

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ:
Η ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ**

ΤΗΣ

ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ Γ. ΓΙΩΤΣΙΑΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ, 2011

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΑΛΙΚΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, Καθηγητής (Επόπτης)

ΚΑΛΑΝΤΖΗ-AZIZI ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, Καθηγήτρια

ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ ΚΛΑΙΡΗ, Καθηγήτρια

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΑΛΙΚΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, Καθηγητής (Επόπτης)

ΚΑΛΑΝΤΖΗ-AZIZI ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, Καθηγήτρια

ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ ΚΛΑΙΡΗ, Καθηγήτρια

MELLON ROBERT, Καθηγητής

ΚΑΤΕΡΕΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής

ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής

ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής

Στη μνήμη
της μητέρας μου, Άννας Γιωτσίδη
και
της γιαγιάς μου, Παρασκευής Νάκα-Μήλιου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας δεν θα ήταν εφικτή χωρίς τη συμμετοχή και τη συνεργασία κάποιων ανθρώπων, τους οποίους επιθυμώ να ευχαριστήσω θερμά.

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους θεραπευτές και τους θεραπευόμενους που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, με προθυμία, με ανιδιοτέλεια και με πίστη στο όφελος που προσφέρει η έρευνα στην ψυχοθεραπεία για τη βελτίωση του κλινικού έργου και για την επιστημονική τεκμηρίωση της θεραπευτικής διαδικασίας. Η συμβολή τους υπήρξε αναπόσπαστο κομμάτι αυτής της εργασίας και ως εκ τούτου αποτελούν βασικούς συντελεστές της.

Στο ίδιο πλαίσιο, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον Καθηγητή Παναγιώτη Σακελλαρόπουλο, την Αθηνά Φραγκούλη και τον Γιώργο Χατζησταυράκη, οι οποίοι με την εμπιστοσύνη που μου έχουν δείξει όλα τα χρόνια της αгаστικής συνεργασίας μας, το σεβασμό, την ενθάρρυνση και τη σταθερή παρουσία τους, καθώς και με τις πολύτιμες γνώσεις τους, έχουν συμβάλει στην οικοδόμηση της θεραπευτικής μου ταυτότητας. Η ευκαιρία που μου έδωσαν να αξιοποιήσω για τους σκοπούς της έρευνας μία από τις πλέον αναγνωρισμένες δομές ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας της ΕΚΨ&ΨΥ, πέρα από τη θεμελιώδη πρακτική της αξία, αποτέλεσε ψυχικό και ηθικό έρεισμα στην ευρύτερη προσπάθειά μου ως κλινικός και ως ερευνήτρια στο χώρο της ψυχοθεραπείας.

Ιδιαίτερη μνεία οφείλω, επίσης, στον Βασίλη Φωτόπουλο, Διευθυντή Ψυχίατρο στο Δρομοκαϊτείο Νοσοκομείο, καθώς και στη Διοίκηση του Νοσοκομείου, που συνέβαλαν ουσιαστικά στην απρόσκοπτη και ομαλή διεξαγωγή της έρευνας στο ΚΨΥ Κορυδαλλού, και παράλληλα παρείχαν την απαραίτητη πρακτική και ηθική υποστήριξη για την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής. Η δική τους συμβολή διευκόλυνε αποφασιστικά την περάτωση του συγκεκριμένου εγχειρήματος και γι' αυτό τους ευχαριστώ θερμά. Όλοι οι συνάδελφοι μου στο ΚΨΥ Κορυδαλλού, και ιδιαίτερα η Πηγή Δανιά και η Κωνσταντίνα Καπράνου, μου προσέφεραν έμπρακτη βοήθεια, υποστήριξη και ενίσχυση, καθ' όλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας. Θεωρώ πως είναι ευτύχημα, αλλά και χαρά, που συνεργάζομαι μαζί τους. Ευχαριστώ, επίσης, τον Γιώργο Παππά για τη συμμετοχή του στην έρευνα, αλλά και για την προθυμία που επέδειξε ώστε να διασφαλιστούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της μελέτης στο Κέντρο Κοινωνικής Παρέμβασης Δήμου Κορυδαλλού.

Η γνωριμία μου με την Μαρία Πουλούδη και η βαθιά φιλία που αναπτύχθηκε ανάμεσα μας αποτελεί σημαντικό προνόμιο. Με τις άριστες γνώσεις, την καθοδήγηση και τη μεθοδικότητά της, αλλά πρωτίστως με το «ευήκοον ους» που έτεινε για κάθε απορία και ανησυχία αναφορικά με την παρούσα μελέτη, με βοήθησε αποφασιστικά στην ολοκλήρωσή της.

Ο επόπτης μου, Καθηγητής Αναστάσιος Σταλίκας, εκπλήρωσε πολλαπλούς ρόλους καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας. Υπήρξε δάσκαλος ήθους, καθοδηγητής και ταυτόχρονα συμπορευτής, ενοποιός δύναμη και πρότυπο ταύτισης, ο οποίος με την επιστημονσύνη του, την αφοσίωση και την πίστη στις ικανότητες μου αποτέλεσε για μένα μία σθεναρή βάση ασφάλειας τόσο σε γνωστικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Του οφείλω ευγνωμοσύνη. Ένας επιπλέον λόγος για τον οποίο θα ήθελα να τον ευχαριστήσω είναι γιατί, παρά τα μηνύματα των καιρών, επιμένει να εφαρμόζει εμπράκτως το ρητό «*η ισχύς εν τη ενώσει*», μέσω της σύστασης και της εποπτείας της ομάδας θετικών συναισθημάτων.

Ευχαριστώ την ομάδα θετικών συναισθημάτων, η οποία επί σειρά ετών αποτέλεσε μία κοιτίδα ομαδικής δημιουργίας, επεξεργασίας και παραγωγής γνώσης, ελεύθερης έκφρασης και αμοιβαίου σεβασμού, θετικής αλληλεπίδρασης και ανατροφοδότησης, αλληλεγγύης και ενότητας, στοιχεία που συνηγόρησαν σε σημαντικό βαθμό στη σύλληψη, την πορεία και την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τους Πασχαλιά Μυτσκίδου, τη Χριστίνα Σεργιάννη, την Αντιγόνη Μερτίκα, τον Αντώνη Τσιρίκο, τον Κώστα Μπούσουλα, την Κατερίνα Ζύμνη, την Κατερίνα Φλωρά και την Αγάθη Λακιώτη για την πρακτική βοήθεια και την προθυμία τους να μοιραστούν τις γνώσεις και την εμπειρία τους.

Τέλος, ευχαριστώ ολόψυχα τον γιο μου Νικηφόρο που με την ύπαρξή του, αναζωπύρωσε την επιθυμία για δημιουργία και για ανασυγκρότηση, τον σύζυγο μου Γιάννη για την αφοσίωση και την ενίσχυση που μου προσφέρει απλόχερα τα τελευταία 16 χρόνια, καθώς και την αδερφή μου Βιβή για την αγόγγυστη προσφορά της, όλες τις φορές που χρειάστηκα τη βοήθειά της.

Αθήνα

Νοέμβριος, 2010

*«Ό,τι δεν έχω ακούσει ποτέ,
αν και υπήρχε πάντα,
δεν μπορεί βέβαια να αρχίσω
να το ακούω ξαφνικά».*

Κάφκα, Στο Υπερώο, σελ. 92

*Σ' αυτές τις σκοτεινές κάμαρες, που περνώ
μέρες βαριές, επάνω κάτω τριγυρνώ
για να βρω τα παράθυρα. – Όταν ανοίξει
ένα παράθυρο θα είναι παρηγοριά. –
Μα τα παράθυρα δεν βρίσκονται, ή δεν μπορώ
να τα βρω. Και καλύτερα ίσως να μην τα βρω.
Ίσως το φως θα 'ναι μια νέα τυραννία.
Ποιος ξέρει τι καινούργια πράγματα θα δείξει.*

Κ. Π. Καβάφης, Τα Παράθυρα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	xiv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	xvi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	xvii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	xix
ΣΥΝΟΨΗ.....	xxi

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	1
Διευκρινίζοντας την έννοια της αντίστασης: συναφείς έννοιες.....	1
Αντίσταση & αντιδραστικότητα: η θεωρία της ψυχολογικής αντιδραστικότητας.....	2
Αντίσταση & αμφιθυμία: το μοντέλο της κινητοποιητικής συνέντευξης.....	8
Αντίσταση & αντίθεση: το μοντέλο της διαπροσωπικής επιρροής.....	14
Αντίσταση & απροθυμία.....	17

