43,25	(17,61)	45,25	(28,62)	-0,21	3	>0,05

Παρατηρούμε μια μικρή μείωση στη συμπτωματολογία και στο άγχος. Αντίστοιχα μια αύξηση στο φόβο και στην κατάθλιψη. Ωστόσο καμία από αυτές τις μεταβολές δεν φτάνει στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

Υπενθυμίζουμε ότι οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν την θεραπεία τους έχαναν τη διάγνωση της Αγχώδους Διαταραχής σύμφωνα με την τιμή διάκρισης που καθορίζει την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στην Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας και το Ερωτηματολόγιο Φόβου. Για το λόγο αυτό δεν χρειάστηκε να προβούμε σε αξιολόγηση της βελτίωσης που προκύπτει από τη θεραπεία με τον υπολογισμό του μεγέθους επίδρασης.

Ομάδα ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Ο μικρός αριθμός των ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή δεν επέτρεψε την πραγματοποίηση αναλύσεων για την κλινική αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.

Μετά την εκτίμηση της κλινικής αποτελεσματικότητας, θα παρουσιαστούν οι απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα. Οι αναλύσεις που ακολουθούν αφορούν μόνο στις ομάδες όσων ολοκλήρωσαν και διέκοψαν τη θεραπεία, καθώς εκτιμήσεις της συμμαχίας και της συνεργασιμότητας είτε απουσιάζουν είτε είναι άνευ νοήματος στην ομάδα που αρνήθηκε

να συμμετέχει στη θεραπευτική διαδικασία. Επιπλέον, λόγω του διαφορετικού προφίλ των φοβικών και των ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών, οι αναλύσεις μας έγιναν και από κοινού και χωριστά για τις δύο αυτές ομάδες.

Για να απαντηθεί το πρώτο ερώτημα, «Υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και σε όσους τη διέκοψαν όσον αφορά στη θεραπευτική συμμαχία;» έγιναν t-tests αναλύσεις για ανεξάρτητα δείγματα οι οποίες ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και όσους τη διέκοψαν. Φαίνεται ότι όσοι διακόπτουν τη θεραπεία εκτιμούν ως καλύτερη τη συμμαχία στη δεύτερη συνεδρία. Επιπλέον, όσοι έχουν διακόψει τη θεραπεία αλλά έχουν πραγματοποιήσει τρεις συνεδρίες αξιολογούν επίσης, κατά μέσο όρο, καλύτερα τη θεραπευτική συμμαχία (Πίνακας 18).

Πίνακας 18

Σύγκριση εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και των ασθενών που τη διέκοψαν

	Ολοκλήρωσαν θεραπεία	Διέκοψαν			
	M (TA)	M (TA)	t	df	P
1η συνεδρία	198,13 (31,13)	226,29 (16,99)	1,21	11,45	>0,05
2η συνεδρία	206,5 (27,7)	229,75 (17,15)	-2,18	24	<0,05
3η συνεδρία	210 (35,03)	216,22 (41,18)	-0,39	22	>0,05
Μέσος όρος όσων συνεδριών πραγματοποιήθηκαν	205 (29,36)	215,54 (36,16)	-0,8	27	>0,05
Μέσος όρος όσων πραγματοποίησαν και τις τρεις συνεδρίες	202,43 (32,11)	231 (12,99)	-2,72	16,99	=0,01

Η ίδια εικόνα παραμένει αν αφαιρεθούν από το δείγμα οι ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Καθώς, γενικότερα, οι αναλύσεις δε διαφέρουν αν αφαιρεθεί από το δείγμα η ομάδα των ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κρίθηκε σκόπιμο οι πίνακες που αφορούν σε αυτά τα αποτελέσματα να παρουσιαστούν στο παράρτημα (Παράρτημα I, πίνακας 29).

Επειδή το παραπάνω εύρημα ήταν μη αναμενόμενο ελέγξαμε πιθανές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο αυτών ομάδων. Για το λόγο αυτό πραγματοποιήσαμε χ^2 αναλύσεις

στις αρχικές τους μετρήσεις.

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στη συμπτωματολογία, το άγχος και την κατάθλιψη. Βρέθηκε ωστόσο σημαντική διαφορά στο ερωτηματολόγιο φόβου. Οι τιμές όσων ολοκλήρωσαν τη θεραπεία ($M=47,89$ $TA=20,85$) ήταν σημαντικά υψηλότερες από τις τιμές όσων διέκοψαν ή αρνήθηκαν ($M=32,23$ $TA=17,58$); $t(30)=2,22$, $P<0,05$) ή μόνο όσων διέκοψαν ($M=27,33$ $TA=16,11$); $t(26)=2,6$, $P=0,01$).

Φαίνεται δηλαδή ότι όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο φόβου όσοι ολοκλήρωσαν την θεραπεία τους ήταν αρχικά χειρότερα από όσους τη διέκοψαν ή την αρνήθηκαν. Επειδή στο δείγμα συμπεριλαμβάνονταν και ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή τους οποίους δεν αφορά άμεσα το εν λόγω ερωτηματολόγιο, οι αναλύσεις επαναλήφθηκαν μόνο για τους φοβικούς ασθενείς. Η εικόνα παραμένει η ίδια, με όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία ($M=47$, $TA=20,43$) να είναι βαρύτερα από όσους διέκοψαν ($M=28$, $TA=17,09$); $t(23)=2,27$, $P<0,05$) ενώ δε διαφέρουν αν στην ομάδα όσων διέκοψαν προστεθούν και όσοι αρνήθηκαν.

Επειδή λοιπόν οι δυο ομάδες, ολοκλήρωσης και διακοπής της θεραπείας, διέφεραν πριν την έναρξη της θεραπείας στα επίπεδα φόβου, ελέγξαμε αν η εκτίμηση της συμμαχίας συσχετίζεται με την αρχική βαρύτητα. Βρήκαμε ότι η βαρύτητα του φόβου συσχετιζόταν αρνητικά με την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας στη δεύτερη συνεδρία αλλά και το μέσο όρο της εκτίμησης της συμμαχίας στις τρεις συνεδρίες (Πίνακας 19).

Πίνακας 19

Συσχετίσεις της αρχικής βαρύτητας φόβου και της εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας στη δεύτερη συνεδρία και στο σύνολο και των τριών συνεδριών των φοβικών ασθενών

Ερωτηματολόγια	1	2	3
(1) Ερωτηματολόγιο φόβου αρχικό			
(2) Εκτίμηση συμμαχίας β' συνεδρία	-0,477*		
(3) Συμμαχία όσων πραγματοποίησαν και τις τρεις συνεδρίες (ΜΟ)	-0,516**	0,976**	

** Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής κατεύθυνσης)

* Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0,05 (διπλής κατεύθυνσης)

Για να απαντηθεί το δεύτερο ερώτημα, «Υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και σε όσους τη διέκοψαν όσον αφορά στη συνεργασιμότητα σε στόχους που πραγματοποιούνται μεταξύ των συνεδριών;» έγιναν t-tests αναλύσεις για ανεξάρτητα δείγματα. Οι αναλύσεις ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο ομάδες ($t=-2,44$, $df=27$, $P<0,05$). Φαίνεται ότι όσοι ολοκλήρωσαν τη

θεραπεία τους ήταν περισσότερο συνεργάσιμοι στους στόχους που τέθηκαν μεταξύ των συνεδριών σε σχέση με όσους διέκοψαν τη θεραπεία (Πίνακας 20).

Πίνακας 20

Σύγκριση της συνεργασιμότητας των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και των ασθενών που τη διέκοψαν

	Ολοκλήρωσαν θεραπεία	Διέκοψαν			
	M (TA)	M (TA)	t	df	P
Συνεργασιμότητα σε έργο μεταξύ συνεδριών	3,46 (0,9)	2,49 (1,21)	2,44	27	<0,05

Η ίδια εικόνα παραμένει αν αφαιρεθούν από το δείγμα οι ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Παράρτημα I, πίνακας 30).

Για να απαντηθεί το τρίτο ερώτημα, «Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία και στη συνεργασιμότητα των θεραπευόμενων σε στόχους που πραγματοποιούν μεταξύ των συνεδριών;» χρησιμοποιήσαμε τρεις τρόπους διερεύνησης. Αρχικά εξετάσαμε αν αξιολογούν διαφορετικά τη θεραπευτική συμμαχία όσοι συνεργάστηκαν ικανοποιητικά και όσοι δε συνεργάστηκαν. Για το λόγο αυτό χωρίσαμε το δείγμα μας σε ασθενείς που συνεργάστηκαν ικανοποιητικά στους στόχους τους (μέσος όρος στο ερωτηματολόγιο συνεργασιμότητας τουλάχιστον τέσσερα (4=ο θεραπευόμενος ολοκλήρωσε τη συμφωνημένη εργασία) και σε ασθενείς που δε συνεργάστηκαν ικανοποιητικά (μέσος όρος στο ερωτηματολόγιο συνεργασιμότητας μικρότερος του 4). Οι t-tests αναλύσεις για ανεξάρτητα δείγματα δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο ομάδες (Πίνακας 21).

Πίνακας 21

Σύγκριση εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας των ασθενών που συνεργάστηκαν ικανοποιητικά σε στόχους μεταξύ των συνεδριών και των ασθενών που δε συνεργάστηκαν ικανοποιητικά

	Μη συνεργάσιμοι	Συνεργάσιμοι			
	M (TA)	M (TA)	t	df	P
1η συνεδρία	212,14 (27,41)	202,22 (34,47)	0,76	21	>0,05
2η συνεδρία	215,25 (27,23)	213,3 (27,25)	0,17	24	>0,05
3η συνεδρία	210,47 (38,45)	218,63 (32,24)	-0,51	23	>0,05
Μέσος όρος τριών συνεδριών	209,35 (33,59)	212,85 (29,51)	-0,27	27	>0,05

Η ίδια εικόνα παραμένει αν αφαιρεθούν από το δείγμα οι ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Παράρτημα I, πίνακας 31).

Στη συνέχεια εξετάσαμε αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία στην προηγούμενη συνεδρία και στη συνεργασιμότητα του θεραπευόμενου σε στόχους που πραγματοποιεί ως την επόμενη συνεδρία, τόσο για όσους ολοκλήρωσαν όσο και για όσους διέκοψαν καθώς και αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία, όπως προκύπτει από τις τρεις πρώτες συνεδρίες, και στη συνολική συνεργασιμότητα των θεραπευόμενων, όπως αυτή προκύπτει από τη βαθμολογία της από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι το τέλος της θεραπείας. Για τον έλεγχο αυτό πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις συσχέτισης διπλής κατεύθυνσης, τόσο για όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους όσο και για όσους διέκοψαν. Για πληρέστερη εικόνα συμπεριλήφθησαν στις αναλύσεις τόσο ο μέσος όρος της θεραπευτικής συμμαχίας όσων ολοκλήρωσαν και τις τρεις συνεδρίες αλλά και ο μέσος όρος όσων συνεδριών από τις τρεις πραγματοποιήθηκαν.

Δεν βρέθηκε κανένας συσχετισμός για όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (Πίνακες 22, 23, 24, 25).

Πίνακας 22

Συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας της πρώτης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα στη δεύτερη συνεδρία των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους

Ερωτηματολόγια	1
(1) Εκτίμηση συμμαχίας α' συνεδρία	
(2) Συνεργασιμότητα β' συνεδρία	0,163

Πίνακας 23

Συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας της δεύτερης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα στην τρίτη συνεδρία των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους

Ερωτηματολόγια	1
(1) Εκτίμηση συμμαχίας β' συνεδρία	
(2) Συνεργασιμότητα γ' συνεδρία	-0,210

Πίνακας 24

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των τριών πρώτων συνεδριών με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους

Ερωτηματολόγια	1
(1) Συμμαχία όσων πραγματοποίησαν και τις τρεις συνεδρίες (ΜΟ)	
(2) Συνεργασιμότητα από δ' συνεδρία ως λήξη (ΜΟ)	-0,249

Πίνακας 25

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των συνεδριών που πραγματοποιήθηκαν με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους

Ερωτηματολόγια	1
(1) Συμμαχία όσων συνεδριών πραγματοποιήθηκαν (ΜΟ)	
(2) Συνεργασιμότητα από δ' συνεδρία ως λήξη (ΜΟ)	-0,212

Τα ίδια αποτελέσματα παραμένουν αν αφαιρεθούν από το δείγμα οι ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Παράρτημα Ι, πίνακες 32, 33, 34, 35).

Επίσης, δεν βρέθηκε κανένας συσχετισμός για όσους διέκοψαν τη θεραπεία. Σε αυτήν την ομάδα της διακοπής της θεραπείας, δεν υπήρχαν ασθενείς που πραγματοποίησαν εργασία στη δεύτερη συνεδρία, και για το λόγο αυτό δεν έχουμε συσχέτιση που να αφορά στην εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας της πρώτης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα της δεύτερης συνεδρίας. Τα υπόλοιπα στοιχεία παρατίθενται αναλυτικά στους Πίνακες 26, 27 και 28.

Πίνακας 26

Συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας της δεύτερης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα στην τρίτη συνεδρία των ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους

Ερωτηματολόγια	1
(1) Εκτίμηση συμμαχίας β' συνεδρία	
(2) Συνεργασιμότητα γ' συνεδρία	-0,074

Πίνακας 27

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των τριών πρώτων συνεδριών με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους

Ερωτηματολόγια	1
(1) Συμμαχία όσων πραγματοποίησαν και τις τρεις συνεδρίες (ΜΟ)	
(2) Συνεργασιμότητα από δ΄ συνεδρία ως λήξη (ΜΟ)	-0,108

Πίνακας 28

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των συνεδριών που πραγματοποιήθηκαν με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους

Ερωτηματολόγια	1
(1) Συμμαχία όσων συνεδριών πραγματοποιήθηκαν (ΜΟ)	
(2) Συνεργασιμότητα από δ΄ συνεδρία ως λήξη (ΜΟ)	0,356

Τα ίδια αποτελέσματα παραμένουν αν αφαιρεθούν από το δείγμα οι ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Παράρτημα Ι, πίνακες 36, 37, 38)

Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα επιχείρησε να διερευνήσει δυο μεταβλητές της θεραπευτικής διαδικασίας, τη θεραπευτική συμμαχία και τη συνεργασιμότητα των θεραπευόμενων στην πραγματοποίηση στόχων μεταξύ των συνεδριών. Η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί έναν παράγοντα κοινό στις περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις που φαίνεται να συμβάλλει στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, ωστόσο έχει διερευνηθεί λιγότερο στο πλαίσιο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας και της Θεραπείας Συμπεριφοράς και σχεδόν καθόλου στο χώρο των Διαταραχών Άγχους. Αντίθετα, η συνεργασιμότητα φαίνεται να αποτελεί το όχημα της θεραπευτικής αλλαγής στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία και έχει διερευνηθεί διεξοδικά στο πλαίσιο των Διαταραχών Άγχους. Με αυτά τα δεδομένα επιχειρήθηκε να διερευνηθεί ο ρόλος των δύο αυτών μεταβλητών στο θεραπευτικό αποτέλεσμα και ειδικότερα αν η συνεργασιμότητα των θεραπευομένων επηρεάζεται ή καθορίζεται από τη θεραπευτική συμμαχία.

Εξέταση ερευνητικών ερωτημάτων

Ο ρόλος της συνεργασιμότητας

Η συνεργασιμότητα στην παρούσα έρευνα φάνηκε να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ασθενών που ολοκλήρωσαν με επιτυχία τη θεραπεία τους και εκείνων που τη διέκοψαν. Ειδικότερα, όσοι ολοκλήρωσαν τη θεραπεία ήταν περισσότερο συνεργάσιμοι από όσους τη διέκοψαν. Αυτό στην πράξη σημαίνει ότι όσοι ολοκλήρωσαν τη θεραπεία πραγματοποιούσαν περισσότερες φορές μέσα στην εβδομάδα τις συγκεκριμένες ασκήσεις έκθεσης που είχαν συμφωνήσει με το θεραπευτή τους. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας που δείχνουν μια θετική σχέση μεταξύ της συνεργασιμότητας και των επιπέδων βελτίωσης (Barlow, O' Brien & Last, 1984; Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Edelman & Chambless 1993; Fennell & Teasdale, 1987; Harmon, Nelson, & Hayes, 1980; Kassler & Neimeyer, 1997; Michelson et al., 1986; Neimeyer & Feixas, 1990; Neimeyer, Twentyman & Prezant, 1985; Persons, Burns, & Perloff, 1988; Startup & Edmonds, 1994).

Επιπλέον, το εύρημα υποστηρίζεται από τις θεωρίες της μάθησης καθώς η τεχνική της έκθεσης στηρίζεται στις αρχές της εξοικείωσης και της γενίκευσης. Κατά συνέπεια, αυξημένη συνεργασιμότητα, δηλαδή συχνότερη έκθεση στη συγκεκριμένη φοβική κατάσταση, οδηγεί σε εξοικείωση, δηλαδή μείωση των συμπτωμάτων που συνδέονται με αυτήν. Η επαναλαμβανόμενη πραγματοποίηση με επιτυχία, παρόμοιων στόχων οδηγεί σε γενίκευση της βελτίωσης και μεταβολή των πεποιθήσεων και γνωσιών του θεραπευόμενου, τόσο

σχετικά με τον εαυτό του όσο και με το περιβάλλον, που αυξάνουν την αίσθηση ελέγχου και κυριαρχίας που έχει ο ασθενής, θέτοντας με τον τρόπο αυτό τις βάσεις για μακρόχρονη διατήρηση της βελτίωσης. Πράγματι, η βελτίωση βρέθηκε να διατηρείται σε επανεξέταση 6 μήνων, εύρημα που υποδεικνύουν και έρευνες με μεγαλύτερο διάστημα επανεξέτασης, δύο ετών (Park, 2001).

Η εκτίμηση της συνεργασιμότητας γινόταν από το θεραπευτή στο τέλος κάθε συνεδρίας στη βάση της κλίμακας συνεργασιμότητας. Η εκτίμηση στηριζόταν κυρίως στο ημερολόγιο που διατηρούσαν οι ασθενείς για τις ασκήσεις τους αλλά και στα στοιχεία που συγκέντρωναν οι θεραπευτές κατά τη διάρκεια της συνεδρίας για το έργο που πραγματοποιήθηκε. Αν και στο μεγαλύτερο μέρος των ερευνών που αφορούν στην εκτίμηση της συνεργασιμότητας βρέθηκε ότι ο συνηθέστερος τρόπος εκτίμησής της αφορούσε αυτό-αναφορά των θεραπευόμενων (Kazanzis et al., 2004), ακολουθήσαμε τη συγκεκριμένη μεθοδολογία καθώς θεωρήσαμε ότι το ημερολόγιο που συμπληρώνουν οι ασθενείς με βαθμό άγχους και αποφυγής κατά τη διάρκεια των ασκήσεών τους και οι παρατηρήσεις που καταγράφουν σε αυτό, αποτελούν ένα έγκυρο κριτήριο ότι πραγματοποιήθηκε το έργο τη συγκεκριμένη ημέρα της καταγραφής. Επιπλέον, η συζήτηση που γίνεται με τον θεραπευόμενο σχετικά με το άγχος και την αποφυγή που ένιωσε και τους τρόπους με τους οποίους τα αντιμετώπισε επιτρέπουν να διαφανεί αν το έργο έγινε όπως συμφωνήθηκε και αν ολοκληρώθηκε.

Τέλος, παρότι η εκτίμηση της συνεργασιμότητας στην παρούσα μελέτη φαίνεται εκ πρώτης όψεως να είναι κυρίως ποσοτική, στην πραγματικότητα λαμβάνει υπόψη και την ποιότητά της, καθώς ανταποκρίνεται σε όλα τα δεδομένα που καθορίζουν την ποιότητα της συνεργασιμότητας όπως αυτά παρουσιάζονται στις μοναδικές έρευνες που την έχουν αξιολογήσει (Neimeyer & Feixas, 1990; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Τα κριτήρια της ποιότητας ήταν να έχει καθοριστεί ένας συγκεκριμένος στόχος που να προκαλεί τουλάχιστον μέτρια επίπεδα φόβου και ο στόχος αυτός να επαναλαμβάνεται μέχρι να επέλθει εξοικείωση, αφού έχουν απομακρυνθεί με επιτυχία κατά τη διάρκεια της έκθεσης οι ασφάλειες που χρησιμοποιούσε ο ασθενής. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός της συγκεκριμένης μελέτης πληρεί όλα τα προαναφερθέντα κριτήρια.

Ο ρόλος της συμμαχίας

Η θεραπευτική συμμαχία εμφανίζεται επίσης να διαφοροποιείται σημαντικά ανάμεσα στις δυο ομάδες, εκείνων που ολοκλήρωσαν με επιτυχία τη θεραπεία τους και εκείνων που τη διέκοψαν, με έναν ωστόσο απρόσμενο τρόπο. Όσοι διέκοψαν τη θεραπεία βρέθηκε να εκτιμούν κατά μέσο όρο τη θεραπευτική συμμαχία σημαντικά καλύτερα σε σύγκριση με όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία με επιτυχία. Η εκτίμηση αυτή αφορούσε στη δεύτερη συνεδρία και στο μέσο όρο της εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας όσων είχαν πραγματοποιήσει τις τρεις πρώτες συνεδρίες τους.

Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τις θεωρητικές θέσεις αλλά και τα ερευνητι-

κά ευρήματα που αφορούν γενικά στην ψυχοθεραπεία, σύμφωνα με τα οποία η θεραπευτική συμμαχία προβλέπει ή συσχετίζεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000), ιδιαίτερα όταν αξιολογείται νωρίς στη θεραπεία από το θεραπευόμενο (Horvath, 2001, 2005), στοιχεία που ανταποκρίνονται στην παρούσα μεθοδολογία.

Ειδικότερα, στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία, η συμμαχία έχει εξεταστεί κυρίως στα πλαίσια θεραπείας κατάθλιψης, με κάποιες έρευνες να καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η συμμαχία οδηγεί σε βελτίωση των συμπτωμάτων (Krupnick et al, 1996; Castonguay et al., 1996; Luborsky, et al., 1985; Raue et al, 1997) και κάποιες άλλες έρευνες να μην βρίσκουν παρόμοια σχέση (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, et al., 1999; Safran & Wallner, 1991). Τα αντικρουόμενα αυτά αποτελέσματα οδήγησαν ορισμένους ερευνητές να εκφράσουν τον προβληματισμό τους.