ΜΕΡΟΣ Ι

Η αντίσταση στην_ψυχαναλυτική / ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Οι απαρχές της αντίστασης – Ιστορική ανασκόπηση.....	23
Αρχικές απόψεις του Freud για την έννοια της αντίστασης.....	23
Μεθύτερες απόψεις του Freud για την αντίσταση.....	29
Προς μια ταξινόμηση των αντιστάσεων.....	33
Βασικές θέσεις άλλων ψυχαναλυτών για την αντίσταση.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Μορφές και τύποι αντίστασης.....	37
Η πολυμορφία των αντιστάσεων: αιτιάσεις και γενικές κατηγοριοποιήσεις.....	38
Φανερές και κρυφές αντιστάσεις.....	48
Τα πέντε είδη αντίστασης του Freud.....	54
Περαιτέρω ταξινομήσεις των αντιστάσεων.....	73
Η φαινομενολογία των αντιστάσεων: Προς μια ενιαία κατάταξη.....	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
Η θετική διάσταση της αντίστασης: σύγχρονες θεωρητικές και κλινικές απόψεις.....	81
Αμφισβήτηση της (αρνητικής) σημασίας της έννοιας της αντίστασης.....	82
Μεταστροφή προς μια θετική οπτική της αντίστασης.....	84
Θεωρητικά θεμέλια της θετικής διάστασης της αντίστασης.....	87
Η ωφελιμότητα της αντίστασης στην κλινική πράξη.....	91
Ο ρόλος της ασφάλειας στη θεωρία των αντιστάσεων.....	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
Η κατανόηση της αντίστασης υπό το πρίσμα της θεωρίας προσκόλλησης.....	113
Θεωρητική πλαισίωση: Η αντίσταση στη θεωρία της προσκόλλησης.....	115
Κλινική και ερευνητική τεκμηρίωση: Η αντίσταση στην πρακτική της θεωρίας προσκόλλησης.....	158
Θεραπευτική αντιμετώπιση: πρόταση ενός ολιστικού σχήματος.....	186
Συμπεράσματα.....	194
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
Η αντίσταση στην ομαδική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.....	197
Η εξελικτική διάσταση της αντίστασης στην ομαδική ψυχοθεραπεία.....	198
Μορφές αντίστασης στην ομαδική ψυχοδυναμική θεραπεία.....	201
Ο ρόλος του θεραπευτή στην αντίσταση της ομάδας.....	210

ΜΕΡΟΣ II

Η αντίσταση_σε άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Η αντίσταση ως αποφυγή στη Gestalt θεραπεία	219
Η έννοια της αποφυγής: διαφοροποιητικός παράγοντας της Gestalt από την ψυχανάλυση	220
Προϋποθέσεις αυτό-ρύθμισης των αντιστάσεων.....	223
Κοινά χαρακτηριστικά της αντίστασης στη Gestalt θεραπεία	226

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Η αντίσταση στη συστημική οικογενειακή θεραπεία	231
Η ιστορική εξέλιξη της έννοιας της αντίστασης	232
Αιτιάσεις της αντίστασης στη συστημική θεραπεία οικογένειας	234
Μορφές αντίστασης στη θεραπεία οικογένειας.....	238
Περαιτέρω εξελίξεις στην έννοια της αντίστασης.....	251

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Η αντίσταση στις γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας	255
Ερμηνευτικό πλαίσιο της αντίστασης	255
Μορφές αντίστασης και στρατηγικές αντιμετώπισης	270

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Η αντίσταση ως μη-συμμόρφωση στη συμπεριφοριστική θεραπεία.....	281
Αρχικές προσπάθειες ερμηνείας της αντίστασης	281
Σύγχρονες αιτιάσεις της μη-συμμόρφωσης στη συμπεριφοριστική θεραπεία	284
Συνεργασιμότητα στην κατ' οίκον ανάθεση εργασίας: ερευνητικά δεδομένα	285
Ο ρόλος του θεραπευτή και των τεχνικών αντιμετώπισης της μη-συμμόρφωσης	287

ΜΕΡΟΣ III

Αντίσταση_και καλοκαιρινές διακοπές θεραπείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	293
Διακοπές της θεραπείας: αποχωρισμός και αντίσταση	293
Ο ρόλος του αποχωρισμού στην ψυχική ζωή και τη θεραπεία.....	295
Αιτιολογία των αντιστάσεων στις διακοπές της θεραπείας.....	313
Μορφές αντιστάσεων στις διακοπές της θεραπείας	326

ΜΕΡΟΣ IV

Η έρευνα για την αντίσταση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12	347
Η μέτρηση της αντίστασης	347
Εξειδικευμένα εργαλεία για τη μέτρηση της αντίστασης.....	349
Ευρύτερες μέθοδοι για τη μέτρηση της αντίστασης.....	357
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13	363
Ερευνητικά δεδομένα για την αντίσταση στην ψυχοθεραπεία.....	363
Αντίσταση και θεραπευτικό αποτέλεσμα	364
Αντίσταση και ερμηνεία	370
Αντίσταση και θεραπευτική συμμαχία.....	378
Αντίσταση και παρεμβατικότητα θεραπευτή	382

ΜΕΡΟΣ V
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	393
ΜΕΘΟΔΟΣ	395
Δείγμα	395
Εργαλεία	398
Διαδικασία	409
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	413
Περιγραφικά αποτελέσματα και προετοιμασία δεδομένων	413
Έλεγχος Προϋποθέσεων Στατιστικών Αναλύσεων	426
Κυρίως Στατιστικές Αναλύσεις	429
Ερευνητικό Ερώτημα 1:	430
Ερευνητικό Ερώτημα 2:	431
Ερευνητικό Ερώτημα 3:	433
Ερευνητικό Ερώτημα 4:	437
Ερευνητικό Ερώτημα 5:	442
Ερευνητικό Ερώτημα 6:	446
Ερευνητικό Ερώτημα 7:	447
Ερευνητικό Ερώτημα 8:	484
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	489
Βασικά ερευνητικά ερωτήματα	489
Δευτερογενή ερευνητικά ερωτήματα	508
Θεωρητικές προεκτάσεις	512
Ερευνητικές προεκτάσεις	514
Κλινικές/εκπαιδευτικές προεκτάσεις	515
Περιορισμοί – Περαιτέρω έρευνα	517
Συνεισφορά στη γνώση	525
Βιβλιογραφία	529
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I	585
Συγκατάθεση θεραπευόμενου	587
Δημογραφικά στοιχεία θεραπευόμενου	588
Κλίμακα θεραπευτικής συμμαχίας (WAI)	589
Κλίμακα σχέσης προσκόλλησης με θεραπευτή (CATS)	591
Κλίμακα Αντιδραστικότητας (TRS)	593
Συγκατάθεση θεραπευτή	594
Δημογραφικά στοιχεία θεραπευτή / στοιχεία θεραπείας	595
Ερωτηματολόγιο μεταβίβασης (TSC-TI)	596
Ερωτηματολόγιο θεραπευτή για συμπεριφορές θεραπευόμενου (TQCB)	597

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1	
Η κατάταξη των αντιστάσεων από τον S. Freud.....	54
Πίνακας 2	
Ταξινομική κατάταξη 22 μορφών αντίστασης της Otani Akira (1989).....	78
Πίνακας 3	
Οι βασικές υποθέσεις του Bion (1961) στην ομαδική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.....	202
Πίνακας 4	
Ποσοστά του δείγματος ανά υποκλίμακα CATS και συστάδα.....	420
Πίνακας 5	
Εύρος τιμών, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις κλιμάκων (N=46).....	422
Πίνακας 6	
Εύρος τιμών, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις παραγόντων κλίμακας αντίστασης (N=46).....	423
Πίνακας 7	
Συσχετίσεις ανάμεσα στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή και την αντίσταση στην 1 ^η μέτρηση της μελέτης	434
Πίνακας 8	
Ανάλυση διασποράς για την αντίσταση ανά τύπο σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή.....	435
Πίνακας 9	
Συσχετίσεις ανάμεσα στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή και την αντίσταση στη 2 ^η και 3 ^η μέτρηση της μελέτης	438
Πίνακας 10	
Οριακές μέσες τιμές ανά συστάδα στην αντίσταση ύψωσης ορίων	439
Πίνακας 11	
Έλεγχοι υποθέσεων για την επίδραση του χρόνου στον παράγοντα της συνεργατικής σχέσης.....	440
Πίνακας 12	
Πολλαπλές συγκρίσεις στον παράγοντα της συνεργατικής σχέσης στον χρόνο ανά συστάδα σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή.....	440

Πίνακας 13

Έλεγχοι υποθέσεων για τις μεταξύ των ατόμων επιδράσεις στο μοντέλο για την αντίσταση ύψωσης ορίων 451

Πίνακας 14

Διαφορές μεταξύ των μετρήσεων στο μοντέλο επιδράσεων για την αντίσταση ύψωσης ορίων.....453

Πίνακας 15

Έλεγχοι υποθέσεων για την επίδραση του χρόνου στην αντίσταση κατάργησης ορίων 461

Πίνακας 16

Διαφορές μεταξύ των μετρήσεων στο μοντέλο επιδράσεων για την αντίσταση κατάργησης ορίων.....463

Πίνακας 17

Έλεγχοι υποθέσεων για τις εντός των ατόμων επιδράσεις στο μοντέλο για τη συνολική αντίσταση με υποκλίμακες 477

Πίνακας 18

Έλεγχοι υποθέσεων για την επίδραση του χρόνου στο μοντέλο για τη συνολική αντίσταση με συστάδες 480

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1. Η αντίσταση σε σχέση με το απωθημένο – 2 ^η υπόθεση του Freud.....	27
Σχήμα 2. Οι αρχικές εννοιολογικές διαστάσεις της αντίστασης στο έργο του Freud.....	29
Σχήμα 3. Η σχέση της απώλειας με τους τύπους ανασφαλούς προσκόλλησης (Sable, 1997).....	140
Σχήμα 4. Συνδυαστική παρουσίαση των διαστάσεων ενήλικης προσκόλλησης κατά Brennan, Clark και Shaver (1998) και κατά Bartholomew και Horowitz (1991)	142
Σχήμα 5. Βασικές αρχές προώθησης της ασφαλούς βάσης στην ψυχοθεραπεία	191
Σχήμα 6. Χρονοδιάγραμμα μελέτης βάσει θεραπευτικής πορείας.....	410

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1	
Τυποποιημένες τιμές της σχέσης προσκόλλησης (υποκλίμακες CATS) ανά συστάδα.....	420
Γράφημα 2	
Θηκογράμματα αντίστασης ύψωσης ορίων και συνολικής αντίστασης ανά τύπο σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή	436
Γράφημα 3	
Τάσεις στον παράγοντα της συνεργατικής σχέσης στον χρόνο ανά συστάδα σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή	441
Γράφημα 4	
Σχέση συνολικής αντίστασης και θεραπευτικής συμμαχίας ανά συστάδα προσκόλλησης με τον θεραπευτή στην 1 ^η μέτρηση και την 3 ^η μέτρηση.....	443
Γράφημα 5	
Σχέση αντίστασης ύψωσης ορίων και θεραπευτικής συμμαχίας ανά συστάδα προσκόλλησης με τον θεραπευτή στην 1 ^η μέτρηση και την 3 ^η μέτρηση.....	444
Γράφημα 6	
Σχέση αντίστασης κατάργησης ορίων και θεραπευτικής συμμαχίας ανά συστάδα προσκόλλησης με τον θεραπευτή στην 1 ^η μέτρηση και την 3 ^η μέτρηση.....	445
Γράφημα 7	
Οριακές μέσες τιμές αρνητικής μεταβίβασης στην αντίσταση ύψωσης ορίων.....	455
Γράφημα 8	
Οριακές μέσες τιμές θεραπευτικής προσέγγισης στην αντίσταση ύψωσης ορίων.....	455
Γράφημα 9	
Αλληλεπίδραση συστάδας και χρόνου μέτρησης της έρευνας στην αντίσταση ύψωσης ορίων	456
Γράφημα 10	
Αλληλεπίδραση χρόνου και απόστασης μεταξύ 1 ^{ης} -2 ^{ης} μέτρησης στην αντίσταση ύψωσης ορίων...	456
Γράφημα 11	
Τάσεις στην αντίσταση ύψωσης ορίων ανά χρονική απόσταση 1 ^{ης} -2 ^{ης} μέτρησης.....	458
Γράφημα 12	
Τάσεις στην κατάργηση ορίων ανά βαθμό αρνητικής μεταβίβασης.....	462
Γράφημα 13	
Αντίσταση κατάργησης ορίων ως προς αντιδραστικότητα ανά βαθμό αρνητικής μεταβίβασης και ανά μέτρηση.....	464

Γράφημα 14	
Αλληλεπίδραση χρονικής απόστασης 1ης-2ης μέτρησης, ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με θεραπευτή και χρόνου μέτρησης της έρευνας.....	465
Γράφημα 15	
Αλληλεπίδραση αντιδραστικότητας και χρόνου μέτρησης της έρευνας στην αντίσταση κατάργησης των ορίων.....	468
Γράφημα 16	
Τάσεις στην αντίσταση κατάργησης των ορίων ανά συστάδα.....	469
Γράφημα 17	
Τάσεις στην αντίσταση κατάργησης των ορίων ανά χρονική απόσταση 1 ^{ης} -2 ^{ης} μέτρησης και ανά συστάδα.....	470
Γράφημα 18	
Τάσεις στην αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής ανά τύπο πλαισίου.....	472
Γράφημα 19	
Τάσεις στην αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής.....	473
Γράφημα 20	
Τάσεις στη συνολική αντίσταση ανά βαθμό αρνητικής μεταβίβασης.....	476
Γράφημα 21	
Τάσεις στη συνολική αντίσταση ανά τύπο θεραπευτικής προσέγγισης.....	476
Γράφημα 22	
Τάσεις στη συνολική αντίσταση ανά χρονική απόσταση 1 ^{ης} -2 ^{ης} μέτρησης.....	477
Γράφημα 23	
Αλληλεπίδραση ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με θεραπευτή και χρόνου στη συνολική αντίσταση ανά μέτρηση και ανά χρονική απόσταση 1 ^{ης} -2 ^{ης} μέτρησης.....	478
Γράφημα 24	
Τάσεις στη συνολική αντίσταση ανά βαθμό αρνητικής μεταβίβασης.....	481
Γράφημα 25	
Τάσεις στη συνολική αντίσταση ανά συστάδα	481
Γράφημα 26	
Τάσεις στη συνολική αντίσταση ανά χρονική απόσταση 1 ^{ης} -2 ^{ης} μέτρησης και ανά συστάδα.....	482

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχο της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της αντίστασης του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Οι δύο αυτές βασικές μεταβλητές συνεξετάζονται με μια σειρά από επιμέρους ενδοπροσωπικές (π.χ. αντιδραστικότητα, μεταβίβαση), καθώς και διαπροσωπικές (π.χ. θεραπευτική συμμαχία) παραμέτρους, την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας. Μία από τις βασικές υποθέσεις της μελέτης είναι ότι η αντίσταση του θεραπευόμενου συσχετίζεται με ανασφαλείς τύπους σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, και αντίθετα ότι η ασφαλής θεραπευτική σχέση συνδέεται με μειωμένα επίπεδα αντίστασης. Ένα επιπλέον ερευνητικό ερώτημα αφορά κατά πόσον οι δύο βασικές μεταβλητές της μελέτης, καθώς και η μεταξύ τους σχέση, μεταβάλλονται την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, συγκριτικά με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών, και παράλληλα, από ποιους παράγοντες επηρεάζεται αυτή η μεταβολή. Η μελέτη βασίστηκε σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις με ανώνυμα ερωτηματολόγια, σε δείγμα 46 θεραπευόμενων σε ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική, συστημική, ανθρωπιστική-πελατοκεντρική και γνωσιακή θεραπεία, με ελάχιστο διάστημα θεραπείας τις 8-12 συνεδρίες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η αντίσταση συσχετίζεται θετικά με ανασφαλείς τύπους σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή και αρνητικά με τον ασφαλή τύπο θεραπευτικής σχέσης. Εντούτοις, οι συσχετίσεις αυτές μεταβάλλονται την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας. Από την ανάλυση παλινδρόμησης διαπιστώθηκε, επίσης, ότι οι θεραπευόμενοι με διαφορετικό τύπο σχέσης προσκόλλησης αντιδρούν διαφορετικά την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, εκφράζοντας διαφορετικούς τύπους αντίστασης. Οι διαφορές αυτές επηρεάζονται από μια σειρά από επιμέρους παραμέτρους (π.χ. προηγούμενος χρόνος θεραπείας, αρνητική μεταβίβαση, θεραπευτική προσέγγιση, θεραπευτικό πλαίσιο, θεραπευτική συμμαχία), εύρημα που καταδεικνύει την πολυπαραγοντικότητα του φαινομένου της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία. Τα αποτελέσματα της μελέτης προβάλλουν την ανάγκη πολυμερούς τρόπου κατανόησης και ερμηνείας των αντιστάσεων, ενώ παράλληλα παρέχουν εμπειρική τεκμηρίωση για το ρόλο της ασφάλειας και της απώλειας στη θεραπευτική σχέση. Συζητώνται οι μεθοδολογικοί περιορισμοί της παρούσας μελέτης και προτείνονται περαιτέρω πεδία για τη συνέχιση της σχετικής έρευνας.

Λέξεις-Κλειδιά: αντίσταση, σχέση προσκόλλησης με θεραπευτή, ασφάλεια, καλοκαιρινές διακοπές, μεταβίβαση, θεραπευτική συμμαχία, αντιδραστικότητα.

ΣΥΝΟΨΗ

Οι δύο βασικές παράμετροι που εξετάζονται στην παρούσα μελέτη περιλαμβάνουν την αντίσταση του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία και την ασφαλής / ανασφαλής σχέση προσκόλλησης θεραπευόμενου-θεραπευτή. Οι παράμετροι αυτές μελετώνται την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, συγκριτικά με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών.