Οι Keijsers και συνεργάτες (2000) πρότειναν την εξέταση και άλλων συμπληρωματικών στοιχείων προκειμένου να εξηγηθεί η μέτρια επίδραση της σχέσης στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Υποστήριζαν ότι οι παράγοντες που αφορούν στη σχέση είναι πιθανά καλύτεροι προγνωστικοί παράγοντες της πρόωρης διακοπής της θεραπείας παρά της επιτυχούς έκβασης, καθώς υπάρχουν ευρήματα που υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς που είναι ολοφάνερα δυσαρεστημένοι με τους θεραπευτές τους δεν απαντούν άσχημα στη θεραπεία αλλά την εγκαταλείπουν (Emmelkamp & van der Hout, 1983; Ford, 1978; Hansen et al, 1992). Επιπλέον, έθεσαν το θέμα της αξιοπιστίας των ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της σχέσης. Οι περισσότερες έρευνες χρησιμοποιούν αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια τα οποία παρουσιάζουν μικρή συμφωνία με αξιολογήσεις που προκύπτουν από μαγνητοσκοπημένες ή βιντεοσκοπημένες συνεδρίες. Ταυτόχρονα, οι υποκλίμακες πολλών από τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια έχουν υψηλές εσωτερικές συσχετίσεις και δεν παρουσιάζουν κανονική κατανομή, αλλά ασύμμετρη, με περισσότερες τιμές προς τη θετική βαθμολόγηση κυρίως όταν συμπληρώνονται από τους ασθενείς στις πρώτες φάσεις της θεραπείας. Οι ασθενείς τείνουν να βαθμολογούν τους θεραπευτές τους ότι έχουν πολύ κατανόηση, είναι πολύ ζεστοί, ενεργητικοί και ικανοί. Σχεδόν κανείς από όσους ολοκληρώνουν την θεραπεία δεν δείχνει τελείως δυσαρεστημένος από το θεραπευτή του, γεγονός που μπορεί να υποδηλώνει αδυναμία επαρκούς μεταβολής και αυτό να ευθύνεται για τη μέτρια συνεισφορά της συμμαχίας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην παρούσα μελέτη όσοι ολοκλήρωσαν με επιτυχία τη θεραπεία τους αξιολογούσαν ως λιγότερο θετική τη θεραπευτική συμμαχία που είχαν με το θεραπευτή τους αναφορικά με όσους διέκοψαν, ωστόσο δεν την αξιολογούσαν ως κακή. Αντίθετα, και οι δύο ομάδες εκτιμούσαν τη θεραπευτική συμμαχία ως εξαιρετικά καλή. Το παρόν εύρημα ανατοκρύνεται στην επισήμανση των συγγραφέων ότι η θεραπευτική συμμαχία παρουσιάζει μια ελαφρά ασύμμετρη κατανομή με περισσότερες τιμές προς τη θετική βαθμολόγηση.

Τέλος, ανέφεραν την πιθανότητα ύπαρξης μιας κοινωνικής επίδρασης που οδηγεί

την πλειονότητα των θεραπευόμενων να έχει αρχικά μια θετική στάση απέναντι στο θεραπευτή, η οποία προέρχεται από την απόφασή τους να ζητήσουν επαγγελματική βοήθεια για το πρόβλημα και την προσδοκία τους ότι θα βοηθηθούν. Η θετική αυτή στάση παραμένει αναλλοίωτη όσο ο θεραπευτής ενεργεί με ένα τρόπο που ο πελάτης θεωρεί κατάλληλο. Σταδιακά, αυτή η θετική στάση θα αντικατασταθεί από ένα προσωπικό και συναισθηματικό δεσμό που δημιουργείται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Μόνο αν η συμπεριφορά του θεραπευτή παρεκκλίνει υπερβολικά από τον τρόπο που ο πελάτης θέλει να του συμπεριφέρεται, και ειδικά αν αυτό συμβεί στα πρώτα στάδια της θεραπείας, μεταβάλλεται αυτή η αρχική θετική στάση, αν δηλαδή ο θεραπευτής επιδείξει μια συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από έλλειψη σεβασμού ή έλλειψη ενδιαφέροντος, ή χρησιμοποιεί ακατάλληλες και άκαιρες αντιπαραθέσεις ή καθοδηγητικές δηλώσεις. Βέβαια κάποιοι ασθενείς έχουν ένα παθολογικό τρόπο στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Κατά συνέπεια, αν η συμπεριφορά του θεραπευτή παρεκκλίνει υπερβολικά από τον τρόπο που ο πελάτης θέλει να του συμπεριφέρονται, μεταβάλλεται η αρχική θετική στάση του θεραπευόμενου ή παραμένει η αρχική αρνητική του στάση. Αν δεν μεταβληθεί η συμπεριφορά του θεραπευτή ο ασθενής αυτός θα διακόψει τη θεραπεία.

Τα παραπάνω οδήγησαν τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η σχέση θεραπευτή και ασθενή στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την αποτυχία της θεραπείας μόνο σε μια μικρή μειοψηφία των ασθενών. Υποστηρίζουν ότι είναι απίθανο οι διαδικασίες που χρησιμοποιούνται και ευνοούν τη σχέση να οδηγήσουν σε σημαντική αύξηση της αποτελεσματικότητας της συγκεκριμένης ψυχοθεραπείας. Η σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου καθορίζεται από κοινωνικο-ψυχολογικές αρχές της πειθούς και της κοινωνικής επιρροής που οι θεραπευτές συμπεριφοράς δείχνουν να χειρίζονται εξαιρετικά καλά.

Οι Stiles, Honos-Webb και Surko (1998) ανέφεραν ότι *«οι τεχνικές μέτρησης και ανάλυσης της συμμαχίας έχουν ξεπεράσει την θεωρία»*, όπως γίνεται φανερό από το συνεχώς αυξανόμενο εύρος εργαλείων και μεθοδολογικών παραλλαγών που εμφανίζεται στις διάφορες μελέτες που αφορούν στη συνεισφορά της θεραπευτικής συμμαχίας. Στην καρδιά αυτού του προβληματισμού τέθηκαν ερωτήματα σχετικά με τον πιο χρήσιμο τρόπο αντίληψης του όρου της συμμαχίας. Υποστηρίχθηκε, ότι ιδιαίτερα σε θεραπευτικές πρακτικές όπως η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία, η άποψη ότι η συμμαχία αποτελεί προαπαιτούμενο για την εμπλοκή σε συγκεκριμένους θεραπευτικούς στόχους (Raue & Goldfried, 1994), ίσως δεν είναι ο κατάλληλος τρόπος αντίληψής της. Είναι προτιμότερο να θεωρείται ως σταθερό φαινόμενο που έχει την μορφή του χαρακτηριστικού (Horvath, 1994). Η θέση αυτή έχει εκφραστεί από τη δεκαετία του 1970, όταν κάποιοι ερευνητές στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν γιατί, αν και ένα θερμό και υποστηρικτικό θεραπευτικό κλίμα ενισχυόταν γενικά από τους θεραπευτές συμπεριφοράς δεν αποτέλεσε αντικείμενο ερευνητικού ελέγχου, υποστήριξαν ότι η θεραπευτική συμμαχία θεωρούνταν δεδομένο ότι έπαιζε κάποιο ρόλο στην

πορεία του ασθενή να επιτύχει την αλλαγή (Frank, 1982; Michell, Bozarth, & Krauft, 1977; Sweet, 1984; Wilson & Evans, 1977). Στο ζεστό, υποστηρικτικό περιβάλλον στο οποίο οι θεραπευόμενοι παρουσιάζουν θέματα που προκαλούν δυσάρεστα συναισθήματα όπως φόβο, άγχος, ντροπή, ως εξαρτημένα αντανάκλαστικά, είναι αναμενόμενο αυτά να χάνουν κάτι από την ικανότητά τους να προκαλούν φόβο, θλίψη, ενοχές, ζήλια ή άλλες αντιδράσεις. (Μέλλον, 2005, σελ. 162). Τέλος, σχετικά με τα μεθοδολογικά προβλήματα και τις στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιούνται, όπως αναλύσεις συσχέτισης, συμμεταβλητότητας και πολλαπλής παλινδρόμησης, υποστηρίζεται ότι δεν θα έπρεπε να χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο παρόμοιων συστημάτων με κυκλική αιτιότητα καθώς ανεξάρτητα από το μέγεθος του δείγματος, η εκτίμηση θα έχει αποκλίσεις το μέγεθος των οποίων θα είναι αδύνατο να υπολογιστεί (Burns & Auerbach, 1996, σελ. 142).

Ωστόσο, παρά τους όποιους προβληματισμούς, η γενικότερη θέση είναι ότι η θεραπευτική σχέση είναι σημαντική για την επιτυχή διεξαγωγή μιας ψυχοθεραπείας και μένει απλά αυτό να αποδειχθεί και ερευνητικά ή να εξηγηθεί η αιτία που εμποδίζει τη σχέση αυτή να διαφανεί. Μοναδική αναφορά στην βιβλιογραφία όπου η θεραπευτική συμμαχία υποστηρίζεται ότι δεν είναι ούτε επαρκής ούτε απαραίτητη βρίσκουμε στον Ellis (1962 στο Burns & Auerbach 1996, σελ. 141) ο οποίος αμφισβητεί τη σημασία της στη θεραπεία υποστηρίζοντας ότι στη θεραπευτική του πρακτική έχει αρκετές φορές αναιρεθεί. Σε προσωπική επικοινωνία του με τον David Burns, (1993, στο Burns & Auerbach 1996, σελ. 141) δήλωσε ότι η θεραπευτική συμμαχία πιθανά να μην είναι ούτε καν επιθυμητή, καθώς εμποδίζει την πρόοδο της θεραπείας εξαρτώντας το θεραπευόμενο από το θεραπευτή. Έτσι ενώ ένας ζεστός και υποστηρικτικός θεραπευτής μπορεί να κάνει τον ασθενή να *αισθανθεί* καλύτερα, αυτή η παροδική βελτίωση του συναισθήματος μπορεί να εμποδίσει τον πελάτη να εργαστεί σκληρά όπως απαιτείται ώστε να *γίνει* καλύτερα (υπογράμμιση του ίδιου).

Ειδικότερα, για τη θεραπεία των Αγχωδών Διαταραχών, που αφορά και στην παρούσα μελέτη, οι τεχνικές φαίνεται να ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για το θεραπευτικό αποτέλεσμα και όχι η θεραπευτική σχέση. Η θεραπευτική σχέση δεν έπαιζε κανένα ρόλο στο αποτέλεσμα σε θεραπεία ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Lindsay et al., 1997) ενώ σε δύο άλλες έρευνες αγοραφοβίας και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής αντίστοιχα (Emmelkamp & van der Hout, 1983; Hansen et al, 1992), η σχέση αποτελούσε καλύτερο προγνωστικό παράγοντα της διακοπής της θεραπείας παρά της αποτελεσματικότητάς της, καθώς οι ασθενείς που διέκοπταν τη θεραπεία ήταν περισσότερο επικριτικοί απέναντι στους θεραπευτές τους συγκριτικά με εκείνους που την ολοκλήρωναν με επιτυχία. Ωστόσο, καθώς αυτή η κριτική γινόταν εκ των υστέρων, οι συγγραφείς υποστήριζαν ότι πιθανά να επηρεαζόταν από τη διακοπή της θεραπείας.

Σε μια πρόσφατη έρευνα που αφορούσε διαταραχή πανικού με και χωρίς αγοραφοβία (Casey et al., 2005) η εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας μετά την τρίτη συνεδρία δεν προέβλεπε αλλαγή στη βαρύτητα της διαταραχής, εύρημα που οδήγησε τους ερευνητές

να υποστηρίξουν ότι τα αποτελέσματα γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας για διαταραχή πανικού δεν μπορούν να αποδοθούν μόνο στην επιρροή της θεραπευτικής σχέσης. Αντίθετα, η συμμαχία φάνηκε να διευκολύνει τις γνωσιακές αλλαγές, όπως την καταστροφολογική ερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων και την πεποίθηση για την ικανότητα διαχείρισης του πανικού. Η συσχέτιση αυτή εμφανιζόταν στο δεύτερο μισό της θεραπείας και αφού είχε μειωθεί η βαρύτητα του πανικού, εύρημα που οδήγησε στην ανάπτυξη ενός προβληματισμού σχετικά με το ποια μεταβλητή επηρεάζει ποια, αφού είναι πολύ πιθανό οι γνωσιακές αλλαγές να ενδυναμώνουν τη συμμαχία και όχι το αντίθετο.

Ωστόσο, ένα άλλο εύρημα της έρευνας των Casey και συνεργατών (2005) παρέχει μια ένδειξη σχετικά με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Οι Casey και συνεργάτες βρήκαν ότι η προϋπάρχουσα βαρύτητα συμπτωμάτων επιδρούσε αρνητικά στην εκτίμηση της συμμαχίας από τους ασθενείς. Μεγαλύτερη βαρύτητα της διαταραχής πριν την έναρξη συνδεόταν με χειρότερη εκτίμηση της συμμαχίας στην τρίτη συνεδρία. Στην παρούσα έρευνα οι φοβικοί ασθενείς που αποτελούν και το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (85,3%), διέφεραν σημαντικά στη βαρύτητα της φοβίας, με όσους ολοκλήρωσαν να είναι σημαντικά βαρύτερα από όσους διέκοψαν τη θεραπεία τους. Επιπλέον, η αρχική βαρύτητα συσχετιζόταν αρνητικά με τη θεραπευτική συμμαχία όπως αυτή αξιολογούνταν στη δεύτερη συνεδρία, αλλά και κατά μέσο όρο στις τρεις πρώτες συνεδρίες, στα σημεία δηλαδή εκείνα που η συμμαχία εκτιμάται καλύτερα από όσους διέκοψαν τη θεραπεία τους.

Είναι λοιπόν πολύ πιθανό η χειρότερη εκτίμηση της συμμαχίας από την ομάδα των ασθενών που ολοκλήρωσαν με επιτυχία τη θεραπεία τους, να επηρεάζεται από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων τους, γεγονός που ωστόσο δεν είναι δυνατό να διερευνηθεί περαιτέρω από την παρούσα μελέτη. Επιπλέον, στην έρευνα των Casey και συνεργατών (2005), δεν παρατηρήθηκε καμία συνεισφορά της θεραπευτικής συμμαχίας στο πρώτο μισό της θεραπείας που ήταν περίπου έξι συνεδρίες. Η παρούσα μελέτη αφορά μια σύντομη θεραπεία όπου όσοι ολοκλήρωσαν είχαν κατά μέσο όρο πραγματοποιήσει 7,5 συνεδρίες, γεγονός που είναι δυνατό να επηρεάζει τη συνεισφορά της θεραπευτικής συμμαχίας στο τελικό αποτέλεσμα.

Μια άλλη πιθανή εξήγηση σχετικά με το συγκεκριμένο εύρημα, που συσχετίζεται με τα παραπάνω, αφορά την ίδια τη λογική της θεραπείας συμπεριφοράς. Η θεραπεία συμπεριφοράς απαιτεί ενεργητική συμμετοχή του θεραπευόμενου σε όλα τα θεραπευτικά στάδια, συμμετοχή σε ασκήσεις μεταξύ των συνεδριών και συνεχή αντιμετώπιση των καταστάσεων που πυροδοτούν άγχος. Οι απαιτήσεις της θεραπείας παρουσιάζονται στους θεραπευόμενους στα πλαίσια της εξήγησης της λογικής της θεραπείας και του σχεδιασμού της, είτε στη δεύτερη είτε στην τρίτη συνεδρία. Συχνά οι ασθενείς φτάνουν στο γραφείο του ειδικού με την πεποίθηση ότι θα βρουν ένα φίλο να συζητούν ή να τους ακούει, και ότι σταδιακά με ένα τρόπο ακαθόριστο ή «μαγικό» θα απαλλαγούν από τα προβλήματά τους, συνήθως σύντομα και χωρίς πολύ κόπο. Η εξήγηση της λογικής της θεραπείας συμπεριφοράς ανατρέπει

αυτό το στερεότυπο. Η ιδέα της εμπλοκής σε έργο σε καθημερινή βάση σπάνια αποτελεί τμήμα της εικόνας που έχουν οι θεραπευόμενοι για την ψυχοθεραπεία, απαιτεί καλό προγραμματισμό και χρόνο, και βέβαια την αντιμετώπιση καταστάσεων που προκαλούν άγχος και τις οποίες οι θεραπευόμενοι μέχρι την στιγμή που ξεκινά η θεραπεία αποφεύγουν. Είναι λοιπόν πιθανό οι θεραπευόμενοι να αισθάνονται πίεση είτε από το θεραπευτή είτε από τον περίγυρό τους ή και την κοινή λογική τους, να εμπλακούν σε αυτό το ρόλο. Ένα ρόλο που απαιτεί αναπροσαρμογή της καθημερινής τους ζωής, χρόνο, κόπο και άγχος, χωρίς μάλιστα να έχουν και κάποια βεβαιότητα για το τελικό αποτέλεσμα. Όσοι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα προβλήματα είναι πιθανό στην παρούσα φάση της εξήγησης της θεραπείας να συνειδητοποιούν ότι πρέπει να κοπιάσουν πολύ, να αντιμετωπίσουν το άγχος τους για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα και να εκτεθούν σε ένα μεγάλο αριθμό καταστάσεων. Αυτή η γνώση σε συνδυασμό με τη σταθερότητα του θεραπευτή συμπεριφοράς ότι μόνο με αυτό τον τρόπο θα απαλλαγεί από το παθολογικό του άγχος και ότι πρέπει να αποδεκτεί τη λογική της θεραπείας και να συναινέσει σε αυτή, καθώς σε διαφορετική περίπτωση δεν υφίσταται συνεργασία μεταξύ τους, είναι πιθανό να επηρεάσει τη μεταξύ τους σχέση. Δεδομένου ότι η συμμαχία έχει αξιολογηθεί μόνο στις τρεις πρώτες συνεδρίες, οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν ακόμη ευεργετηθεί από την ψυχοθεραπεία, δεν έχουν ελέγξει την αξιοπιστία του θεραπευτή τους και δεν έχουν βεβαιωθεί ότι η αντιμετώπιση του άγχους τους οδηγεί στην εξάλειψή του, τόσο τη συγκεκριμένη στιγμή όσο και μακροπρόθεσμα.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι όσον αφορά στη θεραπεία συμπεριφοράς αγχωδών διαταραχών, ο Skinner (1971) είχε δίκιο όταν υποστήριζε ότι οι τεχνικές είναι σημαντικές για τη θεραπεία και όχι η σχέση. Στη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση, η σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου παρομοιάζεται με εκείνη του δασκάλου-μαθητή, προπονητή-ασκούμενου. Είναι λοιπόν πιθανό οι ασθενείς να αναζητούν κάποιον που φαίνεται να ξέρει τι λέει και πως θα τους βοηθήσει να ξεπεράσουν τα προβλήματά τους.

Ωστόσο, παραμένει αναπάντητο το ερώτημα γιατί έφυγαν από τη θεραπεία όσοι αξιολογούσαν ως καλύτερη τη συμμαχία. Μια πιθανή εξήγηση ίσως αφορά στην ετοιμότητα του θεραπευόμενου να δράσει ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη *θεωρία των σταδίων αλλαγής* που αναπτύχθηκε από τους Prochaska και DiClemente (1984, αναφ. στο Prochaska & Norcross, 2002) κάθε αλλαγή στη συμπεριφορά ακολουθεί μια διαδικασία έξι σταδίων. Στο πρώτο στάδιο, ο ασθενής αγνοεί στην ουσία το πρόβλημά του και κατά συνέπεια δεν προτίθεται να αναλάβει δράση για να αλλάξει. Στο επόμενο, το στάδιο του προβληματισμού, αποδέχεται την ύπαρξη προβλήματος και σκέφτεται σοβαρά να απαλλαγεί από αυτό, αναλογίζεται τα υπέρ και τα κατά μιας αλλαγής, χωρίς ωστόσο να αναλαμβάνει καμία δέσμευση για δράση. Το τρίτο στάδιο αποτελεί το στάδιο της προετοιμασίας και χαρακτηρίζεται από την πρόθεση του θεραπευόμενου να αλλάξει. Συγκεντρώνει πληροφορίες και καταστρώνει ένα σχέδιο δράσης ενώ παράλληλα εμφανίζει μικρές αλλαγές στη συμπεριφορά του. Στο τέταρτο στάδιο, εκείνο της δράσης, καθορίζεται

ο στόχος της αλλαγής και πραγματοποιούνται οι συγκεκριμένες δράσεις, ενώ στο στάδιο της διατήρησης κύριο μέλημα είναι η πρόληψη της υποτροπής. Στο τελευταίο στάδιο, ο ασθενής έχει αποκτήσει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και αυτοπεποίθηση ώστε να μην αισθάνεται καμία πρόκληση για υποτροπή.

Σύμφωνα πάντα με τους συγγραφείς, είναι δυνατό να αποτύχει μια θεραπεία, ενώ ο θεραπευτής έχει μια εξαιρετική θεραπευτική σχέση με το θεραπευόμενό του, όταν ο τελευταίος βρίσκεται στο στάδιο του προβληματισμού και ο θεραπευτής του, του επιτρέπει να μένει «κολλημένος» σε αυτό. Πιο συγκεκριμένα, οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι

«...αυτό το στάδιο αποτελεί έναν ασφαλή παράδεισο τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους θεραπευτές. Οι ασθενείς σκοπεύουν να κάνουν μεγάλες αλλαγές αλλά όχι άμεσα. Πρώτα χρειάζεται να συνειδητοποιήσουν τα προβλήματά τους όλο και περισσότερο. Το να αξιολογήσουν και να καταλάβουν πώς είναι και πώς θα μπορούσαν να γίνουν είναι κάποιες φορές δύσκολο έργο. Αλλά μπορεί επίσης να είναι εξαιρετικά σημαντικό και διασκεδαστικό. Ένα τέτοιο μοίρασμα δημιουργεί ένα συναισθηματικό δεσμό που θα ήταν δύσκολο να εγκαταλείψει κανείς» (Prochaska & Norcross, (2002, σελ. 305).

Και καταλήγουν «Ποιος θέλει να διακόψει μια τέτοια στενή σχέση; Πώς θα μπορούσες να αποτύχεις ως θεραπευτής έχοντας μια τόσο καλή θεραπευτική σχέση; Επιτρέποντας στον πελάτη σου να μείνει κολλημένος στο στάδιο της πρόθεσης» (σελ. 305). Για το λόγο αυτό οι συγγραφείς προτείνουν να διερευνούν οι θεραπευτές το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο πελάτης και να αναπτύσσουν τέτοια σχέση που θα τον βοηθά στην πορεία του προς το επόμενο στάδιο αλλαγής.

Όσον αφορά στη θεραπεία συμπεριφοράς, υποστηρίζουν ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν οι ασθενείς βρίσκονται στα στάδια της πράξης και της διατήρησης. Θα ήταν λοιπόν δυνατό, στην παρούσα μελέτη, οι ασθενείς που διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία τους να βρίσκονταν σε κάποιο από τα πρώτα στάδια και ενώ η θεραπευτική τους σχέση ήταν καλή, συζητούσαν με το θεραπευτή για το είδος των χειρισμών και των τεχνικών που πρέπει να ακολουθήσουν, να μην ήταν αρκετά έτοιμοι για δράση. Το σύντομο διάστημα το οποίο έμειναν στη θεραπεία αλλά και το είδος της σχέσης που δημιούργησαν μπορεί να μην ήταν ικανό να τους οδηγήσει στο επόμενο στάδιο, γεγονός που οδήγησε σε διακοπή της θεραπείας.

Τέλος, μια ακόμη πιθανότητα διαφαίνεται από την έρευνα των Foa και συνεργατών (1983) όπου διερευνήθηκαν οι λόγοι διακοπής της θεραπείας και βρέθηκε ότι οι θεραπευόμενοι διακόπτουν τη θεραπεία τους είτε γιατί είναι απογοητευμένοι από την πορεία της είτε γιατί αισθάνονται ότι έχουν εισπράξει ό,τι προσδοκούσαν και κρίνουν ότι μπορούν να ολοκληρώσουν τη θεραπευτική προσπάθεια μόνοι τους. Μια παρόμοια ένδειξη υπήρξε σε έρευνα που διερευνήθηκε στη ΜΘΣ (Σωτηροπούλου, 2005) και αφορούσε 62 ασθενείς με διαταραχή άγχους, όπου από τους 7 ασθενείς που διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία τους, οι έξι παρουσίασαν βελτίωση ή αποδρομή των συμπτωμάτων τους τόσο στην εξάμηνη όσο

και στην ετήσια αξιολόγησή τους. Όταν ρωτήθηκαν, οι μισοί ανέφεραν ότι ακολούθησαν τις οδηγίες που είχαν πάρει από το θεραπευτή τους χωρίς να τον συναντούν. Οι υπόλοιποι εκτίμησαν ως παράγοντες που συνέβαλαν στη βελτίωσή τους την έναρξη φαρμακοθεραπείας, την επίδραση ενός θετικού γεγονότος ζωής και την ύφεση άλλων στρεσογόνων παραγόντων. Βέβαια, το συγκεκριμένο εύρημα αναφέρεται σε μικρό δείγμα και ως εκ τούτου δεν μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα. Θα ήταν πιθανό κάποιοι ασθενείς να διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία τους ενώ είχαν καλή σχέση με το θεραπευτή τους και είχαν συνεργαστεί καλά σε ασκήσεις, για αντικειμενικούς λόγους, θεωρώντας επιπλέον ότι μπορούν να συνεχίσουν να αντιμετωπίσουν από μόνοι τους τα προβλήματά τους. Αυτή η πιθανότητα μένει να διερευνηθεί στο μέλλον.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι η χειρότερη εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας από όσους ολοκληρώνουν τη θεραπεία τους θα μπορούσε να οφείλεται στη μεγαλύτερη βαρύτητα της φοβίας τους στην έναρξη, που τους οδηγεί να εκτιμούν ως δύσκολη και χρονοβόρα τη θεραπεία τους και ως πειστικό και μηχανιστικό το θεραπευτή τους. Ταυτόχρονα, η καλύτερη εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας από τους ασθενείς που διέκοψαν πρόωρα είναι πιθανό να συσχετίζεται με τη μικρότερη βαρύτητα των συμπτωμάτων τους, που τους κάνει να είναι περισσότερο λειτουργικοί, να μπορούν να δουν τους θεραπευτές ως συμβούλους με κατανόηση, ενσυναίσθηση και γνώση. Επιπλέον, η εκτίμηση είναι δυνατό να επηρεάζεται από το στάδιο στο οποίο βρίσκονται οι θεραπευόμενοι όσον αφορά στη διαδικασία της αλλαγής. Ασθενείς στο στάδιο της πρόθεσης για θεραπεία είναι δυνατό να έχουν εξαιρετικά καλή θεραπευτική σχέση, να ακούν τις προοπτικές για θεραπεία και να συναινούν σε αυτές χωρίς ωστόσο να αναλαμβάνουν ενεργή δράση, γεγονός που στη συγκεκριμένη θεραπεία αποτελεί αιτία πρόωρης διακοπής. Τέλος, κάποιοι ασθενείς μπορεί να διέκοψαν λόγω αντικειμενικών δυσκολιών ενώ παράλληλα θεωρούσαν ότι μπορούν να συνεχίσουν τη θεραπεία μόνοι τους. Όλες οι παραπάνω υποθέσεις μένει να διερευνηθούν σε επόμενη έρευνα.

Η σχέση συμμαχίας και συνεργασιμότητας

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης αφορά στη σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας και της συνεργασιμότητας. Ένας από τους τρόπους που επιλέξαμε να το διερευνήσουμε ήταν να ελέγξουμε αν η θεραπευτική συμμαχία, όπως αξιολογείται από το θεραπευόμενο μετά τη λήξη της συνεδρίας, συσχετίζεται με τη συνεργασιμότητά του στους στόχους που πραγματοποιεί τη βδομάδα που ακολουθεί. Στόχος μας ήταν να εξετάσουμε αν μια καλή συμμαχία έκανε τους ανθρώπους περισσότερο συνεργάσιμους. Τα αποτελέσματά μας δεν έδειξαν καμία τέτοια συσχέτιση. Επιπλέον, σε μια προσπάθεια να διερευνήσουμε την πιθανότητα γενικά η συμμαχία να επηρεάζει σε κάποιο βαθμό τη συνεργασιμότητα εξετάσαμε αν η εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας όπως προκύπτει συνολικά από τις τρεις πρώτες συνεδρίες συσχετίζεται με τη συνολική συνεργασιμότητα των θεραπευόμενων,

όπως αυτή προκύπτει από την εκτίμησή της από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι το τέλος της θεραπείας τους. Ωστόσο, ούτε και σε αυτό το ερώτημα βρήκαμε κάποια συσχέτιση.

Φαίνεται λοιπόν, να μην υπάρχει σχέση μεταξύ της εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας που κάνουν οι ασθενείς και του βαθμού στον οποίο συνεργάζονται σε στόχους μεταξύ των συνεδριών. Το εύρημα αυτό προκαλεί έναν προβληματισμό καθώς η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας, όπως αυτή αξιολογείται από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, εμπεριέχει συμφωνία του θεραπευόμενου και του θεραπευτή του όσο αφορά στους στόχους μέσω των οποίων ο θεραπευόμενος θα αντιμετωπίσει τα προβλήματά του. Θα περίμενε κανείς μια συμφωνία στους στόχους να αποτελεί ένδειξη της πραγματοποίησής τους, κάτι που ωστόσο δεν φαίνεται να ισχύει.

Ευρήματα παλαιότερων ερευνών έχουν δείξει ότι συχνά οι ασθενείς φαίνεται να γνωρίζουν ποιος είναι ο καταλληλότερος τρόπος να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους αλλά να μη θέλουν ή να φοβούνται να εμπλακούν, και να μην προχωρούν στην υιοθέτησή του παρά μόνο μετά την επιβεβαίωση και την προτροπή από κάποιο θεραπευτή. Ασθενείς που είχαν προμηθευτεί βιβλία αυτοβοήθειας, και γνώριζαν πολύ καλά πώς να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους, δεν ακολούθησαν τις οδηγίες του βιβλίου παρά μόνο όταν αυτό τους ζητήθηκε από το θεραπευτή (Ghosh & Marks, 1987; Ghosh et al., 1988). Στην κλινική πράξη, ιδιαίτερα στη θεραπεία φοβιών, οι ασθενείς συναινούν ότι ο λογικότερος τρόπος να απαλλαγούν από τις φοβίες τους είναι να τις αντιμετωπίσουν, ωστόσο δεν θέλουν ή αισθάνονται ότι δεν είναι έτοιμοι να το κάνουν. Σύμφωνα με το μοντέλο των Prochaska και DiClemente, (1984) για τα στάδια της αλλαγής, οι θεραπευτές είναι δυνατό να επεξεργάζονται λύσεις και τεχνικές αλλά να μην βρίσκονται στο στάδιο της δράσης και κατά συνέπεια να μην συνεργάζονται στην εφαρμογή τους.

Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχει καμία αναφορά στη σχέση μεταξύ συνεργασιμότητας και συμμαχίας σε Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία Διαταραχών Άγχους.

Κλινική αποτελεσματικότητα

Στις αναλύσεις που αφορούν στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας περιλαμβάνονται τρεις ομάδες, η ομάδα που ολοκλήρωσε με επιτυχία τη θεραπεία της, εκείνη που διέκοψε πρόωρα και εκείνη που αρνήθηκε να εμπλακεί σε θεραπεία. Η διαφοροποίηση της ομάδας μη ολοκληρωμένης θεραπείας σε δυο υπο-ομάδες, όσων διέκοψαν πρόωρα και όσων αρνήθηκαν γίνεται για τους εξής λόγους. Υποστηρίζεται ότι οι θεραπευόμενοι διακόπτουν τη θεραπεία τους είτε γιατί αισθάνονται ότι έχουν εισπράξει ό,τι προσδοκούσαν και κρίνουν ότι μπορούν να ολοκληρώσουν τη θεραπευτική τους προσπάθεια μόνοι, είτε γιατί είναι απογοητευμένοι από την πορεία της θεραπείας τους (Foa & et al., 1983). Ωστόσο, και στις δύο περιπτώσεις, έχουν μορφοποιηθεί μια λειτουργική ανάλυση του προβλήματος της υγείας τους, έχουν πληροφορηθεί για τον τρόπο αντιμετώπισής του και έχουν εμπλακεί σε μια τέτοια προσπάθεια. Αντίθετα, η ομάδα άρνησης της θεραπείας δεν έχει προσεγγίσει

λειτουργικά το πρόβλημά της, καθώς η διακοπή της συνεργασίας επέρχεται πριν ακόμα και από την εξήγηση της φύσης της ασθένειάς τους.

Συνεπώς, συγκρίνοντας τις ομάδες που (α) ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και (β) διέκοψαν τη θεραπεία χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του θεραπευτή τους, όπως άλλωστε προτείνεται και από άλλους (Garfield, 1986; Hunt & Andrews, 1992; Phillips, 1988), η εφαρμογή της ψυχοθεραπείας συμπεριφοράς ήταν αποτελεσματική για τους περισσότερους. Συγκεκριμένα, όσοι ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους επιτυχώς (55,9%, N=19) παρουσίασαν σημαντική βελτίωση σε όλες τις διαστάσεις που εξετάζονταν από τα ψυχομετρικά εργαλεία, η οποία διατηρήθηκε και στην επανεξέταση των έξι μηνών, σε αντίθεση με όσους διέκοψαν ή αρνήθηκαν τη θεραπεία, (32,4%, N=11 και 11,8%, N=4 αντίστοιχα), οι οποίοι παρουσίασαν παρόμοια εικόνα ψυχοπαθολογίας έξι μήνες μετά τη διακοπή ή άρνηση της θεραπείας τους. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι η ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς είναι αποτελεσματική στην ύφεση της συμπτωματολογίας και οι πάσχοντες διατηρούν τα οφέλη της θεραπείας μετά τον τερματισμό της παρέμβασης. Τα δεδομένα συμφωνούν με ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία (Barlow, 2002; Fava et al., 1995, 2001a,b; National Institute for Clinical Excellence, 2004) καθώς και με προηγούμενες έρευνες αποτελεσματικότητας, με μεγαλύτερο δείγμα, που πραγματοποιήθηκαν στη ΜΘΣ και υποστήριζαν τη διατήρηση του θεραπευτικού όφελους μέχρι και ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Kasvikis, 2005; Σωτηροπούλου, 2005).

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που διακόπτουν τη θεραπεία τους πριν αυτή ολοκληρωθεί έχουν διερευνηθεί με αντιφατικά αποτελέσματα. Στην παρούσα μελέτη, οι δυο ομάδες ολοκλήρωσης και μη της θεραπείας, διαφέρουν σημαντικά στη βαρύτητα του φόβου, με όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία να έχουν βαρύτερη ψυχοπαθολογία. Ωστόσο, αναδρομική εξέταση των 15 χρόνων λειτουργίας της ΜΘΣ, που αφορούσε 416 ασθενείς με διαταραχές άγχους και συνέκρινε την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας και της πρόωρης διακοπής, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι βαρύτερα ασθενείς και οι χρήστες περισσότερων φαρμάκων είχαν την τάση να ανήκουν στη δεύτερη ομάδα (Kasvikis, 2005). Αντίθετα, σε άλλη έρευνα που αφορούσε σε διαταραχές άγχους, δε βρέθηκαν διαφορές στην ηλικία, το φύλο, τη διάγνωση, τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, την προσωπικότητα ή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Hunt & Andrews, 1992). Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι μένει να καταδειχθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόωρη αποχώρηση από τη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση.

Ένα άλλο στοιχείο που αξίζει να σημειωθεί είναι η σημαντική βελτίωση του συναισθήματος, που σημειώθηκε χωρίς συστηματική παρέμβαση, όπως χορήγηση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων ή δομημένη γνωσιακή παρέμβαση. Το εύρημα αυτό, που έχει παρατηρηθεί και σε άλλες μελέτες αποτελεσματικότητας του συγκεκριμένου πληθυσμού (Kasvikis, 2005; Σωτηροπούλου, 2005), έρχεται σε αντίθεση με την κριτική ότι η ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς εστιάζεται στην αντιμετώπιση του συμπτώματος και όχι στη ριζική

αποθεραπεία του πάσχοντος, καθώς στηρίζεται κυρίως στην τεχνική της έκθεσης που αφορά στην αντιμετώπιση των αποφυγών. Το ότι η έκθεση οδηγεί σε μείωση των αποφυγών είναι γνωστό και τεκμηριωμένο εδώ και καιρό, ωστόσο φαίνεται να αποτελεί το όχημα μιας «παθολυτικής» επίδρασης. Η βελτίωση αφορά σε σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του πάσχοντος, όπως η επαγγελματική και κοινωνική του προσαρμογή αλλά και μεταβολές σε γνωσιακές κατασκευές όπως οι αποδόσεις ελέγχου της υγείας, χωρίς επιπλέον παρεμβάσεις. Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό για την επιλογή της κατάλληλης ψυχοθεραπευτικής τεχνικής στις περιπτώσεις που απαιτείται γρήγορη και εκτεταμένη εφαρμογή παρέμβασης όπως σε καταστάσεις κρίσεως (π.χ. στην περίπτωση της Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους ως συνέπεια φυσικών καταστροφών) ή την αντιμετώπιση διαταραχών με μεγάλη επίπτωση στο γενικό πληθυσμό (π.χ. όπως στην περίπτωση της Διαταραχής Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία).

Μία πρώτη ανάγνωση των αποτελεσμάτων της ομάδας διακοπής και άρνησης θεραπείας είναι ότι παρατηρείται μια σχετική βελτίωση στη συμπτωματολογία, όπως αυτή αξιολογήθηκε με το δείκτη ενόχλησης της κλίμακας SCL-90-R, στην εξάμηνη αξιολόγηση, χωρίς ωστόσο να χάνεται η διάγνωση παρά μόνο για ένα περιστατικό από τα 15, το οποίο ανήκε στην ομάδα όσων διέκοψαν την θεραπεία. Θυμίζουμε ότι στην ομάδα αυτή, ανήκουν και οι ασθενείς που διέκοψαν τη θεραπεία τους αφού ενεπλάκησαν σε αυτή. Είναι λοιπόν πιθανό κάποιοι να ακολούθησαν τις οδηγίες που τους δόθηκαν από το θεραπευτή για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, χωρίς την ενεργητική εποπτεία του τελευταίου. Κάτι τέτοιο συνέβη σε προηγούμενη έρευνα (Σωτηροπούλου, 2005) όπου στις επαναξιολογήσεις που έγιναν ένα χρόνο μετά τη διακοπή της θεραπείας, οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν πληρούσαν πλέον τα κριτήρια της διαταραχής, για την οποία ζήτησαν θεραπεία. Στην παρούσα μελέτη, όταν αφαιρέθηκαν από την ομάδα διακοπής και άρνησης θεραπείας, οι ασθενείς που είχαν προχωρήσει μόνοι τους σε θεραπεία, η στατιστικά σημαντική βελτίωση εξαφανίστηκε.

Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι για την ομάδα της άρνησης και της διακοπής της θεραπείας, η κλινική πορεία της διαταραχής παραμένει σταθερή, χωρίς σημαντικές υφέσεις στην ψυχοπαθολογία έξι μήνες μετά τη διακοπή της συνεργασίας τους. Φαίνεται δηλαδή, ότι χωρίς την κατάλληλη θεραπεία, οι διαταραχές άγχους παραμένουν ενεργές παρεμποδίζοντας την ομαλή κοινωνική, επαγγελματική και προσωπική ζωή των ασθενών. Γνωρίζοντας ότι οι ασθενείς με παρόμοια προβλήματα προσέρχονται σε έναν ειδικό ψυχικής υγείας μετά από οχτώ ως δώδεκα χρόνια από την έναρξη των προβλημάτων τους (Μάνος, 1997), γίνεται κατανοητό ότι οι αποφυγές έχουν μεταβάλλει τη λειτουργικότητά τους και έχουν εμπλακεί στην καθημερινότητά τους με αποτέλεσμα να παρεμποδίζουν την αντιμετώπιση των φόβων τους και κατ' επέκταση τη βελτίωσή τους. Για το λόγο αυτό, οι διαταραχές άγχους που ξεπερνούν σε διάρκεια το ένα έτος, μετατρέπονται σε χρόνιες καταστάσεις με εξάρσεις και υφέσεις (Μάνος, 1997) και επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής των πασχόντων (Mendlowicz & Stein, 2000).

Γενικά συμπεράσματα και πορίσματα

Στην τελευταία εκτίμηση των τάσεων της ψυχοθεραπείας για την επόμενη δεκαετία (Norcross, 2002), 62 αναγνωρισμένοι ειδικοί του χώρου που κλήθηκαν να εκθέσουν τις απόψεις τους, δήλωσαν ότι αναμένουν μια αύξηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων που αφορούν σε εργασία μεταξύ των συνεδριών, όπως ανάθεση εργασίας για το σπίτι, εργασία με υπολογιστή και τεχνικές αυτοβοήθειας και αυτοελέγχου, καθώς συνεισφέρουν στην παροχή σύντομων θεραπειών. Όσον αφορά στις θεωρητικές κατευθύνσεις εκτιμούν ότι θα επικρατήσουν εκείνες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που αποδεδειγμένα είναι αποτελεσματικές. Παραφράζοντας το «όλοι κερδίζουν και άρα όλοι δικαιούνται βραβεία», υποστηρίζουν ότι θα κερδίσουν τα περισσότερα βραβεία εκείνες οι θεωρίες που θα έχουν κερδίσει την υποστήριξη των περισσότερων ερευνητών.

Οι ψυχικές διαταραχές έχουν αποδεδειγμένα υψηλή επίπτωση στη ζωή των ανθρώπων. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται παγκοσμίως μια αύξηση της επιβάρυνσης, που αναμένεται να φτάσει στο 15% της συνολικής επιβάρυνσης ασθενειών το 2020 και να είναι υπεύθυνη για το 31% όλων των χρόνων ζωής που χάνονται από δυσλειτουργία.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι διαταραχές άγχους αποτελούν μια ευρεία κατηγορία ψυχολογικών προβλημάτων, που πλήττουν μεγάλο μέρος του γενικού πληθυσμού, 25% για τη διά βίου εμφάνιση κάποιας από τις διαταραχές και 17% για ετήσια επίπτωση, σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα με ικανοποιητική μεθοδολογία όπου χρησιμοποιήθηκε τυχαίο δείγμα (Kessler et al., 1994). Τα ποσοστά αυτά είναι σημαντικά υψηλότερα από ότι πιστευόταν στο παρελθόν. Επιπλέον, το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των διαταραχών άγχους είναι συγκρίσιμο με τα αντίστοιχα άλλων δυσλειτουργικών ασθενειών όπως η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη (Greenberg et al., 1999; Rice & Miller, 1998). Στην Ελλάδα, τα ποσοστά επίπτωσης των διαταραχών άγχους είναι παρόμοια με εκείνα των διεθνών μελετών (Mavreas et al., 1986, 1995).

Τα κλινικά αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν ότι η ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς είναι αποτελεσματική για την πλειονότητα των πασχόντων με διαταραχή άγχους, επιβεβαιώνοντας με τον τρόπο αυτό και σε ελληνικό πληθυσμό τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας (Barlow, 2002) αλλά και τις υποδείξεις του Εθνικού Ινστιτούτου για την Κλινική Υπεροχή (National Institute for Clinical Excellence, 2004) που υποδεικνύει ότι η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να αποτελεί την επιλογή πρώτης γραμμής για τη θεραπεία των διαταραχών άγχους. Παράλληλα, επιβεβαίωσε το δεδομένο που θέλει τη συνεργασία του θεραπευόμενου σε στόχους μεταξύ των συνεδριών να συμβάλλει στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, επιβεβαιώνοντας έτσι τις προτάσεις άλλων ερευνητών (Huppert, 2006, Marks et al., 1975), να επιδιώκεται η συνεργασία των θεραπευόμενων στη θεραπεία και όχι η απλή παραμονή τους σε αυτήν, και μάλιστα σε περιπτώσεις φτώχεις συνεργασιμότητας να διακόπτεται η θεραπεία, στα πλαίσια του ωφελείν ή μη βλάπτειν,

και να προτρέπει ο θεραπευόμενος να επανέλθει όταν θα μπορεί να συμμετέχει σε αυτή πραγματοποιώντας θεραπευτικούς στόχους.