Η έννοια της αντίστασης είναι τόσο παλιά όσο και η ψυχανάλυση, καθώς αποτέλεσε βασικό θεωρητικό πυλώνα της ψυχαναλυτικής σχολής (Freud, 1904/1953b, 1914/1958c). Μολονότι θεμελιώθηκε στους κόλπους της ψυχαναλυτικής θεωρίας, η αντίσταση του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία συνιστά μια παν-θεωρητική μεταβλητή (Wachtel, 1982). Η παρούσα μελέτη αντιμετωπίζει την αντίσταση υπό αυτό το πρίσμα, δηλαδή ως προεξάρχουσα ψυχαναλυτική έννοια, αλλά με ταυτόχρονες παν-θεωρητικές συνιστώσες. Η επιτροπή της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας που συστάθηκε για τη μελέτη κεντρικών παραγόντων της ψυχοθεραπείας επισήμανε ότι η αντίσταση αποτελεί μία από τις βασικότερες μεταβλητές που επηρεάζουν τη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα προς την ψυχική αλλαγή (Norcross, 2002). Η διαχρονική ανάδειξή της για περισσότερο από έναν αιώνα ως κεντρικό, κοινό, παράγοντα στη διαμόρφωση της ψυχικής αλλαγής, προκρίνει την αντίσταση του θεραπευόμενου σε κρίσιμο συστατικό της θεραπευτικής διαδικασίας, ανεξαρτήτως της επιμέρους θεραπευτικής προσέγγισης. Εντούτοις, η σχετική ερευνητική τεκμηρίωση είναι δυσανάλογη της σπουδαιότητάς της σε θεωρητικό και σε κλινικό επίπεδο.

Η περιορισμένη ερευνητική δραστηριότητα σχετικά με την αντίσταση του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία οφείλεται, καταρχήν, στο γεγονός ότι πρόκειται για μια έννοια ιδιαίτερα σύνθετη και πολύπλοκη, και συνακόλουθα, στην έλλειψη ενός καθολικά αποδεκτού ορισμού της αντίστασης, στο σύνολο των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων

(Luborsky, Barber, & Crits-Cristoph, 1990). Η αντίσταση έχει διέλθει από πολλά διαφορετικά στάδια εννοιολογικής εξέλιξης, τόσο στο πεδίο της ίδιας της ψυχαναλυτικής / ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, όσο και στις υπόλοιπες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Κοινό τόπο των σύγχρονων θεωρήσεων αναφορικά με την αντίσταση ανάμεσα στις επιμέρους ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις συνιστά η παράμετρος της ασφάλειας του θεραπευόμενου, ιδιαίτερα όπως αυτή βιώνεται στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης. Η σύνδεση της αντίστασης με τον παράγοντα της ασφάλειας αποτελεί το βασικό έρεισμα της σύγχρονης λειτουργικής και θετικής διάστασης της αντίστασης, ανάμεσα στις διάφορες σχολές ψυχοθεραπείας. Υπό αυτό το πρίσμα, η αντίσταση αφενός παύει να κατανοείται αποκλειστικά με ενδοπροσωπικούς όρους, και αντίθετα θεωρείται ότι συν-κατασκευάζεται στη θεραπευτική διαντίδραση (Adler & Bachant, 1998. Schoenewolf, 1996). Αφετέρου δε, η αντίσταση ορίζεται ως μηχανισμός προστασίας και διαφύλαξης του αισθήματος της ασφάλειας –ενδοψυχικής ή/και διαπροσωπικής (Dowd, 1999b. Engle & Holiman, 2002a. Frankel & Levitt, 2006. Kernberg, 1988. Kohut, 1984. Lois & Gunderson, 2009. Mahoney, 1991. Miller, 2003. Mouque, 2005. Sandler, 1968. Schafer, 1973). Παρά τις σύγχρονες αυτές τάσεις, η σχέση της αντίστασης με το αίσθημα ασφάλειας στην ψυχοθεραπεία δεν έχει μελετηθεί άμεσα και συστηματικά.

Στην παρούσα εργασία η αντίσταση μελετάται από κοινού με τη μεταβλητή της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, η οποία ορίζεται στη βάση της ασφαλούς / ανασφαλούς θεραπευτικής σχέσης.

Καθώς η παράμετρος της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή βασίζεται στη θεωρία προσκόλλησης του Bowlby (1960, 1969, 1973, 1980, 1988), η παρούσα μελέτη ενσωματώνει την κεντρική θέση της θεωρίας ότι η ενδοψυχική ασφάλεια κατακτάται εξελικτικά μέσα στην πρωταρχική σχέση με τη μητέρα και διακυβεύεται από την απώλεια της σχέσης. Η ενσωμάτωση αυτή επιτυγχάνεται με τη διερεύνηση των βασικών μεταβλητών της παρούσας

εργασίας κατά την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, όταν ο θεραπευόμενος αντιμετωπίζει τον (προσωρινό) αποχωρισμό από τον θεραπευτή, οπότε δημιουργείται ένα «ιδανικό» πεδίο προκειμένου να καταδειχθεί η αλληλεπίδραση μεταξύ αντίστασης και ασφάλειας στη θεραπεία. Την περίοδο των θερινών διακοπών διαταράσσεται η συνέχεια και η σταθερότητα του θεραπευτικού πλαισίου, ανακινούνται επώδυνα συναισθήματα και ενεργοποιούνται παλαιότερα βιώματα απώλειας και αποχωρισμού (Freud, 1900/1953a. Greenson, 1967. Grinstein, 1955. Power, 2003). Παρόλο που θεωρητικά και κλινικά, η συγκεκριμένη περίοδος έχει συνδεθεί με πολλαπλά φαινόμενα αντίστασης (Goin, 2002. Handley & Swenson, 1989. Rhoads & Rhoads, 1995. Shengold, 2006. Stein, Corter, & Hull, 1996), η επίδραση της απουσίας του θεραπευτή σε βασικές παραμέτρους της θεραπευτικής διαδικασίας, όπως είναι η αντίσταση, δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς. Μάλιστα, είναι άξιο απορίας πώς γενικότερα ο παράγοντας της απώλειας και του αποχωρισμού, ενώ έχει θεμελιακή αξία στην πορεία της ανθρώπινης ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης (π.χ. Bowlby, 1960. Mahler, 1968. Quinodoz, 1993. Winnicott, 1958), δεν έχει τύχει ιδιαίτερης ερευνητικής προσοχής στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης. Ένας επιπλέον στόχος της παρούσας μελέτης είναι να εξεταστεί ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη μεταβολή της αντίστασης μέσα στο χρόνο και ειδικότερα την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών.

Είναι η πρώτη φορά που διενεργείται μια τέτοια έρευνα. Επομένως, θα διερευνηθεί τόσο η σχέση της αντίστασης με τη σχέση προσκόλλησης του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή, όσο και οι ευρύτεροι κλινικοί (π.χ. θεραπευτική προσέγγιση, προηγούμενη διάρκεια θεραπείας), προσωπικοί (π.χ. μεταβίβαση, αντιδραστικότητα) και διαπροσωπικοί (π.χ. θεραπευτική συμμαχία, σχέση προσκόλλησης με θεραπευτή) παράγοντες που πιθανόν επηρεάζουν τις μεταβολές της αντίστασης κατά τη θεραπευτική διαδικασία και ειδικότερα

την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών.

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

Καταρχάς, είναι σημαντικό να αποσαφηνιστεί η έννοια της αντίστασης από άλλες συναφείς, ώστε να αποφευχθεί η μεταξύ τους ταύτιση. Η αντίσταση του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία –αν και παρουσιάζει κοινά σημεία και διαστάσεις– είναι έννοια διάφορη από την αντιδραστικότητα, την αμφιθυμία, την αντίθεση, την απροθυμία, την αμυντικότητα, και τέλος την άμυνα. Ειδικότερα, όσον αφορά την αντιδραστικότητα –δηλαδή το χαρακτηριστικό εκείνο της προσωπικότητας που κινητοποιείται όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ότι οι προσωπικές ελευθερίες περιορίζονται ή απειλούνται με περιορισμό (Dowd, Milne, & Wise, 1991)– η συγκεκριμένη μεταβλητή έχει μελετηθεί σε πλήθος ερευνών για τη μέτρηση της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία. Επομένως, για λόγους συγκρισιμότητας και ερευνητικής συνέχειας, κρίθηκε απαραίτητο να συμπεριληφθεί και στην παρούσα μελέτη.