Για να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα και να αυξηθεί η διαθεσιμότητα της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας, έχουν αναπτυχθεί παρεμβάσεις που αφορούν σε περιορισμένη επαφή με θεραπευτή, οι οποίες αποδεικνύονται εξ ίσου αποδοτικές για το μεγαλύτερο μέρος των διαταραχών άγχους (Newman et al., 2003). Μόνο μια συνεδρία με οδηγίες έκθεσης συνδέεται σημαντικά με βελτίωση στην αποφυγή, στη συχνότητα των πανικών και στο καταθλιπτικό συναίσθημα, σε διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, σε αντίθεση με οδηγίες καθησυχασμού που αυξάνουν την αγοραφοβική αποφυγή και κατ' επέκταση διαιωνίζουν ή ακόμα και επιδεινώνουν το πρόβλημα (Swinson, Soulios, Cox & Kuch, 1992). Οι υπερ-βραχείες θεραπείες και οι θεραπείες που δε στηρίζονται σε θεραπευτή, δέχονται συχνά την κριτική ότι αγνοούν τη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου, που αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής διαδικασίας. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δημιουργούν ένα προβληματισμό σχετικά με το συγκεκριμένο επιχείρημα, καθώς δεν παρέχουν κανένα στοιχείο που να υποστηρίζει την ανάγκη να δοθεί έμφαση στη θεραπευτική σχέση. Σε αυτό συνηγορούν και τα δεδομένα που προέρχονται από μελέτες που αφορούν σε χρήση τεχνικών αυτοβοήθειας και θεραπείες μέσω βιβλίου, τηλεφώνου, και πιο πρόσφατα μέσω προγραμμάτων ηλεκτρονικών υπολογιστών ή του διαδικτύου, όπου ο ρόλος του θεραπευτή είναι πολύ περιορισμένος. Στα θεραπευτικά προγράμματα μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, οι πάσχοντες εξέφρασαν τον ίδιο βαθμό ικανοποίησης, σε σύγκριση με την ψυχοθεραπεία με θεραπευτή, και παρουσίασαν παρόμοια βελτίωση σε προβλήματα φοβιών και πανικού. Παρόμοια εικόνα παρουσιάζουν και οι θεραπείες μέσω ταχυδρομημένων οδηγιών (Burgess et al., 1998) ή βιβλίων, με πρόσβαση σε ζωντανή γραμμή βοήθειας.

Η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών ελέγχθηκε και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για την αντιμετώπιση καταστάσεων άγχους, κατάθλιψης και μεικτών προβλημάτων (Proudfoot et al., 2004). Βρέθηκε ότι η εφαρμογή τους είναι περισσότερο αποτελεσματική από τη συνήθη θεραπευτική αντιμετώπιση από τους γενικούς ιατρούς, δηλαδή συμβουλευτική και χρήση φαρμάκων, και η ικανοποίηση από τη θεραπεία με ηλεκτρονικούς υπολογιστές ήταν σημαντικά μεγαλύτερη συγκρινόμενη με τη συνθήκη των φαρμάκων ή τη συνηθισμένη αντιμετώπιση από το γενικό ιατρό.

Αν και υπάρχει μεγάλος αριθμός ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (450 καταγεγραμμένες – Richardson, 1997), λίγες είναι αυτές που έχουν ερευνητικά αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους στην αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους. Συγκεκριμένα, μελέτες μετά-ανάλυσης (Roth & Fonagy, 1996) έδειξαν ότι η ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς, και ο εμπλουτισμός της με γνωσιακές τεχνικές ή τεχνικές διαχείρισης άγχους, αποτελούν παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν με ασφάλεια στη θεραπεία. Σύμφωνα με τα δεδομένα από τον Ελληνικό χώρο, ασθενείς με διαταραχές άγχους θα μπορούσαν να βοηθηθούν αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς που βασίζεται κυρίως στην τεχνική της

έκθεσης και επιδιώκει τη συνεργασιμότητα των θεραπευόμενων σε στόχους έκθεσης μεταξύ των συνεδριών. Η εφαρμογή θεραπευτικών προσεγγίσεων, μη αξιολογημένων ή αναποτελεσματικών είναι δύσκολο να δικαιολογηθεί και δεδομένου ότι η χρήση υπολογιστών διευκολύνει τις αναλύσεις που χρειάζονται για να γίνουν εκτιμήσεις αποτελέσματος και κόστους των ψυχοθεραπειών, κάθε παρέμβαση χρειάζεται να αξιολογείται συστηματικά.

Μια διαπίστωση που γεννά πολλά ερωτηματικά καταγράφηκε από τον Barlow (1994) και αναφέρει ότι η επικρατούσα αντίληψη είναι, ότι στους περισσότερους χώρους ψυχικής υγείας όποιος είναι ικανός να διαμορφώσει μια καλή σχέση με τον ασθενή, μπορεί να κάνει ψυχοθεραπεία. Τα δεδομένα δείχνουν πως τα πράγματα δεν είναι έτσι. Η επιλογή της κατάλληλης ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, ανάλογα με το πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει ο ειδικός ψυχικής υγείας, αλλά και των συστατικών εκείνων της θεραπείας που κρίνονται ως αποτελεσματικά, θα ήταν χρήσιμο να στηρίζεται σε ερευνητικά δεδομένα. Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι η θεραπεία συμπεριφοράς που στηρίζεται κυρίως στη τεχνική της έκθεσης είναι αποτελεσματική για τη θεραπεία διαταραχών άγχους, είναι σύντομη και τα αποτελέσματά της διατηρούνται σε εξάμηνη επαναξιολόγηση. Το συστατικό που συσχετίζεται με την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι η συνεργασιμότητα του θεραπευόμενου σε έργο μεταξύ των συνεδριών ενώ η θεραπευτική συμμαχία όπως αξιολογείται νωρίς στη θεραπεία δε φαίνεται να επηρεάζει τη συνεργασιμότητα και έχει μια αρνητική συσχέτιση με την ολοκλήρωση της θεραπείας που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

Περιορισμοί και μελλοντικές έρευνες

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μια έρευνα πεδίου και κατά συνέπεια χαρακτηρίζεται από τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που διέπουν μια τέτοια έρευνα. Παρέχει δεδομένα που αφορούν στις πραγματικές συνθήκες εφαρμογής της θεραπείας και τα συμπεράσματά της αφορούν στη συνηθισμένη κλινική πρακτική. Οι ασθενείς που συμμετέχουν έχουν επιλεγεί με αυστηρά κριτήρια, ωστόσο δεν αποτελούν ακριβώς τυχαίο δείγμα, διαφέρουν σε βαρύτητα και συν-νοσηρότητα και δεν είναι κατ' ανάγκη εξίσου πρόθυμοι. Οι θεραπευτές στην κλινική πράξη καλούνται να προσφέρουν θεραπεία για διάφορες διαταραχές και δεν περιορίζονται σε μια συγκεκριμένη, ενώ είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιούν θεραπευτικά πρωτόκολλα ή εγχειρίδια και συνήθως δεν λαμβάνουν εντατική θεραπεία, καταγραφή και εποπτεία όπως στα ερευνητικά πρωτόκολλα. Ένα σημαντικό μειονέκτημα των ερευνών πεδίου είναι η αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων τους λόγω απουσίας διπλής τυφλής αξιολόγησης. Επιπλέον, η αδυναμία χειρισμού των μεταβλητών δεν επιτρέπει την διερεύνηση αιτιωδών σχέσεων. (Westbrook, 2005).

Συγκεκριμένα, ο σχεδιασμός και η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας παρουσιάζουν περιορισμούς. Η αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας μόνο μέχρι την τρίτη συνεδρία, αν και απαντά στα συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα, δεν επιτρέπει να ελέγξουμε αν η βελτίωση της συμπτωματολογίας επηρεάζει την αξιολόγησή της, όπως έχουν υποστη-

ρίξει κάποιοι ερευνητές, καθώς και αν επιδρά στη συνεργασιμότητα σε κάποιο μεταγενέστερο στάδιο της θεραπείας.

Η αξιολόγηση της συνεργασιμότητας γίνεται μόνο από το θεραπευτή. Μια επιπλέον αξιολόγηση από έναν εξωτερικό παρατηρητή ή το θεραπευόμενο θα εμπλούτιζε τα συμπεράσματά μας και θα μας επέτρεπε να αξιολογήσουμε πως εκτιμούν οι ίδιοι οι θεραπευόμενοι το έργο που πραγματοποιούν και πόσο ικανοποιημένοι είναι από την απόδοσή τους. Ιδιαίτερα για την ομάδα όσων εγκαταλείπουν πρόωρα τη θεραπεία, θα είχε μεγάλο ενδιαφέρον να διερευνηθεί πως οι ίδιοι εκτιμούν το έργο που πραγματοποίησαν και τη συνεργασιμότητά τους γενικότερα.

Ακόμα, αν και το μέγεθος του δείγματος είναι επαρκές για έρευνες ψυχοθεραπείας, ένα μεγαλύτερο δείγμα θα επέτρεπε τη χρήση πιο εξειδικευμένων στατιστικών αναλύσεων για μεγαλύτερα δείγματα που θα οδηγούσαν στην εξαγωγή περισσότερο ασφαλών συμπερασμάτων. Επιπλέον, μεγαλύτερη διάρκεια θεραπείας θα μας παρείχε τη δυνατότητα επαναλαμβανόμενων μετρήσεων σε διαφορετικά σημεία της θεραπευτικής διαδικασίας που πιθανά να διαφώτιζαν καλύτερα τον τρόπο που οι διάφορες μεταβλητές επιδρούν στη θεραπευτική διαδικασία και στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τέλος, η παρούσα μελέτη περιορίζεται σε ποσοτική ανάλυση των δεδομένων της. Μια ποιοτική ανάλυση θα επέτρεπε περαιτέρω διερεύνηση και αποτίμηση της συνεισφοράς των διαφορετικών μεταβλητών στη θεραπευτική διαδικασία.

Η επαλήθευση των αποτελεσμάτων στη βάση νέων μελετών κρίνεται ως επιτακτική ανάγκη ιδιαίτερα καθώς τα ευρήματα που αφορούν στη θεραπευτική συμμαχία διαφοροποιούνται ριζικά από εκείνα που αφορούν διαφορετικού τύπου θεραπείες και διαταραχές.

Κλείνοντας, οφείλουμε να υπενθυμίσουμε ότι η έρευνα μας βοηθά να θέτουμε περισσότερο εξειδικευμένες ερωτήσεις, παρά να δίνουμε καθοριστικές απαντήσεις. Επομένως, σκοπός είναι να τίθενται κάθε φορά ερωτήσεις που να μπορούν σε ένα επόμενο στάδιο να απαντηθούν με έναν τρόπο μεθοδολογικά αρτιότερο και πειστικότερο στην εξαγωγή συμπερασμάτων. Αυτός είναι ο περιορισμός, αλλά ταυτόχρονα και η πρόκληση για τη διενέργεια οποιασδήποτε ερευνητικής προσπάθειας.

Για τους παραπάνω λόγους κρίνουμε απαραίτητη την ανάγκη επέκτασης της συγκεκριμένης έρευνας. Θα ήταν ενδιαφέρον να ελέγξουμε το ρόλο της θεραπευτικής συμμαχίας σε Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία Κατάθλιψης ή Διαταραχών Προσωπικότητας όπου εκτιμάται ότι η σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου είναι ζωτικής σημασίας.

Είναι γνωστό ότι η κλινική εργασία απορροφά το μεγαλύτερο μέρος της επένδυσης χρόνου και πόρων στις διάφορες δομές στον Ελλαδικό χώρο, ενώ η έρευνα διενεργείται κυρίως ως πάρεργο. Ωστόσο, είναι αδιανόητο να διενεργούνται κλινικές παρεμβάσεις που δεν υποστηρίζονται από τα ανάλογα ερευνητικά δεδομένα, απλά δανειζόμενες στοιχεία από έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό ή αφορούν διαφορετικούς πληθυσμούς. Επίσης, να θεωρούνται χρήσιμα και απαραίτητα στοιχεία της θεραπείας που η κοινή λογική ή

άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις υποστηρίζουν την αναγκαιότητά τους. Είναι απαραίτητο να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στην ανάπτυξη του ερευνητικού τομέα που υπολειμатурγει κυρίως λόγω έλλειψης χρηματοδότησης και εξειδικευμένου προσωπικού. Η εκπαιδευτική διαδικασία δεν παρέχει την απαραίτητη γνώση αλλά και τις αναγκαίες υποδομές για την εκπαίδευση και εξοικείωση των φοιτητών με την ερευνητική διαδικασία. Η μεθοδολογία της έρευνας διδάσκεται κυρίως θεωρητικά, ενώ η επαφή των ειδικών ψυχικής υγείας με την ερευνητική διαδικασία γίνεται επιφανειακά, στα πλαίσια της εκπαίδευσής τους, και απέχει πολύ από την απαραίτητη γνώση για την εκπλήρωση του έργου τους. Συγκεκριμένα, η αξιολόγηση νέων θεωρητικών κατευθύνσεων στη διεθνή βιβλιογραφία και η κριτική αντιμετώπιση ερευνητικών αποτελεσμάτων καθίσταται δυσχερής. Ωστόσο, η έρευνα μπορεί να είναι μια θελκτική διαδικασία, ειδικά όταν συνοδεύεται από δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων, αλλά απαιτεί από τους συμμετέχοντες ατέλειωτες ώρες δουλειάς που σπάνια αμείβεται επαρκώς στην Ελλάδα με αποτέλεσμα να συμμετέχουν σε αυτήν μόνο λίγοι ειδικοί ψυχικής υγείας (Κυριόπουλος, 2002; Ποταμιάνος, 2000).

Πρωταρχικής σημασίας κρίνεται η στάθμιση στην ελληνική γλώσσα ειδικών ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιούνται ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία, και που θα επιτρέψουν την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων. Ερωτηματολόγια που έχουν κατασκευαστεί για να καλύψουν τις ερευνητικές ή διαγνωστικές ανάγκες άλλων χωρών, δεν αντιστοιχούν απαραίτητα στην ελληνική πραγματικότητα. Η γλώσσα κάθε λαού αποτελεί ένα ζωντανό τμήμα της ύπαρξής του που εξελίσσεται συνεχώς και αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τη συναισθηματική του κατάσταση. Είναι φανερό, ότι ερωτηματολόγια που αντανακλούν το άγχος, το φόβο και αξιολογήσεις για το θεραπευτή σε μια περίοδο δύσκολη για τον άνθρωπο, όταν δηλαδή αγχωμένος και ταλαιπωρημένος και μετά από συνήθως μακρόχρονη αναζήτηση της κατάλληλης θεραπείας προστρέχει στον ειδικό ψυχικής υγείας, είναι απαραίτητο να είναι αρκετά ευαίσθητα ώστε να αξιολογήσουν με ακρίβεια τη συναισθηματική του κατάσταση στις όποιες ιδιαίτερες αποχρώσεις της. Μόνο σε αυτή την περίπτωση θα είναι δυνατό να έχουμε ερευνητικά αποτελέσματα που θα αποτιμούν πλήρως την επίδραση των μελετώμενων μεταβλητών στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Κατ' επέκταση θα μπορούν να γενικευθούν με ασφάλεια και να αποτελέσουν μια ασφαλή βάση για περαιτέρω παρεμβάσεις.

Παράλληλα, η πραγματοποίηση ερευνών αποτελεσματικότητας αλλά και διαδικασίας θα επιτρέψει τον εντοπισμό των ενεργών συστατικών της θεραπείας και θα οδηγήσει σε αποδοτικότερες μορφές της. Τέλος, η διερεύνηση των αποτυχημένων θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι δυνατό να δώσει απαντήσεις ή να προσφέρει κατευθύνσεις για περαιτέρω έρευνα που θα εντοπίσει και θα περιορίσει τις μεταβλητές που συντελούν σε αποτυχία.

Συγκεκριμένα, η παρούσα μελέτη καταδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα στα πλαίσια της συμπεριφορικής θεραπείας σχετικά με τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν τη συνεργασιμότητα των ασθενών σε έργο μεταξύ των συνεδριών. Παράγοντες

όπως το στάδιο της αλλαγής στο οποίο βρίσκονται οι θεραπευόμενοι όταν προσέρχονται σε θεραπεία ή η προσδοκία της αλλαγής χρειάζεται να διερευνηθούν ώστε να αυξηθεί ο αριθμός των ανθρώπων που ολοκληρώνουν την θεραπεία τους.

Επιπλέον, η θεραπευτική συμμαχία και η συνεισφορά της στα πλαίσια της συμπεριφορικής θεραπείας διαταραχών άγχους παραμένει αδιευκρίνιστη.

Παρά το γεγονός ότι γνωρίζουμε ότι η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία αποτελεί την κατάλληλη θεραπεία για τις διαταραχές άγχους, είναι απαραίτητο να διερευνηθεί πώς θα επιτύχουμε την ενεργητική συμμετοχή των ανθρώπων στη θεραπεία, με την πραγματοποίηση έργου μεταξύ των συνεδριών. Καθώς φαίνεται ότι η συνεργασιμότητά τους επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και την διατήρησή του μετά τη λήξη της θεραπείας.

Συνεισφορά στη γνώση

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να απαντήσει σε μια σειρά ερευνητικά ερωτήματα που έχουν πολύ πρόσφατα αναδυθεί στο χώρο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας και ειδικότερα στη Θεραπεία Αγχωδών Διαταραχών. Εκείνα της σχέσης της συνεργασιμότητας με τη θεραπευτική συμμαχία και το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Σε ένα πλαίσιο, όπως ο ελληνικός πληθυσμός, που ακόμα και οι επιδημιολογικές έρευνες απαριθμούνται στα δάκτυλα του ενός χεριού, και το θέμα της κλινικής αποτελεσματικότητας της εν λόγω ψυχοθεραπείας αποτελεί ένα ερώτημα που ακόμα διερευνάται, η εξέταση του ρόλου μιας μεταβλητής όπως η θεραπευτική συμμαχία θεωρούμε ότι παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον.

Πρόθεσή μας ήταν να εξετάσουμε κάτι που λογικά φαινόταν αυτονόητο και πιθανά γι' αυτό τόσο ερευνητικά παραμελημένο, τη συνεισφορά της θεραπευτικής συμμαχίας στην εμπλοκή τους θεραπευόμενου στη θεραπεία αλλά και τη συμβολή της στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η παρούσα έρευνα συνεισφέρει στη γνώση σε διάφορα επίπεδα.

Θεωρητικά, κατέδειξε ότι στα πλαίσια της Θεραπείας Συμπεριφοράς Διαταραχών Άγχους, η θεραπευτική συμμαχία, αν και αξιολογείται ως εξαιρετικά καλή, δε φαίνεται να αποτελεί την κινητήριο δύναμη της αλλαγής.

Σε ερευνητικό επίπεδο, η παρούσα μελέτη επιχείρησε να εξετάσει κάποιες μεταβλητές σε μια προσπάθεια να καταδείξει την πιθανή συνεισφορά τους, ως συστατικά της θεραπευτικής διαδικασίας, στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Με άλλα λόγια, επιχείρησε να αποτελέσει μια έρευνα διαδικασίας. Στα πλαίσια της θεραπείας συμπεριφοράς, η συνήθης ερευνητική τακτική αφορά έρευνες αποτελεσματικότητας όπου οι θεραπευτικές τεχνικές είναι το όχημα της θεραπευτικής αλλαγής. Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να προχωρήσει ένα βήμα περαιτέρω, και να ελέγξει τι συμβαίνει από τη στιγμή που η θεραπευτική διαδικασία

εξηγείται στο θεραπευόμενο μέχρι τη στιγμή που εκείνος αναλαμβάνει το έργο μόνος του μακριά από την ασφάλεια του θεραπευτή του. Αναπτύχθηκε ένα ερευνητικό πρωτόκολλο και η εκτίμηση δεν περιορίστηκε στην εκ των υστέρων αξιολόγηση της θεραπευτικής διαδικασίας ή στην εκτίμηση των θεραπευόμενων για το έργο, το θεραπευτή ή τους παράγοντες που κατά τη γνώμη τους επηρέασαν το θεραπευτικό αποτέλεσμα, γνωρίζοντας τους περιορισμούς που έχει το παραπάνω μοντέλο.

Στα πλαίσια της παροχής υπηρεσιών, η έρευνα αυτή αφορούσε μια θεραπευτική προσέγγιση που τα τελευταία χρόνια επιχειρεί να προσφέρει όσο το δυνατό συντομότερες και εναλλακτικές μορφές παρέμβασης, περιορίζοντας σημαντικά την παρουσία και το ρόλο του θεραπευτή, και κάποιες φορές υποκαθιστώντας τον από ένα πρόγραμμα ηλεκτρονικού υπολογιστή. Για το λόγο αυτό η συνεισφορά της στην διερεύνηση των κρίσιμων θεραπευτικών συστατικών κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντική.

Τέλος, όσον αφορά στο πλαίσιο της εκπαίδευσης, το θέμα της θεραπευτικής συμμαχίας έχει μόλις αρχίσει να εξετάζεται στη συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, με ελάχιστες έρευνες στο διεθνή χώρο μόλις τα τελευταία δύο με τρία χρόνια. Στον ελληνικό χώρο δεν υπάρχει παρόμοια μελέτη. Άλλοστε, τα δεδομένα από ελληνικό πληθυσμό για την αποτελεσματικότητα θεραπείας συμπεριφοράς είναι αρκετά περιορισμένα, άρα κάθε επιπλέον αξιολόγηση κρίνεται εποικοδομητική για τον μελλοντικό ψυχοθεραπευτικό σχεδιασμό.

Το εγχείρημά μας μάλλον ανέδειξε περισσότερα ερωτήματα από όσα απάντησε και για το λόγο αυτό θεωρούμε ότι συνεισφέρει στη γνώση, αναδεικνύοντας τι θα πρέπει να προσέξουμε στα πλαίσια της κλινικής πράξης, εκπαίδευσης και εποπτείας νέων θεραπευτών αλλά και στο επόμενο ερευνητικό βήμα μας, πώς να θέσουμε τα ερωτήματα με ένα καταλληλότερο τρόπο ώστε να αυξήσουμε τις πιθανότητες να πάρουμε περισσότερες και εγκυρότερες απαντήσεις.

Βιβλιογραφία

- Abranowitz, J. S., Franklin, M. E., Zoellner, L. A., & DiBernardo, C. L. (2002). Treatment compliance and outcome in Obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 26, 447-463.
- Ackerman, S. J. & Hilsemroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38, 171-184.
- Ackerman, S. J. & Hilsemroth, M. J. (2002). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 566, 1-33.
- Αγγελόπουλος, Ν., Μανωλέσος, Γ. & Λιάκος, Α. (1987). Ψυχιατρική κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο (Εμπειρίες από τη λειτουργία του θεσμού στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων). *Εγκέφαλος*, 24, 154-158.
- Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 313-326.
- Alexander, J. F., Barton, C., Schiavo, R. S., & Parsons, B. V. (1976). Systems-behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 656-664.
- Alexander, L. B., & Luborky, L. (1987). The Penn Helping Alliance Scales. Στο L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (σσ. 325-356). New York: Guilford.
- Al-Kubaisy, T., Marks, I. M., Logsdail, S., Marks, M. P., et al. (1992). Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. *Behavior Therapy*, 23(4), 599-621.
- American Psychoanalytic Association, (1990). *Psychoanalytic terms and concepts*. Moore, B. E., & Fine, B. D. (Eds.).
- Andrews, H. B. (2000). The myth of the scientist-practitioner: A reply to R. King (1998) and N. King and Ollendick (1998). *Australian Psychologist*, 35, 60-63.
- Andreoli, A., Frances, A., Gex-Mabry, M., Aapro, N., Gerin, P., & Dazord, A. (1993). Crisis intervention in depressed patients with and without DSM-III-R personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 732-737.
- Bachelor, A. (1988). How clients perceive therapist empathy: A content analysis of “received” empathy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 25, 227-240.

- Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. Στο M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (σσ. 133-178). Washington, DC: APA
- Bachofen, M., Nakagawa, A., Marks, I. M., Park, J., Greist, J. H., Baer, L., Wenzel, K.W., Parkin, J. R., & Dottl, S. L. (1999). Home self-assessment and self-treatment of obsessive-compulsive disorder using a manual and a computer- conducted telephone interview: Replication of a U.K.-U.S. study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 545-549.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcomes beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1032.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M. E., Weiss, R., Frank, A., Onken, L., & Gallop, P. (1999). Therapeutic alliance as predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9, 54-73.
- Barlow, D. J. & Lehmann, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders. Implications for national health care. *Archives of General Psychiatry*, 53 (8), 727-735.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. & Horovitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt.
- Bandura, A. (1977a). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman & Co.
- Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1987). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125-139.
- Barchas, J.D., Berger, P.A., Cianarello, R.D., & Elliot, G. (1977). *Psychopharmacology: From theory to practice*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1993) *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. The Guilford Press
- Barlow, D. H. (1994). Psychological Interventions in the Era of Managed Competition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 109-122.

- Başıoğlu, M., Marks, I. M., Kilic, C., Brewin, C. & Swinson, R. (1994). Alprazolam and Exposure for panic disorder with agoraphobia. Attribution of improvement to medication predicts subsequent relapse. *British Journal of Psychiatry*, 164, 652-659.
- Başıoğlu, M., Salcioglu, E., Livanou, M., Kalender, D. & Acar, G. (2005). A single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder: A randomized waitlist controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 1-11.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. & Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression. The depression Inventory. In P. Pichot (Ed.). *Psychological measurements in psychopharmacology* (vol., 7) Basel: S. Karger.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. New-York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T. & Weishaar, M. E. (1989). Cognitive Therapy. In D. Wedding & R. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies*, (4th ed.). Ithaca, IL: Peacock.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Bedrosian, R. C. & Beck, A. T. (1980). Principles of cognitive therapy. Στο M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions* (σσ.127-152). Plenum Press: New York, London.
- Bein, E., Anderson, T., Strupp, H. H., Henry, W. P. Schaht, T. E. Binger, J. L., & Butler, S. F. (2000). The effects of training in time limited dynamic psychotherapy: Changes in therapeutic outcome. *Psychotherapy Research*, 10, 119-131.
- Bennum, L., & Schindler, L. (1988). Therapist and patient factors in the behavioural treatment of phobic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 145-150.
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. Στο A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (σσ. 217-270). New York: Wiley.
- Beutler, L. E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882-897.
- Beutler, L. E. (2002). The Dodo Bird is Extinct. *Clinical Psychology of Science and Practice* 9, 30-34.

- Beutler, L. E., Crago, M., & Arizmendi, T. G. (1986). Research on therapist variables in psychotherapy. Στο S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (σσ. 257-310). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. Στο M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., σσ.227-306). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., & Harwood, T. M. (2000). *The UC Santa Barbara study of fitting therapy to patients : First results*. Paper presented at the Interanational Society for Psychotherapy Research, Chicago.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1995). *Δημιουργία και διακοπή των συναισθηματικών δεσμών*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Bordin, E. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. (1980). *Of Human bonds than bind or free*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Pacific Grove, CA.
- Bordin, E. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. Στο A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Borkovec, T. D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Bouton, M. E. (1988). Context and ambiguity in the extinction of emotional learning: Implications for exposure therapy. *Behavior Research and Therapy*, 26, 137-149.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). *Measurement of adult romantic attachment. An integrative overview*. In J. A. Simpson & W. S. Rhodes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. New-York: Guilford.
- Bretherton, J. (1997). Η καταγωγή της θεωρίας προσκόλλησης: John Bowlby και Mary Ainsworth. Στο Γ. Κουγιουμουτζάκης (Επιμ. Έκδ.). *Αναπτυξιακή Ψυχολογία: Παρελθόν, παρόν, μέλλον*. (σσ. 443-489). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Brown-Standridge, M.D. (1989). A paradigm for constructing of family therapy tasks. *Family process*, 28, 471-489.

- Brossart, D. F., Wilson, V. L., Patton, M. P., Kvilighan, D. M., & Multon, K. D. (1998). A time series model of the working alliance: A key process in short-term psychoanalytic counseling. *Psychotherapy, 35*, 197-205.
- Brunink, S. A., & Schroeder, H. E. (1979). Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, gestalt, and behavior therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 567-574.
- Bryant, M. J., Simons, A. D., & Thase, M. E. (1999). Therapist skills and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 381-399.
- Burgess, M., Gill, M., & Marks, I. M. (1998). Postal self-exposure treatment of recurrent nightmares: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 172*, 257-262.
- Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook*. New York: William Morrow.
- Burns, D. D., Adams, R. L., & Anastopoulos, A. D. (1985). The role of self-help assignments in the treatment of depression. Στο E. E. Berchham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression: Treatment, assessment, and research* (σσ. 635-668). Homewood, IL: Dorsey Press.
- Burns, D.D. & Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive behavioral Therapy: Does it really make a difference? (σσ. 135-164). Στο P.M. Salkovskis (eds.) *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guildford Press.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavior therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 441-449.
- Burns, D. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework assignments and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 305-311.
- Burns, D. D. & Spangler, D. L. (2000). Does Psychotherapy Homework Lead to Improvements in Depression in Cognitive-Behavioral Therapy or Does Improvement Lead to Increased Homework Compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 46-56.
- Casey, L. M., Oei, T. P. S., & Newcombe, P. A. (2005). Looking beyond the negatives: A time period analysis of positive cognitions, negative cognitions, and working alliance in cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 55-68.
- Castonguay, L. G. (2005). Change in Psychotherapy: A Plea for No More “Nonspecific” and False Dichotomies *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 198-201.
- Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1994). Psychotherapy integration: An idea whose time has come. *Applied and Preventative Psychology, 3*, 159-172.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S. L., Raue, P. J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 497-504.

- Chambless, D. L., & Gillis, M. M. (1993). Cognitive Therapy for Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Craske, M. G. & Barlow, D. H. (1993). Panic Disorder and Agoraphobia. Στο D. H. Barlow (Eds.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, (σσ. 1-47). The Guilford Press
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2000). *Mastery of your Anxiety and Panic*, 3rd Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation/Craywind Publications.
- Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Kurcias, J. S. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3, 25-35.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coon, D. W., & Thompson, L. W. (2003). The relationship between homework compliance and treatment outcomes among older adults outpatients with mild-to-moderate depression. *American Journal of Psychiatry*, 11, 53-61.
- Corey, G. (2001). *Theory and practice in counseling and psychotherapy* (6th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Cox, D. J., Tisdelle, D. A., & Culbert, J. P. (1988). Increasing adherence to behavioral homework assignments. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 519-522.
- Cross, D. G., Sheehan, P. W., & Khan, J. A. (1982). Short- and long-term follow-up of clients receiving insight-oriented therapy and behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 103-112.
- Cummings, A. L., Martin, J., Hallberg, E., & Slemon, A. (1992). Memory for therapeutic events, sessions effectiveness and working alliance in short-term counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 306-321.
- DeAraujo, L. A., Ito L. M., & Marks, I. M. (1996). Early Compliance and Other Factors Predicting Outcome of Exposure for Obsessive-Compulsive Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 169, 747-752.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90 Administration, scoring and procedures manuals for the Revised Version-R*. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine Clinical Psychometrics Research Unit.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C.J. (2005) A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174-183
- DeRubeis, R.J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.

- Detweiler, J. B., & Whisman, M. A. (1999). The role of homework assignments in cognitive therapy for depression. Potential methods for enhancing adherence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 267-282.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Houge, A., & Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy*, 36, 355-368.
- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 456-460.
- Dunlop, K. L. (1932). *Habits, their making and unmaking*. New York: Liveright.
- Dunlop, K. L. (1936). *Elements of psychology*. St. Louis, MO: Mosby.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Journal of Psychotherapy Research*, 10, 421-434.
- Edelman, R. E. & Chambless, D. L. (1993). Compliance during sessions and homework in exposure-based treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 767-773.
- Edelman, R. E. & Chambless, D. L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 573-577.
- Ellis, A. (1985). *Overcoming Resistance: Rationale Emotive Therapy with difficult patients*. New York: Springer.
- Emmelkamp, P. M. G. & van der Hout, A. (1983) Failure in treating agoraphobia. In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behaviour therapy* (σσ. 58-81). New York: John Wiley.
- Emmelkamp, P. M. G. (1986). Behavior therapy with adults. Στο S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (3rd ed). (σσ. 213-256). New York: Wiley.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P. & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 189-193.
- Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Ruini, C., Conti, S. & Belluardo, P. (2001b). Long-term outcome of social phobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31, 899-905.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Ruini, C., Mangelli, L. & Belluardo, P. (2001a). Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31, 891-898.

- Fava, G. A., Zielezny, M., Savron, G. & Grandi, S. (1995). Long-term effects of behavioural treatment for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 166, 87-92.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. IN J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy, research and behavior change* (Vol. 1, pp. 5-37). Washington, DC:APA.
- Feeley, M., DeRudeis, R. J. & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of the adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578-582.
- Feeney, J. A. & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. London: Sage Publications.
- Fennell, M. J. V. & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253-271.
- Fitzpatrick, M. (1997). *The working alliance, therapist interventions, client experiencing, and client good moments: A Psychotherapy process study*. Διδακτορική Διατριβή, McGill University, Montreal, Canada.
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barratt, T., & Hcwang, W. (2000). Role of the working alliance in treatment of delinquent boys in community-based programs. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 94-107.
- Foa, E. B., & Goldstein, A. (1978). Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy*, 9, 821-829.
- Foa, E. B. & Routhbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B. & Doppelt, H. G. (1983). Treatment of Obsessive-Compulsives: when do we fail? Στο *Failures in Behavior Therapy*, Foa E. & Emmelkamp P. (eds), John Wiley & Sons Inc.
- Ford, J.D. (1978). Therapeutic relationship in behavior therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1302-1314.
- Freud, S. (1912/1958). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. Στο J. Strachey (Ed. and Trans.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmud Freud* (Vol. 12, σσ. 122-144). London, England: Hogarth Press.
- Freud, S. (1913/1966). The dynamics of the transference. Στο J. Strachey (Ed. and Trans.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmud Freud* (Vol. 12, σσ. 99-108). London, England: Hogarth Press.
- Freud, S. (1952). Inhibitions, symptoms, and anxiety. Στο R. M. Hutchins (Ed.), *Great books of the Western World* (Alix Strachey, Trans., σσ. 718-734). Chicago: Engyclopedia Britannica. (Original work published 1926)
- Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. Στο S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (3rd ed). (σσ. 213-256). New York: Wiley.

- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy. An eclectic-integrative approach* (2th ed). Wiley, (σελ. 92).
- Garcia, J. A. & Weisz, J. R. (2002). When Youth Mental Health Care Stops. Therapeutic Relationship Problems and Other Reasons for Ending Youth Outpatient Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 439-443.
- Gaston, L., Gallagher, D., Gournoyer, L., & Gaston, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190-209.
- Gaston, L., Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., Horvath, A. O., Raue, P. J., & Watson, J. (1995). The therapeutic alliance in psychodynamic, cognitive-behavioral, and experiential therapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 1-26.
- Gaston, L., Marmar, C.R., Gallagher, D., & Thompson, L.W. (1990, June). *Alliance prediction of outcome: Beyond initial symptomology and symptomatic change*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Philadelphia, PA.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W., & Gallagher, D. (1991). Alliance prediction of outcome: Beyond in treatment symptomatic change as psychotherapy progresses. *Psychotherapy Research*, 1, 104-112.
- Gaston, L., & Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the Inventory of Therapeutic Strategies. *Journal of Psychotherapy Research and Practice*, 1, 1-13.
- Gelder, M. G., Bancroft, H. J., Gath, D. H., Johnston, D. W., Mathews, A. M. & Shaw, P. M. (1973). Specific and non-specific factors in behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 123, 445-462.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Consulting Psychology*, 41, 296-306.
- Ghosh, A. & Marks, I. M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behaviour Therapy*, 18, 3-15.
- Ghosh, A., Marks, I. M. & Carr, A.,C.(1988). Therapist Contact and Outcome of Self-exposure Treatment for Phobias. A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 152, 234-238.
- Giacamantonio, G., King, R., Schweitzer, R., & Raue, P. (2003). *Whose perspective on alliance really matters? The impact of supervision on client rated, therapist rated and independently rated alliance in the UPSCO study*. 34th annual Congress of Society for Psychotherapy Process, Weimar, Germany.
- Goldfried, M. R. (1982). Resistance and clinical behavior therapy. Στο P.L. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (σσ. 95-113). New York: Plenum Press.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R. T., Ballenger, J. C., & Fyer, A. J. (1999). The economic burden of Anxiety disorders in the 1990's. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 427-435.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenson, R.R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis* (Vol. 1) Madison, CT: International Universities Press.
- Greenwald, D. P., Kornblith, S. J., Hersen, M., Bellack, A. S., & Himmelhoch, J. M. (1981). Differences between social skills and psychotherapists in treating depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 757-759.
- Gunderson, J. G., Najavits, L. M., Leonhard, C., Sullivan, C. N. & Savo, A. N. (1997). Ontogeny of the therapeutic alliance in borderline patients. *Psychotherapy Research*, 7, 301-309.
- Hansen, A. M. D., Hoogduin, C. A. L., Schaap, C. & de Haan, E. (1992). Do dropouts differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, 30, 547-550.
- Harmon, T. M., Nelson, R. O. & Hayes, S. C. (1980). Self monitoring of mood versus activity by depressed clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 19, 36-51.
- Hatcher, R. L. (1999). Therapists' view of treatment alliance and collaboration in therapy. *Psychotherapy Research*, 9, 405-423.
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J., & Grtfreund, M. J. (1995). Patient's and therapist's shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Psychoanalysis Quarterly*, 63, 636-643.
- Hartley, D. E., & Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. Στο J. Masling (Ed.), *Empirical Studies of psychoanalytical theories*, Vol. 1; σσ. 1-38. Hillsdale, NJ: Analytical Press.
- Hay, C. E., & Kinnier, R. T. (1998). Homework in counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 20, 122.
- Hays, V. L. (1994). *The effects of the therapeutic alliance and social support on therapy outcome and mental health of women*. Unpublished doctoral dissertation. University of Wisconsin, Madison.
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. Στο A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Hersoug, A.G., Hoglend, P., Monsen, J.T., & Havik, O. E. (2001). *Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors*. Manuscript submitted for publication.
- Hersoug, A.G., Monsen, J. T., Havik, O. E. & Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 18-27.

- Herzberg, A. (1941). Short-term treatment of neurosis by graduate tasks. *British Journal of Medicine Psychology*, 29, 36-51.
- Hilliard, R. B., Henry, W. P., & Strupp, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 125-133.
- Hodgson, R., Rachman, S. & Marks, I. M. (1972). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis: follow-up and further findings. *Behavioral Research and Therapy*, 10, 181-189.
- Holtzworth-Munroe, A., Jacobson, N. S., DeKlyen, M., & Whisman, M. A. (1989). Relationship between behavioral marital therapy outcome and process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 658-662.
- Hope, D. A., Herbert, J. D. & Bellack, A. S. (1991). *Social phobia subtype, avoidant personality disorder and psychotherapy outcome*. Paper presented at the Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Horvath, A. O. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38, 365-372.
- Horvath, A. O. (2002). *Therapeutic alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38(4), 365-372.
- Horvath, A. O. (2005) The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research*, 151(1-2), 3-7
- Horvath, A.O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. Στο J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs* (σσ. 37-69). London: Oxford.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1986). The development of the working alliance inventory. Στο L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *Psychotherapeutic process: A research handbook* (σσ. 529-556). New York: Guilford.
- 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. (1994). *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Hovarth, A. O., & Marx, R. W. (1990). The development and decay of the working alliance during time-limited counseling. *Canadian Journal of Counselling*, 24, 240-259.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

- Hudson, J. L., & Kendall, P. C. (2002). Showing you can do it: Homework in therapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 525-534.
- Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior*. New-York: Appleton-Century-Crofts.
- Hunt C. & Andrews G. (1992). Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 275-278.
- Huppert, J. D., Roth, D. A. & Foa, E. B. (in press). The use of homework in behavior therapy for anxiety disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*.
- Imber, S. D., Pande, S. K., Frank, J. D., Hoehn-Saric, R., Stone, A. R., and Wargo, D. G. (1970). Time-focused role induction. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 150, 27-36.
- Ingram, J. A., & Salzberg, H. C. (1990). Effects of in vivo behavioral rehearsal on the learning of asertive behaviors with a substance abusing population. *Addictive Behaviors*, 15, 189-194.
- Jemos J. (1987). *The standardization of the Beck Depression Inventory in a Greek population sample*. Doctoral Thesis 1987. Dpt of Psychiatry in Athens University, Greece.
- Jones, E. E., & Zopel, C. L. (1982). Impact of client and therapist gender on psychotherapy process and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 259-272.
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 236-248.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1990). Οι σχέσεις θεραπευτού-πελάτη στις θεραπείες της συμπεριφοράς. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 30, 90-99.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2002). *Αυτογνωσία και Αυτοδιαχείριση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kanfer, F. H. (1961). Comments on learning and psychotherapy. *Psychological Reports*, 9, 681.
- Kanfer, F. H., & Phillips, J. (1966). A survey of current behavior and a proposal for classification. *Archives of General Psychiatry*, 15, 114-128.
- Karpaman, B. (1949). Objective Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 5, 140-148.
- Kasvikis Y. (2005) *Routine monitoring of outcome of the Behavior Treatment Unit – Center of Mental Health: 15 years of functioning*. First WPA Regional and Intersectional Congress, Athens, Greece, (March 2005).
- Κασβίκης Γ., Σωτηροπούλου Β., Μυτσκίδου Π., Λιβανού Μ. & Πούλου Κ. (2006) *Ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής έκδοσης του Ερωτηματολογίου Φόβου των Marks και Mathews* Ψυχιατρική, 17(4), 314-324.
- Κασβίκης Γ., Μυτσκίδου, Π., Σωτηροπούλου, Β., Μητσοπούλου, Τ. & Βουτσά, Ν. (2000). *Εγχειρίδιο Κλινικής Διαχείρισης Ψυχολογικών Συμπτωμάτων για Διαταραχές Παθολογικού Άγχους*. Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας

- Kassler, D. M. & Neimeyer, D. M. (1997). *Homework compliance and skill acquisition as predictors of outcome in cognitive-behavioral group therapy for depression*. Unpublished manuscript.
- Kazantzis, N. (2000). In Power to detect homework effects in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy* 68(1), 166-170.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2004). Assessing compliance with homework assignments: Review and recommendations for clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 627-641.
- Kazantzis, N., Deane, F. P. & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189-202.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., Roman, K. R. & L'Abate (2005). *Using homework assignments in Cognitive-Behavior therapy*. New York: Routledge.
- Kazantzis, N., Lampropoulos, G. L., & Deane, F.P. (2005). A national survey of practicing psychologists' use and attitudes toward homework in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 742-748.
- Kazantzis, N., & L'Abate, L. (2005). Theoretical Foundations. In N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan, & L. L'Abate (Eds.), *Using homework assignments in cognitive behavior therapy*. Routledge.
- Kazdin E. A. (2001). *Behavioural Modification in Applied Settings* (6th eds). Wadsworth, (σσ. 101-122).
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment Outcomes, Common Factors, and Continued Neglect of Mechanisms of Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 184-188.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child and Psychology and Psychiatry*, 44, 1116-1129.
- Kazdin, A. E., & Mascitelli, S. (1982). Covert and overt rehearsal and homework practice in developing assertiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 250-258.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Keijsers, G. P. Schaap, C. P. & Hoogduin, C. A. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies. *Journal of behavioral modification*, 24(2), 264-297.
- Kenardy, J. A., Dow, M. G. T., Johnson, D. W., Newman, M. G., Thomson, A. & Taylor, C. B. (2003). A Comparison of Delivery Methods of Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder: An International Multicenter Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1068-1075.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S., Southam-Gerow, M., Hemin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youth with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.

- Kenwright, M., Liness, S., & Marks, I. M. (2001). Reducing demands on clinicians by offering computer-aided self-help for phobia/panic: a feasibility study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 456-459.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kiesler, D. J., & Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 183-194.
- Kirk, J. (1989). Cognitive-behavioural assessment. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive Behaviour Therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford Medical Publications.
- Kivlighan, D. M., Patton, M. J., & Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counselor experience-working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 274-278.
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 338-349.
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 362-371.
- Klee, M. R., Abeles, N., & Muller, R. T. (1990). Therapeutic alliance: Early indicators, course, and outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 166-174.
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16-21.
- Kolden, G. G. (1996). Change in early sessions of dynamic therapy: Universal processes and the generic model of psychotherapy. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 64, 489-496.
- Κολιάδης, Ε. Α. (1989). *Θεωρίες μάθησης και εκπαιδευτική πράξη*. Τομ. Α: Συμπεριφοριστικές Θεωρίες. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κολιάδης, Ε. Α. (1994). *Θεωρίες μάθησης και εκπαιδευτική πράξη*. Τομ. Β: Κοινωνικογνωστικές Θεωρίες. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kornblith, S. J., Rehm, L. P., O' Hara, M. W. & Lamparski, D.M. (1983). The contribution of self-reinforcement training and behavioural assignments in the efficacy of self-control therapies for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 499-528.
- Kosten, T. R., Fontana, A., Sernyak, M. J., & Rosenheck, R. (2000). Benzodiazepine use in posttraumatic stress disorder among veterans with substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188, 454-459.