Η αντίσταση του θεραπευόμενου αφορά πάντοτε ένα φαινόμενο που λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας. Στην ψυχανάλυση, η αντίσταση ερμηνεύτηκε ως η εναντίωση του ατόμου στην ανάκληση απωθημένων αναμνήσεων, καθώς και στη συνειδητοποίηση συγκρουσιακών και απαρνημένων επιθυμιών. Ο πρωταρχικός ορισμός του Freud (1900/1953b), ότι αντίσταση συνιστά οτιδήποτε παρεμποδίζει την πρόοδο της αναλυτικής εργασίας, είχε ως αποτέλεσμα η αντίσταση να θεωρηθεί ένα κατεξοχήν αρνητικό φαινόμενο, το οποίο παρακωλύει τη θεραπευτική πορεία και αναχαιτίζει τη θεραπευτική εξέλιξη. Η αντίσταση αποδόθηκε σε αποκλειστικά ενδογενείς, ενορμητικές και φαντασιωσικές, αιτιάσεις, ενώ συνδέθηκε με την παράμετρο της μεταβίβασης (Freud, 1905/1953c). Η μεταβίβαση του θεραπευόμενου προς τον θεραπευτή προκύπτει καθώς ο θεραπευόμενος, αντί της αναμνημόνευσης παρελθόντων απωθημένων εμπειριών, συναισθημάτων και

ασυνείδητων επιθυμιών, αναβιώνει τις εμπειρίες, τα συναισθήματα και τις επιθυμίες αυτές στη σχέση με τον θεραπευτή. Λόγω της άρρηκτης σχέσης ανάμεσα στην αντίσταση και τη μεταβίβαση, η τελευταία αποτέλεσε μία από τις μεταβλητές που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα εργασία. Τόσο η μεταβίβαση όσο και η αντίσταση συνιστούν ασυνείδητες διεργασίες, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση.

Οι κατά βάση ασυνείδητες εκδηλώσεις της αντίστασης αφορούν στην προσπάθεια του θεραπευόμενου να αποφύγει τη βίωση επώδυνων συναισθημάτων (π.χ. θυμό, θλίψη, ενοχή, ντροπή, φθόνο), ή ευρύτερα τη βίωση ψυχικού πόνου, όπως αυτός ανακύπτει κατά τη θεραπευτική διαδικασία (Greenson, 1967). Η αντίσταση θεωρήθηκε «πανταχού παρούσα» κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Freud, 1910/1957a). Ως συνέπεια αυτού, έχει διαμορφωθεί ένας πακτωλός κατηγοριοποιήσεων και κατάταξης των επιμέρους εκδηλώσεων αντίστασης, γεγονός που περιπλέκει περαιτέρω την ερευνητική μελέτη της συγκεκριμένης μεταβλητής.

Ο αρχικός ορισμός της αντίστασης, ως σκόπελος που εγείρει μια σειρά από δυσκολίες στη θεραπευτική διαδικασία, αντηχεί έως σήμερα στην κλινική πρακτική (Gabbard, 2000), παρά τις σύγχρονες τάσεις για μια θετικότερη αντιμετώπιση της αντίστασης. Μολονότι, ήδη από την εποχή του Freud (1912/1958a) είχε επισημανθεί ότι οι αντιστάσεις αποτελούν σημαντικό και αναπόφευκτο μέρος της ψυχοθεραπείας, η συγκεκριμένη θέση προβαλλόταν μάλλον μέσα από ένα αρνητικό πρίσμα κατανόησης της αντίστασης, παρά μέσα από μια θετική τάση αξιοποίησης των αντιστάσεων προς όφελος της θεραπείας. Στο γεγονός της αρνητικής απόδοσης των αντιστάσεων έχουν συνηγορήσει και σχετικά ερευνητικά ευρήματα.

Η αντίσταση του θεραπευόμενου έχει συσχετιστεί με υψηλά επίπεδα μη-προσέλευσης στις συνεδρίες (Morgan, 1986. Seibel & Dowd, 1999), με πρόωρη διακοπή της θεραπείας και με αρνητική θεραπευτική έκβαση (Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000. Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002a. Chamberlain et al., 1984), με μικρό ρυθμό βελτίωσης στη θεραπεία (Graybar et al., 1989. Morgan, 1986), με χαμηλή θεραπευτική συμμαχία (Callahan, 2000. Patton,

Kivlighan, & Multon, 1997. Watson & McMullen, 2005), με μικρό βαθμό συμμόρφωσης στη θεραπεία, (Graybar, Antonuccio, Boutilier, & Varble, 1989. Oei & Kazmierczak, 1997) και με μεγάλη τάση επίκρισης και αμφισβήτησης του θεραπευτή (Hansen, Hoogduin, Schaap, & Haan, 1992). Έχει, επίσης, διαπιστωθεί ότι η ανάλυση των αντιστάσεων είναι απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να επιτευχθούν αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφοράς (Newman, 2002), καθώς και σε επίπεδο βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων (Strupp, 1993), αλλά και στη δυνατότητα του ατόμου για ενόραση και για επεξεργασία των προσωπικών δυσκολιών (Garduk & Haggard, 1972. Hill et al., 1992. Kivlighan, Multon, & Patton, 1996. Mahalik, 1994).

Δίχως να αναιρείται η επιβεβαιωμένη δυσκολία που επισύρει η εμφάνιση αντιστάσεων στη θεραπευτική διαδικασία, τα τελευταία 30 χρόνια η αρνητική σημασία της αντίστασης αμφισβητήθηκε και ο παραδοσιακός τρόπος κατανόησής της επαναπροσδιορίστηκε, υπό το φως σύγχρονων ψυχαναλυτικών θεωρήσεων. Συνακόλουθα το ερευνητικό ενδιαφέρον για την αντίσταση στράφηκε περισσότερο στη μελέτη δι-υποκειμενικών μεταβλητών (π.χ. θεραπευτική συμμαχία, στάση θεραπευτή).

Στη βάση των θεωρητικών της σχολής των αντικειμενότροπων σχέσεων, της σχολής της ψυχολογίας του Εαυτού, των εξελικτικών ψυχοδυναμικών θεωριών και της θεωρίας προσκόλλησης, οι σύγχρονες τάσεις επικεντρώνονται πλέον σε τρία σημεία, προτείνοντας ένα περισσότερο ολοκληρωμένο και πολυμερές ερμηνευτικό πλαίσιο της αντίστασης. Πρώτον, η αντίσταση δεν αντιμετωπίζεται ως «ανταγωνιστής» της θεραπείας, ως τροχοπέδη της θεραπευτικής προόδου, αλλά μάλλον ως «σύμμαχος» της θεραπευτικής διαδικασίας και της θεραπευτικής εξέλιξης (Messer, 2002. Miller, 2003). Δεύτερον, η αντίσταση δεν θεωρείται πια ένα αποκλειστικά ενδοπροσωπικό φαινόμενο που οφείλεται σε εσωτερικές συγκρούσεις, σε άμυνες και στην ευρύτερη ψυχοπαθολογία του θεραπευόμενου, αλλά αντίθετα έχει διαπροσωπική διάσταση, καθώς συν-κατασκευάζεται στο πλαίσιο της

θεραπευτικής σχέσης (Adler & Bachant, 1998. Blatt & Erlich, 1982. Karlsson, 2004. Samberg, 2003. Van Denburg & Kiesler, 2002). Τρίτον, η αντίσταση δεν αποτελεί μια αναχρονιστική έννοια στο πεδίο της ψυχοθεραπείας, αλλά τουναντίον η ανάλυση και η επεξεργασία των αντιστάσεων θεωρείται πως *είναι* η θεραπεία αυτή καθ' εαυτή (Messer, 2002. Samberg, 2003). Επομένως, ως σχεσιακό φαινόμενο, το οποίο αναπτύσσεται στη θεραπευτική дуάδα ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο, η αντίσταση έχει αρχίσει σταδιακά να αντιμετωπίζεται με πιο θετικό τρόπο, παρά σαν ένα *impasse* της θεραπείας. Οι σύγχρονοι θεωρητικοί, διευρύνοντας τη φροϋδική άποψη ότι η αντίσταση αμύνεται ενάντια στην εμφάνιση δυσάρεστων και επώδυνων συναισθημάτων, προβάλλουν την αντίσταση ως «φύλακα» της ψυχικής ισορροπίας και τη συνδέουν με το αίσθημα της εσωτερικής ασφάλειας του ατόμου.

Η συγκεκριμένη διάσταση αντανakλάται στις περισσότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, παρόλο που καθεμία την αναδεικνύει από τη δική της θεωρητική σκοπιά.

Ειδικότερα, στη θεραπεία Gestalt η αντίσταση ταυτίζεται με την έννοια της αποφυγής. Η αποφυγή θεωρείται αρωγός της θεραπείας, αφού επιτρέπει την έκφραση εκείνων των συγκρουσιακών πλευρών του εαυτού που διολισθαίνουν της επίγνωσης και οι οποίες δεν μπορούν να κοινοποιηθούν με κανέναν άλλο τρόπο (Cole, 1994. Perls, 1947). Η αντίσταση θεωρείται φυσιολογική αντίδραση απέναντι στο άγνωστο και αποτελεί μηχανισμό αυτοπροστασίας από το συνοδό άγχος κάθε αλλαγής, συμβάλλοντας στη διατήρηση του αισθήματος της ασφάλειας (Engle & Holiman, 2002a).

Στη συστημική οικογενειακή θεραπεία, η αντίσταση θεωρείται ότι συνδέεται με την ανάγκη για ασφάλεια, καθώς εξυπηρετεί τους σκοπούς της ομοιόστασης, της σταθερότητας και της (διαγενεαλογικής) συνέχειας του οικογενειακού συστήματος (Anderson & Stewart, 1983). Η εμφάνιση των αντιστάσεων δεν αφορά τον θεραπευόμενο ως μονάδα, αλλά

θεωρείται έκφραση ενός ευρύτερου συστήματος, προκρίνοντας έτσι τη διαπροσωπική διάσταση της αντίστασης (Cullin, 2008. Lebow, 1997. Schwartz, 2007).