- Kowalik, Z. J., Schiepek, G., Krmpf, K., Roberts, L. E., & Elbeet, T. (1997). Psychotherapy as a chaotic process II: The application of non linear analysis methods on quasi time-series of the client-therapist interaction: A nonstationary approach. *Psychotherapy Research*, 7, 179-218.
- Krasner, L. (1962). The therapist as a social reinforcement machine. In H. H. Strupp & L. Luborsky (Eds.). *Research in Psychotherapy* (Vol.II). Washington, DC: American Psychological Association.
- Krupnic, J. L., Elkin, I., Collins, J. M., Simmens, S., Scotsky, S. M., Pilkonis, P. A. & Watkins, J. T. (1994). Therapeutic alliance and clinical outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program: Preliminary findings. *Psychotherapy*, 31, 28-35.
- Krupnic, J. L., Scotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J., Eelkin, I. & Pilkonis, P. A. (1996). The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research programme. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Κυριόπουλος Γ. (2002) Η χρησιμοποίηση των οικονομικών δεικτών ως εργαλείο άσκησης πολιτικής υγείας. Στο : Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. *Οι Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
- L' Abate, L. (1984). Beyond paradox: Issues of control. *American Journal of Family Therapy*, 12, 12-20.
- L' Abate, L. (1994). *A theory of personality development*. New York: Wiley.
- L' Abate, L. (1997). *The self in the family: A classification of personality, criminality, and psychopathology*. New York: Wiley.
- L' Abate, L. (1999). Taking the bull by the horns: Beyond talking psychological interventions. *The Family Journal: Therapy and Counseling for Couples and Families*, 7, 206-220.
- LaCrosse, M. B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the Counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 320-327.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. Στο J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. Στο J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs* (σσ. 17-32). London: Oxford.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Στο M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., σσ. 139-193). New York: Wiley & Sons.

- Lang, P. J., Melamed, B. G., & Hart, J. (1970). A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 220-234.
- Lampropoulos, G. K., & Rector, N. A. (2004, June). *Homework compliance in cognitive behavior therapy for anxiety disorders: Predictors of outcome*. Poster presented at the 30th Annual Harvey Stancer Research Day, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto.
- Lazarus, A. A., & Faye, A. (1982). Resistance or rationalization? A cognitive-behavioral perspective. Στο P. Wachtel (Eds.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (σσ. 115-132). New-York: Plenum.
- Leahy, R. L. (2005). Panic, Agoraphobia, and Generalized Anxiety. Στο N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan, & L. L'Abate (Eds.), *Using Homework Assignments in Cognitive Behavior Therapy* (σσ.193-218). Routledge.
- Leitenberg, H., Argas, W. S., Barlow, D. H., and Oliveau, D. C. (1969). Contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitization therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 113-118.
- Leon, A., Portera, L. & Weissman, M. (1995). The Social Costs of Anxiety Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166 (27), 19-22.
- Lepine, J. P. (2001). Epidemiology, Burden and Disability in Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(13), 4-10.
- Leung, A. W., & Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy* 34(56), 423-432.
- Levis, D. J., & Malloy, P. F. (1982). Research in infrahuman and human conditioning. Στο G. T. Wilson & C. M. Franks (Eds.), *Contemporary behavior therapy: Conceptual and empirical foundations* (σσ. 65-118). New York:Guilford Press.
- Levy, R. L., & Carter, R. L. (1976). Compliance with practitioner instigations. *Social Work*, 21, 188-193.
- Lichenberg, J. W., Wettersten, K. B., Mull, H., Moberly, R. L., Merkey, K. B., & Corey, A. T. (1988). Relationship and control as correlates of psychotherapy quality and outcome. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 45, 322-337.
- Lieberman, P. B., von Rehn, S., Dickie, E., Elliott, B., & Egerter, E. (1992). Therapeutic effects of brief hospitalization: The role of therapeutic alliance. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1, 56-63.
- Lindsay, M., Crino, R. & Andrews, G. (1977). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 171, 135-139.
- Livanou, M. (2001). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder: an overview. *International Review of Psychiatry*, 13, 181-188.

- Llewelyn, S. & Hume, W. (1979). The patient's view of therapy. *British journal of medical psychology*, 52, 29-35.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (σσ. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 480-491.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., & Barber, J. (1991). University of Pennsylvania: The Penn psychotherapy research projects. Στο L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (σσ. 133-141). Washington, DC: American Psychological Association.
- Luborsky, L., McClellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 32, 602-611.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies; "Is it true that everybody has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Μαδιανός, Μ., Κουναλάκη, Α., Μαδιανού, Δ., Βλαχονικολής, Ι. & Στεφανής Κ. (1983). Επιδημιολογία των ψυχικών παθήσεων στην Ελλάδα: Προκαταρκτικά ευρήματα. *Εγκέφαλος*, 20, 16-23.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Patients unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161-182). Chicago Press.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago Press.
- Mahoney, M. J., Kazdin, A. E., & Lesswing, N. J. (1974). Behavior modification: Delusion or deliverance? In C. M. Franks & G. T. Wilson (Eds.) *Annual Review of behavior therapy and practice* (Vol. 2; σσ. 169-193). New York: Brunner/Mazel.
- Mahoney, M. (1979). *Self-change. Strategies for solving personal problems*. New York: Norton.
- Mahoney, M. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (1994). *Συμβουλευτική ψυχολογία* (β' έκδοση). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2001). *Η συμβουλευτική ψυχολογία στην εκπαίδευση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Mallinckrodt, B. (1996). Change in working alliance, social support, and psychological symptoms in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 448-455.

- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Cobble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: development of the client attachment to therapist. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307-317.
- Mallinckrodt, B., & Leong, F. T. L. (1992). Social support in academic programs and family environments: Sex differences and role conflicts for graduate students. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 14-19.
- Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the therapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 14-19.
- Marks, I. M. (1981a). *Cure and Care of Neuroses*. Wiley
- Marks, I. M. (1981b). Review of behavioral psychotherapy: I. Obsessive-compulsive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 138, 584-592.
- Marks, I.M. (2002). Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία με χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή. Εργαστήριο που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια ημερίδας με θέμα «Νέες τάσεις στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία» της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Marks, I. M., Baer, L., Greist, J. H., Park, J., Bachofen, M., Nakagawa, A., Wenzel, K. W., Parkin, J. R., Manzo, P. S., Dottl, S. L., & Mantle, J. M. (1998). Home self-assessment of obsessive-compulsive disorder: Use of a manual and a computer-conducted telephone interview: Two U.K.-U.S. studies. *British Journal of Psychiatry*, 172, 406-412.
- Marks, I. M., Hodgson, R., & Rachman, S. (1975) Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.
- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: A randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9-17.
- Marks, I. M., Mathews, A. M. (1979). Brief Standard self-rating for phobic patients. *Behavioral Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Marks, I. M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M., Cameron, R., Hirsch, S. & Gega, L. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 183, 57-65.
- Marks, I. M., Swinson, R. P., Basoglu, M., Kuch, K., Noshirvani, H., O'Sullivan, G., Lelliot, P., McNamee, G., Sengun, S. & Wickwire, K. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia : A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 776-787.
- Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of nervous and mental disease*, 171, 597-603.
- Martin, D. J. (1998). *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review*. Unpublished PhD, Ohio University.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, 438-450.

- Mathews, A. M., Johnston, D. W., Lancashire, M., Munby, M., Shaw, P. M., & Gelder, M. G. (1976). Imaginal flooding and exposure to real phobic situations: Treatment outcome with agoraphobic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 362-371.
- Mavreas, V. G., Beis, A., Mouyias, A., Rigoni, F. & Lyketsos, G. C. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in Athens. A community study. *Social Psychiatry*, 21, 172-181.
- Mavreas, V. G., Kontea, M., Dikeos, D., Neroutsos, E., Sfikaki, M., Aritzi, S., Stefanis, C. (1995). World Health Organization Study of Psychological Problems in General Health Care Settings. Centre Report: Athens. Στο Ustun TB (Eds.), *Mental Health in General Care: An International Study*. Chichester, England: Wiley Press.
- McGlynn, F. D. (1971). Experimental desensitization following three types of instructions. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 367-369.
- Meichenbaum, D. W. (1977). *Cognitive behavioral modification*. New York: Plenum Press.
- Μέλλον P. (2007). *Ψυχολογία της Συμπεριφοράς*. Εκδόσεις Τόπος.
- Μέλλον P. (2005) *Η ανάλυση της συμπεριφοράς Τόμος Α΄*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Mendlowicz, M. & Stein, M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Mischel, W. (1973). Facing the issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 541-542.
- Mischel, W. (1979). On the interface of cognition and personality: Beyond the person-situation debate. *American Psychologist*, 34, 740-754.
- Michelson, L., Mavissakalian, M., Marchione, K., Dancu, C., & Greenwald, M. (1986). The role of self-directed in vivo exposure in cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 17, 91-108.
- Mitchell, K. M., Bozarth, J. D., & Krauft, C. C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, nonpossessive warmth, and genuineness. Στο A. S. Gruman & A. M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy: A handbook of research* (σσ. 482-502). Oxford: Pergamon.
- Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M., & Cordell, L. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(8), 478-481.
- Morris, R. C., & Suckerman, K. R. (1974a). Therapist warmth as a factor in automated systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 244-250.
- Morris, R. C., & Suckerman, K. R. (1974b). The importance of the therapeutic relationship in systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 148.
- Μπουλουγούρης, Γ. (1992). Θεωρία της κοινωνικής μάθησης. Στο Α. Καλαντζή, Ν. Δέγλε-ρης (επιμ.), *Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς*, (σσ. 41-72). Ελληνικά Γράμματα.
- Μπουλουγούρης, Γ., (Επιμ. Έκδ.) (1995). *Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας* (Τόμ. Γ'). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Muran, J. C., Gorman, B. S., Safran, J. D., Twining, L., Samstag, I. W., & Winston, A. (1995). Linking in-session change to overall outcome in short term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 651-657.
- Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, R. D., & Lrstman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy single and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. Retrieved December 20, 2004 from www.nice.org.uk/CG022quickrefguide.
- Neimeyer, R. A. & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 21, 281-292.
- Neimeyer, R. A., Twentyman, C. T. & Prezant, D. (1985). Cognitive and interpersonal group therapies for depression: A progress report. *The Cognitive Behaviorist*, 7, 1-22.
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short-term cognitive therapy. Στο J. D. Safran & J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (σσ. 95-122). Washington, DC: American Psychological Association.
- Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A. & Dzus, E. (2003). Self-Help and Minimal Contact Therapies for Anxiety Disorders: Is Human Contact Necessary for Therapeutic Efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 251-274.
- Norcross, J. C. (Eds.). (2001). Empirically supported therapy relationships: Summary report of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy*, 38(4).
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J.C. Norcross (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 3-16). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Hedges, M., & Prochaska, J. O. (2002). *The face of 2010: A Delphi Poll on the future of Psychotherapy*.
- Ντόνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 2, 42-48.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., & McCallum, M. (2000). Different perspectives of the therapeutic alliance and therapist technique in 2 forms of dynamically oriented psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 452-458.
- Ollendick, T. H. (1995). Cognitive-behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia in adolescents: a multiple baseline design analysis. *Behavior Therapy*, 26, 517-531.
- Ollendick, T. H. & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 156-167.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (2000). Empirically supported treatments for children and adolescents. Στο P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (2nd ed., σσ. 386-425). New York: Guilford Press.

- O' Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1975). *Behavior Therapy: Application and Outcome*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. Στο A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., σσ.270-376). New York: Wiley.
- O' Sullivan, G., Noshirvani, H., Marks, I., Monteiro, W. & Lelliott, P. (1991). Six years follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 150-155.
- Paivio, S. C., & Bahr, L.B. (1998). Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 392-406.
- Παπαδημητρίου, Α. (2004). *Η διαδικασία ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης: Μια ποιοτική μελέτη των σημαντικών στοιχείων σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των θεραπευτών και των θεραπευόμενων*. Διπλωματική εργασία, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Κλινικής Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Παπακώστας, Γ. (1994) *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία. Θεωρία και Πράξη*. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Park, J. M., Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Ngamthipwattana, T., Marks, M., Araya, R., Al-Kubaisy, T. (2001). Two-year follow-up after a randomized controlled trial of self-and clinical-accompanied exposure for phobia/panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 543-548.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. London: Oxford University Press.
- Pearsons, J. B., & Burns, D. D. (1985). Mechanism of action of cognitive therapy: Relative contribution of technical and interpersonal intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 9(5), 539-551.
- Περισσάκη, Κ., Μπουλουγούρης, Γ., & Ραμπαβίλας, Α. (1979). Ψυχοθεραπείες της συμπεριφοράς: Προκαταρκτικά ευρήματα στη σχέση ασθενούς-θεραπευτού. *Εγκέφαλος*, 16(2), 91-95.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive Therapy in practice: A case formulation approach*. New York: W.W. Norton & Company.
- Persons, J. B., Burns, D. D. & Perloff, J. M. (1988). Predictors of drop-outs and outcome in cognitive therapy of depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557-575.
- Persons, J. B., Davidson, J., & Tompkins, M. A. (2001). *Essential components of cognitive-behavior therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Philips EL. (1988) *Patient compliance: new light on health delivery systems in medicine and psychotherapy*. Hans Huber.
- Piaget, J. (1970). Piaget's theory. Στο P. H. Mussen, W. Kessen, *Handbook of Child Psychology*. New York: Wiley.

- Plotnicov, K. H. (1990). *Early termination from counseling: The clients' perspective*. Unpublished doctoral dissertation, University of Pittsburgh, PA.
- Ποταμιάνος, Γ. (2000) *Κλινική ψυχολογία: σύγχρονα θέματα κλινικής πρακτικής και έρευνας*. Ελληνικά Γράμματα.
- Πούλου, Κ. (2001). *Διερευνητική μελέτη των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του Ερωτηματολογίου Φόβου σε Ελληνικό πληθυσμό*. Διπλωματική Εργασία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Αθήνα.
- Priebe, S., & Gruyters, T. (1993). The role of helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 552-557.
- Primakoff, L., Epstein, N., & Covi, L. (1986). Homework compliance: An uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Behavior Therapy*, 17, 433-446.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood, IL: Docsey Press.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. Στο J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs* (σσ. 303-333). London: Oxford.
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D. A., Goldberg, D., Mann, A., Tylee, A., Marks, I. & Gray, J. A. (2004). Clinical efficacy of computerized cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 46-54.
- Rabavilas, A. D., Boulougouris, J. C., & Perissaki, C. (1979). Therapist qualities related to outcome with exposure in vivo in neurotic patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 293-294.
- Raue, P. J., Castonguay, L. G. & Goldfried, M. R. (1993). The working alliance: A comparison of two therapies. *Psychotherapy Research*, 3, 197-207.
- Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. Στο A. O. Horvaath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (σσ.131-152). New York: Wiley.
- Raue, P. J., Goldfried, M. R. & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioural therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 582-587.
- Rector, N. A., Zuroff, D. C., & Segal, Z. V. (1999). Cognitive change and the therapeutic alliance: The role of technical and nontechnical factors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 320-328.
- Rescorla, R. A., (1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist*, 43, 151-160.
- Rice, D. P., & Miller, L. S. (1998). Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *British Journal of Psychiatry*, 173 (34), 4-9.

- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. The Guilford Press.
- Rounsaville, B. J., Chevron, E. S., Prusoff, B. A., Elkin, I., Imber, S., Sotsky, S., & Watkins, J. (1987). The relation between specific and general dimensions of the psychotherapy process in interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 55, 379-384.
- Rubino, G., Baker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10, 408-420.
- Ryan, V. L., & Gizynski, M. N. (1971). Behavior therapy in retrospect: Patients' feelings about their behavior therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 1-9.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.
- Safran, J. D., & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 188-195.
- Salkovskis, P. M. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Saketopoulou, A. (1999). The psychotherapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: Theoretical conceptualizations and research findings. *Psychotherapy*, 36, 329-343.
- Scheel, M. J., Hanson, W. E., Razzhavaikina, T. I. (2004). The process of recommending homework in psychotherapy: a review of therapist delivery methods, client acceptability, and factors that affect compliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(1), 38-55
- Scheel, M. J., Hoggan, K., Willie, D., McDonald, K., & Tonin, S. (1998). *Client understanding of homework determined through therapist delivery*. Poster presented at the 106th Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco.
- Scheel, M. J., Seaman, S., Roach, K., Mullin, T., & Tonin, S. (1999). Client implementation of therapist recommendations predicted by client perception of fit, difficulty of implementation, and therapist influence. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 1-9.
- Schmidt, N. B. & Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: Quality versus quantity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 13-18.
- Sexton, H. C. (1996). Process, life events, and symptomatic change in brief eclectic psychotherapy. *Journal of Clinical and Consulting Psychotherapy*. 64, 1358-1365.

- Sexton, H. C., Hembre, K., & Kravme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: A sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 471-480.
- Sexton, T. L., & Whiston, S. C. (1994). The status of the counseling relationship. An empirical review, theoretical implications, and research directions. *The Counseling Psychologist*, 22, 6-77
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522-534.
- Shelton, J. L., & Ackerman, J. M. (1974). *Homework in counselling and psychotherapy: Examples of systematic assignments for therapeutic use by mental health professionals*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Shelton, J. L., & Levy, R. L. (1981). *Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies*. Champaign, IL: Research Press.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf.
- Skinner, B.F. (1974). *About Behaviorism*. New York: Vintage Books.
- Skinner, B. F. (1985). Cognitive Science and Behaviourism. *British Journal of Psychiatry*, 76(3), 291-301.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Whipple, K., & Cristol, A. H. (1977). Patients' attitude towards behaviour therapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 134, 134-137.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (1998). *Contemporary behavior therapy* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Σταλίκας, Α. (2005). *Θεραπευτικές παρεμβάσεις*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
- Σταλίκας, Α. & Μέρτικα, Α. (2004). *Η Θεραπευτική Συμμαχία*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
- Σταλίκας Α. & Χαμοδράκα, Μ. (2004). *Η ενσυναίσθηση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Startup, M. & Edmonds, J. (1994). Compliance with homework assignments in cognitive-behavioral psychotherapy for depression: Relation to outcome and methods of enhancement. *Cognitive Therapy and Research*, 186, 565-579.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.

- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 791-802.
- Stiles, W. B., Shapiro, D., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 215-224.
- Strupp, H., & Hadley, S. (1979). Specific versus non-specific factors in psychotherapy: A control study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- Συνοδινού Κ. (2005). *Εισαγωγή στις Θεραπευτικές Τεχνικές: κλινική συνέντευξη*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1994). Therapeutic alliance, therapist competence and client change in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 4, 20-33.
- Svensson, B. & Hansson, L. (1999). Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme. *Acta Psychiatrica Scand.*, 99(4), 281-287.
- Sweet, A. A. (1984). The therapeutic relationship in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 4, 253-272.
- Swinson, R. P., Soulios, C., Cox, B. J., & Kuch, K. (1992). Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 149, 944-946.
- Σωτηροπούλου, Π. (2005). *Αξιολόγηση των Παρεχόμενων Υπηρεσιών μιας Μονάδας Εξωτερικών Ιατρείων Ψυχοθεραπείας Διαταραχών Παθολογικού Άγχους και Ανάλυση Κόστους-Ωφέλειας*. Διδακτορική διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999a). Sudden gains and critical sessions in Cognitive-Behavioral Therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 894-904.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999b). *Second session therapy process variables predict the occurrence of sudden gains in cognitive therapy for depression*. Manuscript in preparation. University of Pennsylvania
- Thase, M. E., & Callan, J. A. (in press). The role of homework in cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Psychotherapy Integration*.
- Tichenor, V., & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26, 195-199.
- Tompkins, M. A. (2002). Guidelines for enhancing homework compliance. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 565-576.

- Tompkins, M. A. (2003). Effective homework. Στο R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive behavior therapy: Transforming challenges into opportunities for change* (σσ. 49-69). New York: Guilford Press.
- Tracey, T. J. (1986). Interactional correlates of premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 784-788.
- Tracy, T.J., & Ray, P.B. (1984). Stages of successful time-limited counseling: An interactional. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 13-27.
- Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2000). Οι διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι & Η. Γ. Μπεζεβέγκης (Επιμ.), *Θέματα Επιμόρφωσης/Εναισθητοποίησης στελεχών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων* (σσ. 201-214). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1990). The helping alliance and premature termination. *Canadian Psychologist*, 3, 223-238.
- Tryon S. G. & Kane, A. S. (1993). Relationships of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 33-36.
- Τσαλίκोगλου, Φ. (1989). *Σχιζοφρένεια και φόβος*. Εκδόσεις Παπαζήση.
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B., & Fallot, R.D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 67, 725-733.
- Vaughan, K. & Tarrier, N. (1992). The use of image habituation training with post-traumatic stress disorders. *British Journal of Psychiatry*, 161, 658-664.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies : Empirically, « all must have prizes » *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- Watson, J. B. (1914). *Behavior, an introduction to comparative psychology*. New-York: Holt.
- Watson, J. B. (1924/1970). *Behaviorism*. New-York: Norton.
- Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (1998). The therapeutic alliance in short-term humanist and experiential therapies. Στο J. D. Safran & J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (σσ. 123-146). Washington, DC: American Psychological Association.
- Westbrook, D. & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1234-1261.
- Westling, B. & Ost, L. G. (1999). Brief cognitive behaviour therapy for panic disorder. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 28, 49-57.

- Wetherell, J. L. (2002). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Dissertation Abstracts International*, 63(5-B), 2613.
- Williams, K. E., & Chambless, D. L. (1990). The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 21, 111-116.
- Wilson, G. T., & Evans, I. M. (1977). The therapist-client relationship in behavior therapy. Στο A.S. Gruman & A.M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy: A handbook of research* (σσ. 544-565). New York: Pergamon Press.
- Windholtz, M. J., & Silbershatz, G. (1988). Vanderbilt psychotherapy process scale: A replication with adult outpatients. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 56, 56-60.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Woods, C. M., Chambless, D. L., & Steketee, G. (2002). Homework compliance and behavior therapy outcome for panic with agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Cognitive Behavior Therapy*, 31, 88-95.
- Woody, S. R., & Adessky, R. S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Behavior Therapy*, 33, 5-27.
- World Health Organization. *World health report 2001*. Geneva: WHO. 2001
- Worthington, E. L., Jr. (1986). Client compliance with homework directives during counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 124-130.
- Χαρίτου-Φατούρου, Μ., (1999) «Ψυχοθεραπευτική Πράξη» Στο Στέλλα Βοσνιάδου (Επιμ.) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία* (Τόμος Β', σσ. 201-243). Αθήνα: Gutenberg
- Yeomans, F. E., Grtfreund, J., Selzer, M. A., Clarkin, J., Hull, J. M., & Smith, T. E. (1994). Factors related to drop-outs by borderline patients: Treatment contract and therapeutic alliance. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3 16-24.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1987). Component and process analysis of cognitive therapy. *Psychological Reports*, 61, 939-953.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of tranference. *Journal of International Psychoanalysis*, 37, 369-376.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A., & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment for depression. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, 114-124.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πίνακας 29

Σύγκριση εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και των ασθενών που τη διέκοψαν (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)

	Ολοκλήρωσαν θεραπεία	Διέκοψαν			
	M (TA)	M (TA)	t	df	P
1η συνεδρία	196,6 (31,58)	223,83 (17,20)	-2,53	16,7	<0,05
2η συνεδρία	205,76 (27,94)	229,75 (17,15)	-2,63	21	<0,05
3η συνεδρία	206,93 (34,40)	227,38 (25,66)	-1,45	20	>0,05
Μέσος όρος όσων συνεδριών πραγματοποιήθηκαν	204,21 (29,48)	222,55 (22,76)	-1,75	20,4	>0,05
Μέσος όρος όσων πραγματοποίησαν και τις τρεις συνεδρίες	200,05 (32,21)	231 (12,9)	-2,89	15,6	=0,01

Πίνακας 30

Σύγκριση της συνεργασιμότητας των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και των ασθενών που τη διέκοψαν (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)

	Ολοκλήρωσαν θεραπεία	Διέκοψαν			
	M (TA)	M (TA)	t	df	P
Συνεργασιμότητα σε έργο μεταξύ συνεδριών	3,39 (0,9)	2,25 (1,21)	2,46	22	<0,05

Πίνακας 31

Σύγκριση εκτίμησης της θεραπευτικής συμμαχίας των ασθενών που συνεργάστηκαν ικανοποιητικά σε στόχους μεταξύ των συνεδριών και των ασθενών που δε συνεργάστηκαν ικανοποιητικά (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)

	Μη συνεργάσιμοι	Συνεργάσιμοι			
	M (TA)	M (TA)	t	df	P
1η συνεδρία	210,09 (29,50)	199,50 (35,80)	0,70	17	>0,05
2η συνεδρία	217,36 (28,54)	211,11 (27,95)	0,51	21	>0,05
3η συνεδρία	213 (34,45)	214,57 (32,55)	-0,1	19	>0,05
Μέσος όρος τριών συνεδριών	215,18 (31,32)	201,72 (33,37)	-0,8	15	>0,05

Πίνακας 32

Συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας της πρώτης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα στη δεύτερη συνεδρία των φοβικών ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)

Ερωτηματολόγια	1
(1) Εκτίμηση συμμαχίας α' συνεδρία	
(2) Συνεργασιμότητα β' συνεδρία	0,163

Πίνακας 33

Συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας της δεύτερης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα στην τρίτη συνεδρία των φοβικών ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)

Ερωτηματολόγια	1
(1) Εκτίμηση συμμαχίας β' συνεδρία	
(2) Συνεργασιμότητα γ' συνεδρία	-0,254

Πίνακας 34

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των τριών πρώτων συνεδριών με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των φοβικών ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)

Ερωτηματολόγια	1
(1) Συμμαχία όσων πραγματοποίησαν και τις τρεις συνεδρίες (ΜΟ)	
(2) Συνεργασιμότητα από δ' συνεδρία ως λήξη (ΜΟ)	-0,391

Πίνακας 35

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των συνεδριών που πραγματοποιήθηκαν με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των φοβικών ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)

Ερωτηματολόγια	1
(1) Συμμαχία όσων συνεδριών πραγματοποιήθηκαν (ΜΟ)	
(2) Συνεργασιμότητα από δ' συνεδρία ως λήξη (ΜΟ)	-0,333

Πίνακας 36

Συσχέτιση της θεραπευτικής συμμαχίας της δεύτερης συνεδρίας με τη συνεργασιμότητα στην τρίτη συνεδρία των φοβικών ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)

Ερωτηματολόγια	1
(1) Εκτίμηση συμμαχίας β' συνεδρία	
(2) Συνεργασιμότητα γ' συνεδρία	-0,074

Πίνακας 37

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των τριών πρώτων συνεδριών με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των φοβικών ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)

Ερωτηματολόγια	1
(1) Συμμαχία όσων πραγματοποίησαν και τις τρεις συνεδρίες (ΜΟ)	
(2) Συνεργασιμότητα από δ' συνεδρία ως λήξη (ΜΟ)	-0,108

Πίνακας 38

Συσχέτιση του μέσου όρου της θεραπευτικής συμμαχίας των συνεδριών που πραγματοποιήθηκαν με το μέσο όρο της συνεργασιμότητας από την τέταρτη συνεδρία και μέχρι τη λήξη της θεραπείας των φοβικών ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους (ΧΩΡΙΣ ΙΨΔ)

Ερωτηματολόγια	1
(1) Συμμαχία όσων συνεδριών πραγματοποιήθηκαν (ΜΟ)	
(2) Συνεργασιμότητα από δ' συνεδρία ως λήξη (ΜΟ)	0,293

Παράρτημα II

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

1. Σκοπός

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

2. Διαδικασία

Μετά την πρώτη, τη δεύτερη και την τρίτη θεραπευτική συνεδρία θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε μερικά σύντομα ερωτηματολόγια. Ο θεραπευτής σας δε θα ενημερωθεί ποτέ για τις απαντήσεις που θα δώσετε στα ερωτηματολόγια. Μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή σας στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία κύρωση.

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

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας είναι πιθανό να παρουσιαστούν σε επιστημονικά συνέδρια ή να δημοσιευθούν σε επιστημονικά έντυπα. Για το σκοπό αυτό, τα δεδομένα θα παρουσιάζονται συνολικά ώστε να μην διακυβευθεί κατά κανέναν τρόπο η ανωνυμία σας. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας τα δεδομένα θα βρίσκονται στη διάθεσή σας σε περίπτωση που τα ζητήσετε.

Για οποιαδήποτε επιπρόσθετη πληροφορία παρακαλώ επικοινωνήστε με τον υπεύθυνο της έρευνας:

Σταλίκας Αν., Αναπληρωτής Καθηγητής

Πάντειο Πανεπιστήμιο

Λ. Συγγρού 136, Αθήνα, 17671 Τηλ. 210-9201000

3. Όροι συμμετοχής

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

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

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

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

Όνομα:-----

Υπογραφή:----- Ημερομηνία:-----

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥΜΜΑΧΙΑΣ

Οδηγίες

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

Κάτω από κάθε πρόταση υπάρχει μια επταβάθμια κλίμακα

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

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

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

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

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας

Γυρίστε σελίδα→

1. Αισθάνομαι άβολα με τον/την -----

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

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

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

3. Ανησυχώ για την έκβαση αυτών των συνεδριών.

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

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

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

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

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

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

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

7. Βρίσκω μπερδεμένο αυτό που κάνω στη θεραπεία

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

8. Πιστεύω ότι ο/η ----- με συμπαθεί

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

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

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

Γυρίστε σελίδα→

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

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

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

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

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

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

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

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

14. Οι στόχοι αυτών των συνεδριών είναι σημαντικοί για μένα

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Γυρίστε σελίδα→

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

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

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

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

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

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

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

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

23. Αισθάνομαι ότι ο/η----- με εκτιμά

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Γυρίστε σελίδα→

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

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

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

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

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

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

31. Νιώθω ματαιώση από τα πράγματα που κάνω στη θεραπεία

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Κλίμακα ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist-90-R, SCL-90-R)

L.R. Derogatis, 1977

Ελληνική στάθμιση & προσαρμογή: Σ. Ντώνιας, Α. Καραστεργίου, Ν. Μάνος 1991

Ονοματεπώνυμο:

Ηλικία:

Εκπαίδευση:

Ημερομηνία:

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος από προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Διάβασε προσεκτικά το καθένα. Έπειτα, διάλεξε εκείνο τον αριθμό ο οποίος περιγράφει καλύτερα το **ΠΟΣΟ ΠΟΛΥ Σ' ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΕ Ή Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΕ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΥΤΟ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΜΕΡΑΣ**. Βάλε τον αριθμό στο τετράγωνο που βρίσκεται στα δεξιά του κάθε ενοχλήματος ή προβλήματος. Μην παραλείψεις κανένα και σημείωσε τον αριθμό σου. Διάβασε το παρακάτω παράδειγμα προτού αρχίσεις, κι αν έχεις απορίες ζήτησε να σου τις εξηγήσουν.

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	Απάντηση	0: Καθόλου 1: Λίγο 2: Μέτρια 3: Πολύ 4: Πάρα πολύ
Π.χ. Πόνοι στο σώμα σου...	3	
ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	0: Καθόλου 1: Λίγο 2: Μέτρια 3: Πολύ 4: Πάρα πολύ	

1. Πονοκέφαλοι ☐
2. Νευρικότητα ή ταραχή μέσα σου ☐
3. Επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δεν φεύγουν από το μυαλό σου ☐
4. Τάση για λιποθυμία ή ζάλη ☐
5. Απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης στο σεξ ☐
6. Διάθεση να κρίνεις του άλλους ☐

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ: **0: Καθόλου**
 1: Λίγο
 2: Μέτρια
 3: Πολύ
 4: Πάρα πολύ

7. Η ιδέα ότι κάποιος άλλος μπορεί να ελέγχει τις σκέψεις σου ☐
8. Η αίσθηση ότι άλλοι φταίνε για τα περισσότερα από τα βάσανά σου ☐
9. Δυσκολία να θυμάσαι ☐
10. Δυσφορία για τσαπατσουλιά ή αμέλεια ☐
11. Το να νιώθεις ενοχλημένος(η) ή τσαντίλα ☐
12. Πόνοι στην καρδιά ή στο στήθος..... ☐
13. Το να νιώθεις φόβο σ' ανοιχτούς χώρους ή στο δρόμο..... ☐
14. Το να νιώθεις πεσμένη ή επιβραδυμένη την ενεργητικότητά σου ☐
15. Σκέψεις να βάλεις τέλος στη ζωή σου ☐
16. Το ν' ακούς φωνές που οι άλλοι δεν τις ακούν ☐
17. Τρεμούλα ☐
18. Το να νιώθεις ότι τους περισσότερους ανθρώπους δεν μπορείς
να τους εμπιστευτείς ☐
19. Ανορεξία..... ☐
20. Εύκολο κλάμα ☐
21. Το να νιώθεις ντροπαλός(ή) ή όχι άνετα με το άλλο φύλο ☐
22. Το να νιώθεις παγιδευμένος(η) ή σε αδιέξοδο ☐

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	0: Καθόλου
	1: Λίγο
	2: Μέτρια
	3: Πολύ
	4: Πάρα πολύ

23. Ξαφνικός φόβος χωρίς λόγο..... ☐
24. Εκρήξεις θυμού που δεν μπορείς να ελέγξεις..... ☐
25. Το να φοβάσαι να βγεις από το σπίτι μόνος(η) σου..... ☐
26. Το να κατηγορείς τον εαυτό σου για διάφορα πράγματα..... ☐
27. Πόνοι στη μέση..... ☐
28. Το να νιώθεις μπλοκαρισμένος(η) να βγάλεις πέρα τις δουλειές σου ☐
29. Το να νιώθεις μοναξιά..... ☐
30. Το να νιώθεις τα κέφια σου πεσμένα ☐
31. Το ν' ανησυχείς υπερβολικά για διάφορα πράγματα ☐
32. Το να μην ενδιαφέρεσαι για ό,τι συμβαίνει ☐
33. Το να νιώθεις φοβισμένος(η) ☐
34. Το να πληγώνονται εύκολα τα αισθήματά σου ☐
35. Το να γνωρίζουν οι άλλοι τις προσωπικές σου σκέψεις..... ☐
36. Το να αισθάνεσαι ότι οι άλλοι δεν σε καταλαβαίνουν ή δεν σε συμπονούν..... ☐
37. Το να νιώθεις ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σου ή δεν σε χωνεύουν ☐
38. Το να είσαι αναγκασμένος(η) να κάνεις όλα τα πράγματα
πολύ αργά για να είσαι σίγουρος(η) πως θα γίνουν σωστά ☐

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	0: Καθόλου
	1: Λίγο
	2: Μέτρια
	3: Πολύ
	4: Πάρα πολύ

39. Το να χτυπάει η καρδιά σου πολύ δυνατά ή πολύ γρήγορα ☐
40. Ναυτία ή ανακάτεμα στο στομάχι ☐
41. Το να νιώθεις κατώτερος(η) από τους άλλους ☐
42. Πόνοι και ευαισθησία στους μυς ☐
43. Το να νιώθεις ότι σε παρακολουούν ή σε σχολιάζουν ☐
44. Δυσκολία να σε πάρει ο ύπνος ☐
45. Το να νιώθεις την ανάγκη να ελέγχεις και να ξαναελέγχεις ό,τι κάνεις..... ☐
46. Δυσκολία να παίρνεις αποφάσεις..... ☐
47. Το να φοβάσαι να ταξιδέψεις με λεωφορείο, τρένο ή τον υπόγειο..... ☐
48. Δυσκολία να πάρεις αναπνοή..... ☐
49. Ξαφνικά αισθήματα ζέστης ή κρύου ☐
50. Το να είσαι αναγκασμένος(η) ν' αποφεύγεις ορισμένα πράγματα ή χώρους ή δραστηριότητες, επειδή σε φοβίζουν ☐
51. Το να σταματάει το μυαλό σου ☐
52. Μουδιάσματα ή τσιμπήματα σε διάφορα μέρη του σώματος..... ☐
53. Κόμπος στο λαιμό ☐
54. Το να νιώθεις χωρίς ελπίδα για το μέλλον ☐

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:	0: Καθόλου
	1: Λίγο
	2: Μέτρια
	3: Πολύ
	4: Πάρα πολύ

55. Δυσκολία να συγκεντρωθείς ☐
56. Το να νιώθεις αδυναμία σ' ορισμένα μέρη του σώματός σου..... ☐
57. Το να νιώθεις υπερένταση ή τεντωμένος(η) ☐
58. Το να νιώθεις τα χέρια ή τα πόδια σου βαριά ☐
59. Σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνεις ☐
60. Το να τρως υπερβολικά ☐
61. Το να νιώθεις άνετα όταν οι άλλοι σε κοιτάζουν ή μιλούν για σένα ☐
62. Το να έχεις σκέψεις που δεν είναι δικές σου..... ☐
63. Το να σου 'ρχεται να χτυπήσεις, να τραυματίσεις ή να κάνεις κακό σε κάποιον... ☐
64. Το να ξυπνάς πολύ νωρίς το πρωί..... ☐
65. Το να νιώθεις την ανάγκη να επαναλαμβάνεις τις ίδιες πράξεις, όπως π.χ. να πλένεσαι, να μετράς, να αγγίζεις..... ☐
66. Ύπνος ανήσυχος ή ταραγμένος..... ☐
67. Το να σου 'ρχεται να σπάσεις ή να τα κάνεις κομμάτια ☐
68. Το να έχεις ιδέες ή πεποιθήσεις που δεν τις συμμερίζονται οι άλλοι ☐
69. Το να παρατηρείς συνέχεια τον εαυτό σου και να νιώθεις άβολα όταν βρίσκεσαι με άλλους..... ☐

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:

0: Καθόλου

1: Λίγο

2: Μέτρια

3: Πολύ

4: Πάρα πολύ

70. Το να μην νιώθεις άνετα όταν βρίσκεσαι μέσα σε πλήθος, όπως π.χ. στην αγορά ή στον κινηματογράφο ☐
71. Το να νιώθεις ότι το καθετί χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια..... ☐
72. Επεισόδια τρόμου ή πανικού ☐
73. Το να μην νιώθεις άνετα όταν τρως ή πίνεις μπροστά σε άλλους ☐
74. Το να καβγαδίζεις συχνά..... ☐
75. Το να νιώθεις ανήσυχος(η) όταν μένεις μόνος(η)..... ☐
76. Το να μην σου αναγνωρίζουν οι άλλοι όσο πρέπει τα επιτεύγματά σου ☐
77. Το να νιώθεις μόνος(η) ακόμη κι όταν βρίσκεσαι μαζί με άλλους..... ☐
78. Το να νιώθεις τόσο ανήσυχος(η) ώστε να μην μπορείς να κάτσεις σ' ένα μέρος ... ☐
79. Αισθήματα αναξιότητας..... ☐
80. Το αίσθημα ότι κάτι κακό θα συμβεί ☐
81. Το να βάζεις τις φωνές ή να πετάς πράγματα ☐
82. Το να φοβάσαι ότι θα λιποθυμήσεις μπροστά σε κόσμο ☐
83. Το να νιώθεις πως οι άλλοι θα σ' εκμεταλλευτούν αν τους αφήσεις..... ☐
84. Το να κάνεις σκέψεις για το σεξ που σου είναι ενοχλητικές ☐
85. Η ιδέα ότι θα πρέπει να τιμωρηθείς για τις αμαρτίες σου ☐
86. Σκέψεις και εικόνες τρομαχτικές ☐

ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ:

0: Καθόλου

1: Λίγο

2: Μέτρια

3: Πολύ

4: Πάρα πολύ

87. Η ιδέα ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει με το σώμα σου..... ☐

88. Το να μην νιώθεις ποτέ κοντά σε άλλο άτομο ☐

89. Αισθήματα ενοχής..... ☐

90. Η ιδέα ότι κάτι δεν πάει καλά με το μυαλό σου. ☐

ΦΥΛΛΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

(Homework Compliance Scale (HCS) Primakof, Epstein & Covi, 1986)

Αξιολογείστε σε κάθε συνεδρία το βαθμό συνεργασιμότητας του θεραπευομένου σύμφωνα με την κλίμακα που ακολουθεί.

0-----1-----2-----3-----4-----5

0= Ο θεραπευόμενος δεν επιχείρησε να κάνει την εργασία που του είχε ανατεθεί για το σπίτι.

1= Ο θεραπευόμενος επιχείρησε να κάνει την εργασία που του είχε ανατεθεί αλλά δεν κατάφερε να την ολοκληρώσει λόγω συνθηκών που προσφέρουν ελαφρυντικά.

2= Ο θεραπευόμενος έκανε εργασία που ήταν διαφορετική από αυτή που του είχε ανατεθεί αλλά θα μπορούσε να θεωρηθεί σχετική με τα συγκεκριμένα προβλήματα στα οποία στοχεύει η θεραπεία.

3= Ο θεραπευόμενος έκανε κάποιο μέρος της εργασίας που είχε συμφωνηθεί.

4= Ο θεραπευόμενος ολοκλήρωσε την συμφωνημένη εργασία.

5= Ο θεραπευόμενος έκανε περισσότερο από αυτό που απαιτούσε η συμφωνημένη εργασία.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ

ΣΥΝΟΛΟ

ΑΘΡΟΙΣΜΑ

ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

Μετάφραση – Προσαρμογή: Μυτσκίδου Πασχαλιά Ψυχολόγος

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ (Α)

Όνομα.....Αριθ.Φακέλου.....
Εξεταστής.....Ημ/νία.....

Παρακαλούμε να βάλετε μόνο έναν κύκλο μπροστά στην απάντηση που εκφράζει καλύτερα πως αισθάνεσθε. Σημειώστε μία απάντηση από κάθε ενότητα.

- A. 0. Δεν αισθάνομαι λυπημένος
1. Αισθάνομαι λυπημένος ή μελαγχολικός
2α. Είμαι λυπημένος ή μελαγχολικός συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό.
2β. Είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε αυτό μου προξενεί πόνο.
3. Είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.
- B. 0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος ή αποθαρρυνμένος για το μέλλον.
1. Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον.
2α. Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον
2β. Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου.
3. Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν.
- Γ. 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος.
1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
2α. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου.
2β. Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
3. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος σαν άτομο (σύζυγος - πατέρας).
- Δ. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος
1α. Αισθάνομαι βαριεστημένος σχεδόν όλη την ώρα.
1β. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.
2. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα.
3. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος με το κάθε τι
- Ε. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου.
1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία.
2α. Αισθάνομαι πολύ ένοχος.
2β. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα.
3. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός ή ανάξιος
- Ζ. 0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.
1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί.
2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ.
3α. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ.
3β. Θέλω να τιμωρηθώ

- H. 0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
1α. Αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου.
1β. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου.
2. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου.
3. Μισώ τον εαυτό μου.
- Θ. 0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από τους άλλους.
1. Είμαι αυστηρός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου.
2α. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου.
2β. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που συμβαίνει.
- I. 0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου.
1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο.
2α. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα.
2β. Μου φαίνεται ότι η οικογένειά μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα.
2γ. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας.
3. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα.
- K. 0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.
1. Κλαίω τώρα περισσότερο από ότι συνήθως.
2. Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω
3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν το θέλω.
- Λ. 0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος από ότι συνήθως.
1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο από ότι συνήθως.
2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος
3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως.
- M. 0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους.
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους από ότι παλιότερα.
2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματά μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει.
3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου γι' αυτούς.
- N. 0. Είμαι το ίδιο αποφασιστικός όπως πάντα.
1. Τελευταία αναβάλλω το να παίρνω αποφάσεις.
2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.
3. Δεν μπορώ να πάρω καμιά απόφαση.

- Ξ. 0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από άλλοτε.
 1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος και αντιπαθητικός
 2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητικός
 3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος και αποκρουστικός
- Ο. 0. Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα.
 1α. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά.
 1β. Δεν τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πρώτα.
 2. Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.
 3. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ.
- Π. 0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
 1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος από άλλοτε.
 2. Ξυπνώ το πρωί 2 - 3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
 3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο.
- Ρ. 0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα από ότι συνήθως.
 1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα.
 2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω.
 3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτε.
- Σ. 0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε.
 1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε.
 2. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
 3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.
- Τ. 0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό.
 1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά.
 2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά.
 3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά.
- Υ. 0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε.
 1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα.
 2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τί αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφτώ τίποτε άλλο.
 3. Είμαι εντελώς απορροφημένος με το τι αισθάνομαι.
- Φ. 0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες).
 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ (για τις γυναίκες) από ότι συνήθως.
 2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ (για τις γυναίκες)
 3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ (Γ)

Όνομα.....Αριθ.Φακέλου.....
Εξεταστής.....Ημ/νία.....

Παρακαλούμε να βάλετε μόνο έναν κύκλο μπροστά στην απάντηση που εκφράζει καλύτερα πως αισθάνεσθε. Σημειώστε μία απάντηση από κάθε ενότητα.