Στις γνωστικού τύπου προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας (γνωσιακή θεραπεία, γνωστικός συμπεριφορισμός, λογικο-θυμική θεραπεία) η αντίσταση συνίσταται σε μεμονωμένες εκδηλώσεις μη-συμμόρφωσης του θεραπευόμενου απέναντι στις απαιτήσεις της θεραπείας. Η μη-συμμόρφωση εκπορεύεται από σκέψεις και ιδέες, οι οποίες βασίζονται σε λανθασμένες δοξασίες και παράλογους συλλογισμούς (Davis & Hollon, 1999. Haugaard & Sandberg, 2008). Γενικότερα, η αντίσταση θεωρείται μια υγιής αντίδραση αυτοπροστασίας του ατόμου και των συμφερόντων του, τα οποία περιλαμβάνουν την ταυτότητα, το σθένος, την ισχύ και τον έλεγχο της πραγματικότητας (Mahoney, 1991). Η αντίσταση «εγγυάται» την αίσθηση ασφάλειας, καθώς διασφαλίζει τη γνωστική συνέπεια του ατόμου και τη διατήρηση της εγκαθιδρυμένης ταυτότητας που του παρέχουν τα πυρηνικά γνωστικά σχήματα.

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, εξακολουθεί να αντιμετωπίζει την αντίσταση αποκλειστικά ως ενδοπροσωπικό πρόβλημα προς επίλυση (Mahoney, 1974. Goldfried & Davison, 1976. Turkat & Meyer, 1982). Η αντίσταση ταυτίζεται με τις έννοιες της μη-συμμόρφωσης και της μη-συνεργασιμότητας. Ο συμπεριφορισμός εστιάζει στις τεχνικές αντιμετώπισης της έλλειψης συνεργασιμότητας από τον θεραπευόμενο, παρότι σχετικά ερευνητικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι η μη-συμμόρφωση αποτελεί προϊόν διαντίδρασης με τον θεραπευτή (Bischoff & Tracey, 1995. Patterson & Forgatch, 1985).

Η παράμετρος της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή ενσωματώνει αφενός μεν τη διαπροσωπική διάσταση που ανακύπτει, κατά το ήττον ή μάλλον, σε όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις, αφετέρου δε τη διάσταση της ασφάλειας / ανασφάλειας στη σχέση με τον θεραπευτή. Η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή μετρά τη θεραπευτική σχέση από τη σκοπιά της θεωρίας προσκόλλησης (Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995). Σύμφωνα με τη

θεωρία προσκόλλησης, ο θεραπευτής αποτελεί ένα πρόσωπο προσκόλλησης για τον θεραπευόμενο, καθώς η σχέση μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου παρουσιάζει βασικές αναλογίες με τη σχέση μητέρας-βρέφους (Farber, Lippert & Nevas, 1995). Βάσει της συγκεκριμένης οπτικής, η αντίσταση αποκτά μια εξελικτική διάσταση. Διαμορφώνεται, δηλαδή, σε μορφή και σε ένταση από την εξελικτική πορεία του ατόμου στην αλληλεπίδρασή με το πρωταρχικό πρόσωπο φροντίδας, τη μητέρα (Bowlby, 1977. Gunderson, 1996). Σύμφωνα με τη θεωρία της προσκόλλησης, μέσα από τη πρωταρχική σχέση μητέρας-βρέφους επιτυγχάνεται ένα βασικό αίσθημα ασφάλειας, απαραίτητο για την ψυχική υγεία (Bowlby, 1988). Το αίσθημα της ασφάλειας διαταράσσεται, σε μικρότερο ή σε μεγαλύτερο βαθμό, από τις εμπειρίες απώλειας. Ανάλογα με το πώς ένα άτομο έχει βιώσει την απώλεια μέσα στον πρωταρχικό δεσμό με τη μητέρα, θα εκφράσει διαφορετικές μορφές σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή.

Υπάρχουν τέσσερις τύποι σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή: η *ασφαλής*, η *φοβική/αποφευκτική*, η *έμμονη/συγχωνευτική* και η *απρόθυμη* σχέση προσκόλλησης (Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995). Οι θεραπευόμενοι με φοβική/αποφευκτική σχέση προσκόλλησης εκφράζουν δυσπιστία προς τον θεραπευτή, φόβο απόρριψης, άρνηση να συνεργαστούν στις διεργασίες αυτό-αποκάλυψης, ενώ παράλληλα παρουσιάζουν και τα χαμηλότερα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας. Οι θεραπευόμενοι που εντάσσονται στην κατηγορία της έμμονης/συγχωνευτικής προσκόλλησης αναπτύσσουν εύκολα θεραπευτική συμμαχία όσον αφορά τη διάσταση του δεσμού, αλλά εκτιμούν αρνητικά τις διαστάσεις των καθηκόντων και των στόχων της θεραπευτικής συμμαχίας. Οι θεραπευόμενοι με απρόθυμη σχέση προσκόλλησης αντιστέκονται στη διαδικασία αυτό-διερεύνησης, αλλά από την άλλη πλευρά, παρουσιάζουν καλή θεραπευτική συμμαχία, συναισθηματική επένδυση στη θεραπεία και θετική εκτίμηση για τον θεραπευτή.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή έχει μελετηθεί σε συνδυασμό με την παράμετρο της θεραπευτικής συμμαχίας, η παρούσα μελέτη συμπεριέλαβε επίσης τη συγκεκριμένη μεταβλητή. Εξάλλου, μια τέτοια επιλογή συνάδει και με το γενικότερο ερευνητικό ενδιαφέρον αναφορικά με τη σχέση της αντίστασης και της θεραπευτικής συμμαχίας (Callahan, 2000. Kivlighan & Schmitz, 1991. Morgan et al., 1982. Patton, Kivlighan, & Multon, 1997. Watson & McMullen, 2005. Winston, Winston, Samstag, & Muran, 1994).

Συμπερασματικά, όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, τόσο η παράμετρος της αντίστασης όσο και η παράμετρος της ασφάλειας στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης συνιστούν ενιαίους κεντρικούς παράγοντες της θεραπευτικής διαδικασίας. Εντούτοις, η σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές δεν έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά. Η παρούσα μελέτη έρχεται να καλύψει αυτό το κενό αναφορικά με την εξέταση της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, στη βάση της θεωρίας προσκόλλησης, η οποία προτείνει τη μεταβλητή της ασφαλούς / ανασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Η συγκεκριμένη μεταβλητή έχει θεωρηθεί ότι αντανακλά και τις τρεις διαφορετικές πλευρές της θεραπευτικής σχέσης, όπως έχουν αναπτυχθεί από τους Gelso και Carter (1994), τη θεραπευτική συμμαχία, τη μεταβίβαση, καθώς και περισσότερο πραγματικές συνιστώσες στη θεραπευτική διαντίδραση (Robbins, 1995). Οι τελευταίες, μάλιστα, αναδεικνύονται στην παρούσα εργασία μέσα από το χρονικό πλαίσιο διεξαγωγής της μελέτης, τις καλοκαιρινές διακοπές, οι οποίες υπεισέρχονται ως πραγματικό γεγονός στη θεραπευτική σχέση (Συνοδινού, 2005).

Για τους παραπάνω λόγους διερευνήθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στην αντίσταση και τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, καθώς επίσης και οι μεταξύ τους συσχετίσεις με τη θεραπευτική συμμαχία και τη μεταβίβαση. Επιπλέον, εξετάστηκαν οι μεταβολές στην αντίσταση και στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή την περίοδο των καλοκαιρινών

διακοπών, συγκριτικά με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών. Ένα βασικό ερευνητικό ερώτημα που διερευνήθηκε, επίσης, αφορούσε τους παράγοντες που επηρεάζουν τη μεταβολή της αντίστασης μέσα στο χρόνο και ειδικότερα την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών. Τέλος, εξετάστηκε κατά πόσον υπάρχουν κοινοί τρόποι εκδήλωσης της αντίστασης σε συσχέτιση με τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών.