- A. 0. Δεν αισθάνομαι λυπημένη.
1. Αισθάνομαι λυπημένη ή μελαγχολική.
2α. Είμαι λυπημένη ή μελαγχολική συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό.
2β. Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχισμένη ώστε αυτό μου προξενεί πόνο.
3. Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχισμένη ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.
- C. 0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξη ή αποθαρρυνμένη για το μέλλον.
1. Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον.
2α. Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον
2β. Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου.
3. Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν.
- Γ. 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένη.
1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένη περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
2α. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα αξία λόγου.
2β. Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
3. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένο σαν άτομο (σύζυγος - μητέρα).
- Δ. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένη.
1α. Αισθάνομαι βαριεστημένη σχεδόν όλη την ώρα.
1β. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.
2. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα.
3. Αισθάνομαι δυσαρεστημένη με το κάθε τι
- E. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου.
1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακή ή χωρίς αξία.
2α. Αισθάνομαι πολύ ένοχη.
2β. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακή ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα.
3. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακή ή ανάξια.
- Z. 0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.
1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί.
2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ.
3α. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ.
3β. Θέλω να τιμωρηθώ

- H. 0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου
 1α. Αισθάνομαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου.
 1β. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου.
 2. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου.
 3. Μισώ τον εαυτό μου.
- Θ. 0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερη από τους άλλους.
 1. Είμαι αυστηρή με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου.
 2α. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου.
 2β. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που συμβαίνει.
- I. 0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου.
 1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο.
 2α. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα.
 2β. Μου φαίνεται ότι η οικογένειά μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα.
 2γ. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας.
 3. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα.
- K. 0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.
 1. Κλαίω τώρα περισσότερο από ότι συνήθως.
 2. Κλαίω συνεχώς δεν μπορώ να το σταματήσω
 3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν το θέλω.
- Λ. 0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένη από ότι συνήθως.
 1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο από ότι συνήθως.
 2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένη.
 3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως.
- M. 0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους.
 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους από ότι παλιότερα.
 2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματά μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει.
 3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς.
- N. 0. Είμαι το ίδιο αποφασιστική όπως πάντα.
 1. Τελευταία αναβάλλω το να παίρνω αποφάσεις.
 2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.
 3. Δεν μπορώ να πάρω καμιά απόφαση.
- Ξ. 0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από άλλοτε.
 1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένη και αντιπαθητική.
 2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητική.
 3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημη και αποκρουστική.

- Ο. 0. Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα.
1α. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά.
1β. Δεν τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πρώτα.
2. Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.
3. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ.
- Π. 0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένη από άλλοτε.
2. Ξυπνώ το πρωί 2 - 3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο.
- Ρ. 0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα από ότι συνήθως.
1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα.
2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω.
3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτε.
- Σ. 0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε.
1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε.
2. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.
- Τ. 0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό.
1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά.
2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά.
3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά.
- Υ. 0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε.
1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχία ή δυσκοιλιότητα.
2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τί αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφτώ τίποτε άλλο.
3. Είμαι εντελώς απορροφημένη με το τι αισθάνομαι.
- Φ. 0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τους άνδρες).
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ (για τους άνδρες) από ότι συνήθως.
2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ (για τους άνδρες).
3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τους άνδρες).

ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΥΓΗΣ

Όνομα:

Ημερομηνία:

Δραστηριότητες ή καταστάσεις που αποφεύγεις (στόχοι της θεραπείας)

	άγχος	αποφυγή
1)		
2)		
3)		
4)		

Κλίμακα άγχους

0	1	2	3	4	5	6	7	8
κανένα άγχος		λίγο άγχος		μέτριο άγχος		έντονο άγχος		αβάσταχτο άγχος

Στην παραπάνω κλίμακα βαθμολόγησε το άγχος που σου προξενεί η δραστηριότητα 1,2,3,4

Κλίμακα αποφυγής

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Δεν θα την απέφευγα ποτέ		Θα την απέφευγα λίγες φορές		Θα την απέφευγα αρκετές φορές		Θα την απέφευγα περισσότερες φορές		Θα την απέφευγα πάντα

Στην παραπάνω κλίμακα βαθμολόγησε πόσο αποφεύγεις τη δραστηριότητα ή κατάσταση.

ΤΕΛΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Ονοματεπώνυμο: Ημερομηνία:

Αν ήταν να κάνετε τώρα αυτές τις δραστηριότητες πόσο άγχος θα είχατε και πόσο θα τις αποφεύγατε σύμφωνα με τις παρακάτω κλίμακες;

Τελικοί Στόχοι	Βαθμός	
	Άγχους	Αποφυγής
1.		
2.		
3.		
4.		

Κλίμακα άγχους

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8
 κανένα λίγο άγχος μέτριο έντονο αβάσταχτο
 άγχος άγχος άγχος άγχος

Κλίμακα αποφυγής

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8
 δε θα θα απέφυγα θα απέφυγα θα απέφυγα θα
 απέφυγα / λίγες φορές αρκετές φορές τις περισσότερες απέφυγα
 καμμία αποφυγή φορές φορές φορές πάντα

Ερωτηματολόγιο Άγχους (Beck Anxiety Inventory, BAI, Beck, 1993)

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος συνηθισμένων συμπτωμάτων άγχους. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά το κάθε σύμπτωμα του καταλόγου. Προσδιορίστε πόση ενόχληση σας προκάλεσε το κάθε σύμπτωμα κατά την διάρκεια της ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΗΜΕΡΑΣ, σημειώνοντας ένα Χ στον κύκλο της αντίστοιχης στήλης δίπλα από κάθε σύμπτωμα.

	ΕΝΟΧΛΗΣΗ			
	ΚΑΜΙΑ	ΗΠΙΑ (Δε με ενόχλησε πολύ)	ΜΕΤΡΙΑ (Ήταν πολύ δύσάρεστο, αλλά μπορούσα να το αντέξω)	ΕΝΤΟΝΗ (Μπορούσα να το αντέξω μόλις και μετά βίας)
1. Μουδιάσματα ή Μυρμηγκιάσματα	☐	☐	☐	☐
2. Αίσθημα ζέστης	☐	☐	☐	☐
3. Τρέμουλο στα πόδια	☐	☐	☐	☐
4. Αδυναμία χαλάρωσης	☐	☐	☐	☐
5. Φόβος ότι θα συμβεί το χειρότερο	☐	☐	☐	☐
6. Ζάλη ή αίσθηση λιίγγου	☐	☐	☐	☐
7. Δυνατοί ή γρήγοροι χτύποι στην καρδιά	☐	☐	☐	☐
8. Αίσθημα αστάθειας	☐	☐	☐	☐
9. Τρομοκρατημένος/η	☐	☐	☐	☐
10. Νευρικός/ή	☐	☐	☐	☐
11. Αίσθημα πνιγμού ή ασφυξίας	☐	☐	☐	☐
12. Τρέμουλο στα χέρια	☐	☐	☐	☐
13. Τρεμούλιασμα του σώματος	☐	☐	☐	☐
14. Φόβος απώλειας ελέγχου	☐	☐	☐	☐
15. Δυσκολία στην αναπνοή	☐	☐	☐	☐
16. Φόβος θανάτου	☐	☐	☐	☐
17. Φοβισμένος/η	☐	☐	☐	☐
18. Δυσπεψία ή ενοχλήσεις στην κοιλιακή χώρα	☐	☐	☐	☐
19. Λιποθυμία	☐	☐	☐	☐
20. Κοκκίνισμα προσώπου	☐	☐	☐	☐
21. Εφίδρωση (όχι λόγω ζέστης)	☐	☐	☐	☐

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΦΟΒΟΥ

Όνομα.....Ηλικία.....Φύλο.....Ημ/νία.....

Διάλεξε έναν αριθμό από την παρακάτω κλίμακα που να δείχνει πόσο θα απέφευγες κάθε μία από τις περιστάσεις που αναφέρονται λόγω φόβου ή άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων. Μετά γράψε τον αριθμό που διάλεξες, στο τετράγωνο απέναντι από την κάθε περίπτωση.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Δεν θα την απέφευγα ποτέ		Θα την απέφευγα λίγες φορές		Θα την απέφευγα αρκετές φορές		Θα την απέφευγα περισσότερες φορές		Θα την απέφευγα πάντοτε
1. Κύρια φοβία για την οποία ζητάς θεραπεία (περίγραψε με δικά σου λόγια)								
2. Ενέσεις ή μικροεπεμβάσεις								
3. Να τρώω και να πίνω με άλλους ανθρώπους								
4. Νοσοκομεία								
5. Να ταξιδεύω μόνος με λεωφορείο ή τρένο								
6. Να περπατάω μόνος σε πολυσύχναστους δρόμους								
7. Να με παρακολουθούν με το βλέμμα								
8. Να πηγαίνω σε πολυσύχναστα μαγαζιά								
9. Να μιλάω με ανθρώπους εξουσίας								
10. Να βλέπω αίμα								
11. Να μου κάνουν κριτική								
12. Να πηγαίνω μόνος (ή) μακριά από το σπίτι μου								
13. Να σκέφτομαι τραυματισμό ή αρρώστια								
14. Να μιλώ ή να ενεργώ μπροστά σε ακροατήριο								
15. Μεγάλοι ανοιχτοί χώροι								
16. Να επισκέπτομαι τον οδοντογιατρό								
17. Άλλες περιστάσεις(περίγραψε)								
Άφησε λευκό								
	ΑΓ	ΑΤ	ΚΟΙ					
Σύνολο (παράλειψε 1 και 17)								

Τώρα διάλεξε έναν αριθμό από την παρακάτω κλίμακα που να δείχνει πόσο σε ενοχλεί κάθε ένα από τα προβλήματα που αναφέρονται και γράψε τον αριθμό στο τετράγωνο απέναντι.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Δεν με ενοχλεί καθόλου		Με ενοχλεί λίγο		Με ενοχλεί σίγουρα		Με ενοχλεί έντονα		Με ενοχλεί πάρα πολύ σοβαρά

18. Αισθάνομαι κακοδιάθετος ή στεναχωρημένος.....

19. Αισθάνομαι ευερέθιστος/στη θυμωμένος.....

20. Αισθάνομαι ψυχική ένταση.....

21. Δυσάρεστες σκέψεις έρχονται στο μυαλό μου.....

22. Αισθάνομαι αποξένωση από τον εαυτό μου και το περιβάλλον μου.....

23. Άλλα αισθήματα (περίγραψε).....

Σύνολο

--

Πώς θα βαθμολογούσες την τωρινή κατάσταση των φοβικών σου συμπτωμάτων στην παρακάτω κλίμακα;

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Καμία φοβία		ελαφρά ενοχλητική δεν επηρεάζει τη ζωή μου		σίγουρα ενοχλητική επηρεάζει τη ζωή μου		έντονα ενοχλητική επηρεάζει τη ζωή μου		πολύ σοβαρή ενοχλητική επηρεάζει τη ζωή μου

Παρακαλώ να βάλεις σε ένα κύκλο τους αριθμούς ανάμεσα στο 0 και το 8

ΜΕΡΙΚΟΙ ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

ΑΓΧΟΣ = Το δυσάρεστο συναίσθημα που σχετίζεται άμεσα με την αίσθηση ενός επικείμενου κινδύνου που δεν είναι εμφανής και προσδιορίσιμος από τον παρατηρητή.

ΦΟΒΟΣ = Μια συναφής αίσθηση που προξενείται σαν μια φυσιολογική αντίδραση σε κάποιον υπαρκτό κίνδυνο ή απειλή.

ΠΑΝΙΚΟΣ = Η ξαφνική κορύφωση του άγχους, μικρής διάρκειας.

ΦΟΒΙΑ = Μια ειδική κατηγορία παράλογου φόβου, δυσανάλογα έντονη σε σχέση με το γεγονός που την προκάλεσε, η οποία δεν μπορεί να εξηγηθεί ή να θεμελιωθεί λογικά, βρίσκεται υπεράνω του εκούσιου ελέγχου και οδηγεί σε αποφυγή της καταστάσεως από την οποία προέκυψε. Οι ασθενείς που πάσχουν από φοβία, συνήθως αναγνωρίζουν ότι οι φόβοι τους δεν είναι βάσιμοι και πως οι άλλοι άνθρωποι δικαιολογημένα δε φοβούνται τα ίδια πράγματα. Οι φοβικοί δεν είναι ικανοί να εξηγήσουν τη φοβία τους, που θεωρείται παράλογη, παρόλο που ορθολογικές εξηγήσεις μπορεί να προβάλλονται για αυτήν.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ

Το άγχος είναι το συναίσθημα που συνοδεύει την απάντηση του οργανισμού στον κίνδυνο ή την απειλή. Όταν οι πρόγονοί μας ζούσαν στις σπηλιές και έρχονταν αντιμέτωποι με κάποιον κίνδυνο, ήταν απολύτως ζωτικό να διαθέτουν κάποιον αυτόματο μηχανισμό, που θα τους βοηθούσε να αντιδράσουν πολύ γρήγορα (να επιτεθούν ή να τραπούν σε φυγή). Ακόμη και σήμερα αυτός ο μηχανισμός είναι απαραίτητος. Φανταστείτε ότι διασχίζετε ένα δρόμο και ξαφνικά βλέπετε ένα αυτοκίνητο να κατευθύνεται καταπάνω σας. Αν δε νιώσετε καμία ανησυχία, θα σκοτωθείτε. Το πιο πιθανό όμως είναι ότι αυτός ο μηχανισμός που περιγράφηκε παραπάνω (μάχη ή φυγή), θα ενεργοποιηθεί και θα τρέξετε για να βγείτε από την πορεία του αυτοκινήτου. Άρα, ο σκοπός του άγχους είναι να προστατεύσει τον οργανισμό και όχι να τον βλάψει. **Εξάλλου, θα ήταν παράλογο η φύση να μας είχε προικοδοτήσει με ένα μηχανισμό ο οποίος θα μας έβλαπτε στην προσπάθειά του να μας βοηθήσει.**

ΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΜΑΣ ΟΤΑΝ ΦΟΒΟΜΑΣΤΕ

Όταν κάποιος κίνδυνος γίνεται αντιληπτός ή αναμένεται, ο εγκέφαλος στέλνει μήνυμα σε μια ομάδα νευρών που καλούνται Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα. Αυτό το σύστημα περιλαμβάνει δυο υποσυστήματα: το Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα (ΣΝΣ) και το Παρασυμπαθητικό Νευρικό Σύστημα (ΠΝΣ). Με απλά λόγια, το συμπαθητικό σύστημα απελευθερώνει ενέργεια και ετοιμάζει τον οργανισμό για δράση, ενώ το παρασυμπαθητικό επαναφέρει το σώμα στην αρχική του κατάσταση.

Μια σημαντική επίδραση του ΣΝΣ είναι η απελευθέρωση δυο χημικών ουσιών, αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης, από τα επινεφρίδια. Με τη βοήθεια αυτών των ουσιών, όταν ενεργοποιείται το ΣΝΣ, συνεχίζει να ενεργοποιείται με αυξητικό τρόπο. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η δράση του ΣΝΣ σταματά με δύο τρόπους: οι χημικές ουσίες για τις οποίες μιλήσαμε καταστρέφονται από άλλα χημικά συστατικά από το σώμα μας, ή ενεργοποιείται το ΠΝΣ, το οποίο έχει αντιθετικά αποτελέσματα από το ΣΝΣ και επαναφέρει μια αίσθηση χαλαρότητας στο σώμα.

Πρέπει να θυμόμαστε ότι τελικά, Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΝΣ ΘΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙ. ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΕΙ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΕ ΥΨΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ.

ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Σωματικά συμπτώματα που προκαλούνται από το φυσιολογικό φόβο (ο οργανισμός ετοιμάζεται να δώσει μάχη ή να τραπεί σε φυγή).

1. Αύξηση των παλμών της καρδιάς και της δύναμης των παλμών. Αυτό βοηθάει στην αύξηση της ροής του αίματος, με αποτέλεσμα να βελτιώνεται η διανομή του οξυγόνου στους ιστούς και να αποβάλλονται τα άχρηστα προϊόντα από αυτούς.
2. Αλλαγή της ροής του αίματος. Το αίμα απομακρύνεται από το δέρμα, τα δάκτυλα χεριών και ποδιών. Γι' αυτό το λόγο κατά τη διάρκεια του άγχους το δέρμα φαίνεται χλωμό και τα δάκτυλα είναι κρύα και μουδιάζουν.
3. Αλλαγή της αναπνοής: γίνεται πιο γρήγορη και επιπόλαιη. Αυτό βοηθάει τον οργανισμό, γιατί οι ιστοί χρειάζονται περισσότερο οξυγόνο για να ετοιμαστούν για δράση όταν εμφανίζεται κάποιος κίνδυνος. Το αποτέλεσμα είναι δύσπνοια, αίσθημα πνιγμού, ακόμη και πόνοι από σφίξιμο στο στήθος. Επίσης, η ποσότητα του αίματος στο κεφάλι αλλάζει και παράγονται μια σειρά από δυσάρεστα συμπτώματα όπως ζαλάδα, θόλωμα στα μάτια, σύγχυση, αίσθημα μη πραγματικού και εξάψεις.
4. Εφίδρωση. Η ευεργετική επίδρασή της είναι ότι το δέρμα γλιστράει και γι' αυτό το λόγο ο θηρευτής δυσκολεύεται να αρπάξει το θύμα. Ακόμη, ο ιδρώτας δροσίζει το σώμα όταν αυτό υπερθερμαίνεται.
5. Οι κόρες των ματιών διαστέλλονται, για να αυξηθεί η ποσότητα του φωτός, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε θολή όραση ή κουκίδες μπροστά στα μάτια.
6. Μείωση της σιελόρροιας που προκαλεί αίσθηση ξηρότητας στο στόμα.
7. Μείωση της λειτουργίας του πεπτικού συστήματος, με αποτέλεσμα δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα όπως ναυτία και κόμπο στο στομάχι.
8. Πολλές ομάδες μυών σφίγγονται και αυτό οδηγεί σε μια περιρρέουσα αίσθηση έντασης ή ακόμη και σε πραγματικούς πόνους και τρεμούλα.
9. Γενική δραστηριοποίηση του μεταβολισμού. Γι' αυτό το λόγο, κάποιος που έχει βιώσει όλα ή κάποια από τα παραπάνω συμπτώματα αισθάνεται ζεστός και κουρασμένος μετά.

Μερικές φορές, τα παραπάνω συμπτώματα γεννιούνται χωρίς να υπάρχει μια εμφανής απειλή. Δυστυχώς, πολλοί άνθρωποι δεν μπορούν να δεχτούν ότι δεν έχουν καμία εξήγηση γι' αυτό που τους συμβαίνει και καταφεύγουν σε δικές τους ερμηνείες. Λένε δηλαδή: «Αν δεν υπάρχει τίποτα που να με αγχώνει τότε θα πρέπει να πηγαίνει κάτι στραβά με μένα». Σε αυτή την περίπτωση εφευρίσκονται εξηγήσεις του στυλ: «Πεθαίνω», «Τρελλαίνομαι», ή «Χάνω τον έλεγχο». Όπως είδαμε, τίποτε δεν μπορεί να απέχει περισσότερο από την αλήθεια, εφόσον ο σκοπός της αντίδρασης του οργανισμού με το συγκεκριμένο τρόπο είναι η προστασία και όχι η βλάβη. Παρόλα αυτά, οι σκέψεις είναι κατανοητές. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι με κρίσεις πανικού φοβούνται τα σωματικά συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω. Εφόσον λοιπόν, τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν φόβο, γινόμαστε ιδιαιτέρως ευαίσθητοι σε αυτά, εξαιτίας παρελθοντικών εμπειριών πανικού.

Ας μελετήσουμε με περισσότερες λεπτομέρειες τις ερμηνείες που δίνονται από τους ανθρώπους που βιώνουν κρίσεις πανικού.

Πολλοί πιστεύουν ότι κατά τη διάρκεια μιας κρίσης πανικού θα τρελαθούν και πολλοί βλέπουν τη σχιζοφρένεια ως μια πιθανή κατάληξη. Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως αποσυνδετικός λόγος και σκέψη, περίεργες ιδέες (π.χ. ότι μηνύματα στέλνονται στον άνθρωπο από το διάστημα) και ψευδαισθήσεις (π.χ. ακούγονται φωνές χωρίς να γίνεται δυνατή η πηγή προέλευσής τους). Ακόμη, η αρχή της σχιζοφρένειας είναι συνήθως σταδιακή και όχι ξαφνική και εμπλέκεται ο παράγοντας της κληρονομικότητας. Άρα, είναι αυθαίρετο να συνδέουμε μια τέτοια διαταραχή με τις κρίσεις πανικού εφόσον τα κοινά τους σημεία είναι ανύπαρκτα.

Άλλοι ερμηνεύουν τα συμπτώματα μιας κρίσης πανικού, ως σημάδι ότι χάνουν τον έλεγχο. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι αισθάνονται ανίκανοι να κουνήσουν τα μέλη του σώματός τους (σαν να έχουν πάθει παράλυση) ή ότι θα αρχίσουν να συμπεριφέρονται με τρόπο ανεπίτρεπτο (π.χ. φοβούνται ότι θα αρχίσουν να σκοτώνουν τους ανθρώπους ή ότι δε θα ελέγχουν τα λόγια τους) ή ότι έχουν την αίσθηση πως πλησιάζει κάποιος επικείμενος κίνδυνος. Είδαμε όμως ότι αυτά τα σωματικά συμπτώματα έχουν ως σκοπό να προστατεύσουν και όχι να βλάψουν τον οργανισμό. Σκεφτείτε απλώς, ότι όταν έχετε κρίση πανικού οι άλλοι μπορεί και να μην την αντιλαμβάνονται. Πολλοί φοβούνται ότι τα νεύρα θα εξαντληθούν και θα καταρρεύσουν. Τα νεύρα όμως δεν είναι ηλεκτρικά σύρματα και δε διατρέχουν κίνδυνο κατάρρευσης, εφόσον όπως είδαμε και παραπάνω το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα λειτουργεί ως φύλακας και δεν επιτρέπει στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα να εξαντληθεί. Τέλος, δεν είναι λίγοι εκείνοι που ερμηνεύουν τις κρίσεις πανικού ως καρδιακό επεισόδιο. Τα συμπτώματα είναι παρόμοια: δύσπνοια και πόνοι στο στήθος υπάρχουν και στις δυο περιπτώσεις. Παρόλα αυτά, όταν έχουμε μια ασθένεια στην καρδιά, τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται σε κατάσταση ηρεμίας, κάτι που συμβαίνει πάρα πολύ συχνά κατά τις κρίσεις πανικού. Ακόμη και αν υπάρχουν αμφιβολίες, ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι αρκετό για να υποδείξει οποιαδήποτε ανωμαλία στη λειτουργία της καρδιάς.

Εν περιλήψει, αυτό που ονομάζουμε άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού για να αντιμετωπίσει κάποιο κίνδυνο που μπορεί να μην είναι ορατός. Εξαιτίας αυτής της αντίδρασης, συμβαίνουν μια ποικιλία φυσιολογικών, συμπεριφορικών και νοητικών αλλαγών.