Για τη διερεύνηση των παραπάνω ερωτημάτων επιλέχθηκε ένα δείγμα 46 θεραπευόμενων χωρίς μείζονα ψυχοπαθολογία, αλλά με πιθανά συνοδά χαρακτηριστικά στοιχεία, που προέρχονταν από δομές ψυχοθεραπείας δημόσιου τομέα, από κοινοτική δομή ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας ιδιωτικού χαρακτήρα και από ιδιώτες θεραπευτές ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, ή άλλης θεωρητικής κατεύθυνσης. Οι 27 θεραπευόμενοι βρίσκονταν σε ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και οι 19 σε θεραπεία άλλης θεραπευτικής προσέγγισης. Το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες (73,9%) και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 35,3 έτη ($M=35,3$, $TA=8,7$). Οι θεραπευόμενοι ήταν καινούργιοι ασθενείς με έναρξη θεραπείας από τον Σεπτέμβριο '08 έως τον Απρίλιο '09. Οι καλοκαιρινές διακοπές της μελέτης ήταν οι πρώτες που οι θεραπευόμενοι θα έρχονταν αντιμέτωποι κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

Η παρούσα μελέτη περιλάμβανε τρεις επιμέρους εκτιμήσεις σε τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές της θεραπευτικής διαδικασίας: (α) τη βασική μέτρηση, που πραγματοποιούνταν αφού είχε παρέλθει ένα ελάχιστο διάστημα θεραπείας 2-3 μηνών, (β) μετά την ανακοίνωση των καλοκαιρινών διακοπών από τον θεραπευτή, και (γ) μετά την επιστροφή του θεραπευτή από τις καλοκαιρινές διακοπές. Αναφορικά με τη δεύτερη μέτρηση, οι θεραπευόμενοι συμπλήρωναν τα σχετικά ερωτηματολόγια στο τέλος της 2^{ης} συνεδρίας μετά την ανακοίνωση, ενώ αναφορικά με την τρίτη μέτρηση η συμπλήρωση γινόταν στο τέλος της 1^{ης} συνεδρίας μετά την επιστροφή του θεραπευτή από τις διακοπές.

Η εκτίμηση της αντίστασης γινόταν από τον θεραπευτή με το Ερωτηματολόγιο του Θεραπευτή για Συμπεριφορές του Θεραπευόμενου (TQCB, Siebel, 1994), το οποίο συμπληρώθηκε σε καθεμία από τις τρεις μετρήσεις της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο αφορά σε συμπεριφορές αντίστασης και συνεργασίας του θεραπευόμενου για το χρονικό διάστημα των τεσσάρων τελευταίων συνεδριών. Οι συμπεριφορές αντίστασης κατηγοριοποιούνται σε τρεις επιμέρους παράγοντες: (α) στην *αντίσταση ύψωσης ορίων*, που περιλαμβάνει συμπεριφορές δυσπιστίας και αμφισβήτησης προς τον θεραπευτή, (β) στην *αντίσταση κατάργησης ορίων*, που αφορά σε εκδηλώσεις εξάρτησης με τον θεραπευτή, και (γ) στη *συμπεριφορά απεμπλοκής*, που περιλαμβάνει εκδηλώσεις παραβίασης του θεραπευτικού πλαισίου. Για την εκτίμηση της μεταβίβασης, οι θεραπευτές συμπλήρωσαν το Therapy Session Checklist-Transference Items (TSC-TI) (Graff & Luborsky, 1977), στην πρώτη μέτρηση της μελέτης. Η εκτίμηση της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή γινόταν από τους θεραπευόμενους με το Client Attachment to Therapist Scale (CATS) (Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995), το οποίο συμπληρωνόταν σε καθεμία από τις τρεις μετρήσεις της έρευνας. Για την εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας χορηγήθηκε στους θεραπευόμενους το Ερωτηματολόγιο της Θεραπευτικής Συμμαχίας (WAI, Horvath & Greenberg, 1986), το οποίο συμπληρώθηκε στη βασική και στην τρίτη μέτρηση. Τέλος, για την εκτίμηση της αντιδραστικότητας, οι θεραπευόμενοι συμπλήρωσαν την Κλίμακα Ψυχολογικής Αντιδραστικότητας (TRS, Dowd, Milne, & Wise, 1991), μόνο στην αρχική μέτρηση.

Πριν τη χορήγηση των ερωτηματολογίων, όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν σχετικό έντυπο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στην έρευνα, ώστε να διαβεβαιωθεί ο οικιοθελής χαρακτήρας, καθώς και ότι η συμμετοχή στην έρευνα δεν θα επηρεάσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες, στοιχείο που συμβάλλει στη διασφάλιση της ειλικρίνειας των θεραπευόμενων. Τα ερωτηματολόγια επιδίδονταν σε ατομικό φάκελο στον οποίο αναγραφόταν προσωπικός

ανώνυμος κωδικός, ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία, αλλά και να μπορούν να συνδυαστούν τα στοιχεία που θα προέκυπταν από τις διαφορετικές εκτιμήσεις.

Καθώς η αντίσταση και η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή αποτελούσαν τις δύο βασικές μεταβλητές της έρευνας, η μεταξύ τους συσχέτιση ήταν η πρώτη που διερευνήθηκε. Όπως ήταν αναμενόμενο, όσο πιο αποφευκτική/φοβική ήταν η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τόσο μεγαλύτερη ήταν η συνολική αντίσταση, αλλά και η αντίσταση ύψωσης ορίων, συσχετίσεις που παρέμειναν σταθερές και στις τρεις μετρήσεις της μελέτης. Γενικότερα, η αντίσταση έχει θεωρηθεί πως συνδέεται με συμπεριφορές εναντίωσης, έλλειψης συνεργασιμότητας και ανταγωνισμού με τον θεραπευτή (Lewis & Evans, 1986. Messer, 2002), εκδηλώσεις που επίσης έχουν συνδεθεί εμπειρικά με την αποφευκτική/φοβική σχέση προσκόλλησης (Bernier & Dozier, 2002. Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993. Mallinckrodt, 1995).

Από την άλλη πλευρά, ο βαθμός ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης βρέθηκε στην παρούσα μελέτη να συσχετίζεται αρνητικά με τους διάφορους τύπους αντίστασης και θετικά με τη συνεργατική σχέση. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η ασφαλής σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή συνδέεται με υψηλά επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας και συνεργασιμότητας (Eames & Roth, 2000. Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995. Mallinckrodt, Porter, & Kivlighan, 2005. Parish & Eagle, 2003). Ενδιαφέρον, ωστόσο, παρουσίασε το εύρημα ότι οι συσχετίσεις αυτές δεν παρέμειναν σταθερές μέσα στο χρόνο, αλλά διαφοροποιήθηκαν πριν και μετά τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας. Ιδιαίτερα στη φάση της ανακοίνωσης των καλοκαιρινών διακοπών από τον θεραπευτή, η συνεργασία του θεραπευόμενου αυξάνεται όσο πιο έμμονη/συγχωνευτική είναι η σχέση του με τον θεραπευτή, και όχι όσο πιο ασφαλής είναι, όπως ίσχυε αντίστοιχα στην πρώτη μέτρηση. Στη φάση δε μετά το πέρας των θερινών διακοπών, επανεμφανίζονται οι αρνητικές συσχετίσεις ανάμεσα στην ασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή και τους διάφορους τύπους

αντίστασης, εντούτοις δεν επανεμφανίζεται η θετική συσχέτιση που είχε παρατηρηθεί αρχικά με τη συνεργατική σχέση. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας παίζουν κάποιο ρόλο στη σχέση προσκόλλησης θεραπευτή-θεραπευόμενου αναφορικά με την αντίσταση του τελευταίου. Θεωρητικά, έχει υποστηριχθεί ότι οι διακοπές της θεραπείας προκαλούν ανασφάλεια στους θεραπευόμενους (Freud, 1900/1953a. Horner, 2005. Greenson, 1967. Power, 2003. Rhoads & Rhoads, 1995. Shengold, 2006). Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ίσως να αποτελούν τα πρώτα εμπειρικά ευρήματα που συνάδουν με τις σχετικές θεωρητικές απόψεις.

Εξετάζοντας εάν η αντίσταση μεταβάλλεται την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, στο συνολικό δείγμα βρέθηκε να αυξάνεται η αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής, δηλαδή οι εκδηλώσεις αντίστασης που υπονομεύουν το θεραπευτικό πλαίσιο (π.χ. ακυρώσεις συνεδριών, μη-προσέλευση ή καθυστερημένη προσέλευση στις συνεδρίες, αιτήματα για αλλαγές στο πλαίσιο, κ.ά.). Η αύξηση δε αυτή παρουσιαζόταν ιδιαίτερα στη φάση μετά την επιστροφή του θεραπευτή από τις καλοκαιρινές διακοπές. Οι συμπεριφορές που αφορούν σε παραβίαση του θεραπευτικού πλαισίου συνιστούν συνήθεις μορφές αντίστασης σε περιόδους διακοπών της θεραπείας (Goin, 2002. Greenson, 1967. Quinodoz, 1991. Streat, 1990). Από την άλλη πλευρά, είναι πιθανό, καθώς έχει διαταραχθεί η προηγούμενη θεραπευτική συνέχεια με τη διακοπή των σταθερών θεραπευτικών ραντεβού χωρίς την ίδια βούληση των θεραπευόμενων, οι τελευταίοι να συνεχίζουν, με τη σειρά τους, αυτή την ασυνέχεια προκειμένου να ανακτήσουν τον χαμένο έλεγχο, ως ένα είδος «ισοφαρίσματος» με τον θεραπευτή (Almond, 2004). Μια άλλη πιθανή εξήγηση αυτού του ευρήματος αφορά στην προσπάθεια του θεραπευόμενου να αντιδράσει ενεργητικά, τοποθετώντας τον θεραπευτή στη θέση που βρισκόταν ο ίδιος προηγουμένως και να επικοινωνήσει κατ' αυτόν τον τρόπο τα βαθύτερα συναισθήματά του, επιδιώκοντας αυτό που ο Racker έχει ονομάσει ως «αρμονική ταύτιση» (1957).

Μία ακόμη μεταβολή που παρατηρήθηκε σε συγκεντρωτικό επίπεδο αφορούσε τη μείωση της συνεργατικής σχέσης την περίοδο μετά τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας. Παρόλο που το συγκεκριμένο εύρημα δεν αναφέρεται άμεσα στην αντίσταση, αφενός μεν συνδέεται με αυτή, καθώς η συνεργατική θεραπευτική σχέση βρίσκεται στον αντίποδα των περισσότερων μορφών αντίστασης (Callahan, 2000. Kazantzis & Lampropoulos, 2002. Messer, 2002), αφετέρου δε, αποτελεί έναν έμμεσο δείκτη της γενικότερης επίδρασης των θερινών διακοπών στη θεραπευτική διαδικασία. Το συγκεκριμένο εύρημα υποδηλώνει ότι τη χρονική περίοδο μετά τις θερινές διακοπές προκαλούνται στη θεραπεία συνθήκες οι οποίες δυσχεραίνουν δυνάμει το θεραπευτικό έργο.

Η επίδραση των καλοκαιρινών διακοπών δεν διαφάνηκε στους τύπους της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, στο σύνολο των θεραπευόμενων, όπως ήταν αρχικά αναμενόμενο. Ενώ, δηλαδή, είχε σχηματιστεί η υπόθεση ότι κατά την περίοδο των διακοπών της θεραπείας θα μειωνόταν η ασφαλής σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή και αντίθετα θα αυξάνονταν οι ανασφαλείς τύποι προσκόλλησης (αποφευκτική/φοβική και έμμονη/συγχωνευτική), κάτι τέτοιο δεν παρατηρήθηκε. Το μόνο σχετικό εύρημα, το οποίο ήταν μη-αναμενόμενο, αφορούσε στη μειωτική τάση της αποφευκτικής/φοβικής σχέσης μετά την επιστροφή του θεραπευτή από τις διακοπές, σε σύγκριση με μια «ουδέτερη» χρονική στιγμή της θεραπείας, αλλά και συγκριτικά με τη φάση πριν τις διακοπές, κατά την ανακοίνωσή τους από τον θεραπευτή. Μια πιθανή εξήγηση αυτού του ευρήματος αφορά στο γεγονός ότι οι θεραπευόμενοι με αποφευκτική/φοβική σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, συγκριτικά με τους άλλους τύπους προσκόλλησης, κατατράχονται περισσότερο από φαντασιώσεις καταστροφής του αντικειμένου και αισθάνονται υπαιτιότητα για τον αποχωρισμό (Greenson, 1967. Sacks, 1998. Schafer, 2002). Η επιστροφή του θεραπευτή, λοιπόν, και η επακόλουθη επιβεβαίωση της σταθερής και ζωντανής παρουσίας του, είναι

πιθανό να κατευνάζει αυτά τα άγχη και συνακόλουθα να περιορίζονται τα επίπεδα αποφευκτικής/φοβικής προσκόλλησης.

Ένα βασικό εύρημα της παρούσας μελέτης, όπως προέκυψε από τις αναλύσεις Γενικού Γραμμικού Μοντέλου Πολλαπλών Μετρήσεων, ήταν ότι η εμφάνιση της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία δεν αποτελεί ένα μονοσήμαντο φαινόμενο, το οποίο επηρεάζεται προς μία ενιαία κατεύθυνση, με αφορμή αποκλειστικά ένα συγκεκριμένο γεγονός, για παράδειγμα τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, αλλά αντίθετα, διαπιστώθηκαν πολλαπλές εκφάνσεις και διαδρομές της αντίστασης. Συνεξετάζοντας κάθε τύπο αντίστασης ξεχωριστά, σε συνδυασμό με μια σειρά από μεταβλητές, προέκυψε ότι η μεταβολή της αντίστασης μέσα στον χρόνο επηρεάζεται ανάλογα με: (α) τον τύπο της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, (β) το προηγούμενο χρονικό διάστημα θεραπείας, (γ) τη μεταβίβαση, και (δ) τη θεραπευτική προσέγγιση, αλλά και με άλλους παράγοντες που διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο αντίστασης. Επιπλέον, διαπιστώθηκαν μια σειρά από αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στις μεταβλητές που επηρεάζουν την εμφάνιση της αντίστασης.

Συνοπτικά αναφέρεται ότι θεραπευόμενοι με διαφορετικό τύπο σχέσης προσκόλλησης αντιδρούν διαφορετικά την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, εκφράζοντας διαφορετικούς τύπους αντίστασης.

Καταρχήν, τόσο για την αντίσταση ύψωσης ορίων όσο και για την αντίσταση κατάργησης ορίων, ενδιαφέρον παρουσίασε το εύρημα ότι οι θεραπευόμενοι με έμμονη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή είχαν στην αρχική μέτρηση της έρευνας τα χαμηλότερα επίπεδα αντίστασης από τους υπόλοιπους θεραπευόμενους, ακόμη και συγκριτικά με τους θεραπευόμενους με ασφαλή σχέση προσκόλλησης, αντικρούοντας μία από τις βασικές υποθέσεις της έρευνας. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τη θέση ότι κάποιος βαθμός αντίστασης είναι θεμιτός στη θεραπευτική διαδικασία (Tracey, 1986), ενώ τα μειωμένα επίπεδα αντίστασης σε αυτούς τους θεραπευόμενους είναι πιθανό να εκφράζουν

την τάση τους να συμπεριφέρονται ως «ο καλός ασθενής» (Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995), μια ιδιαίτερα συγκαλυμμένη μορφή αντίστασης. Η σημαντική αύξηση την περίοδο πριν και μετά τις διακοπές και στους δύο τύπους αντίστασης, από τους θεραπευόμενους με έμμονη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, επιβεβαιώνει ότι τα αρχικά μειωμένα επίπεδα αντίστασης αυτών των θεραπευόμενων ήταν μάλλον ασταθή και επίπλαστα. Αντίθετα προς τους θεραπευόμενους με έμμονη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, οι θεραπευόμενοι με ασφαλή σχέση προσκόλλησης σημείωναν μεν κάποια αύξηση στα επίπεδα αντίστασης την περίοδο των διακοπών, ωστόσο η αύξηση αυτή ήταν ηπιότερη και μικρότερη τόσο στην αντίσταση ύψωσης ορίων όσο και στην αντίσταση κατάργησης ορίων.

Σε κάθε περίπτωση, πάντως, τα επίπεδα αντίστασης των θεραπευόμενων με έμμονη και με ασφαλή σχέση προσκόλλησης βρέθηκαν να είναι χαμηλότερα από τα αντίστοιχα των θεραπευόμενων με απρόθυμη και με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης. Και αυτό διότι, σε σύγκριση με τους υπόλοιπους θεραπευόμενους, όσοι είχαν απρόθυμη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εμφάνισαν το μεγαλύτερο βαθμό αντίστασης ύψωσης ορίων και τον μικρότερο βαθμό αντίστασης κατάργησης ορίων, πριν τις καλοκαιρινές διακοπές. Σε πλήρη αντιδιαστολή, οι θεραπευόμενοι με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης, βρέθηκαν να εμφανίζουν τα μικρότερα επίπεδα αντίστασης ύψωσης ορίων και τα μεγαλύτερα επίπεδα αντίστασης κατάργησης ορίων, στη φάση πριν τις θερινές διακοπές. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα αποδίδονται στο γεγονός ότι οι δύο αυτοί τύποι σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή εκφράζουν με διαφορετικό τρόπο τις ανάγκες για εγγύτητα και για απόσταση στο πλαίσιο της σχέσης με τον Άλλον. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με ευρύτερα ευρήματα παλαιότερων ερευνών (Banai, Mikulincer, & Shaver, 2005. Dolan, 1992. Fonagy et al., 1996. Mallinckrodt, Gant, & Goble, 1995. Travis et al., 2001).

Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις στους τρόπους με τους οποίους μεταβάλλεται η αντίσταση μέσα στο χρόνο ανάλογα με τον τύπο της σχέσης προσκόλλησης με τον

θεραπευτή εξαρτώνται, επίσης, από το προηγούμενο διάστημα που βρισκόταν κανείς σε θεραπεία. Παρόλο που δεν ήταν στις αρχικές υποθέσεις της έρευνας, βρέθηκε ότι οι θεραπευόμενοι με μεγαλύτερο διάστημα σε θεραπεία πριν την ανακοίνωση των καλοκαιρινών διακοπών από τον θεραπευτή παρουσίασαν πιο έντονες μεταβολές στα επίπεδα της αντίστασής τους στις τρεις μετρήσεις της έρευνας, συγκριτικά με εκείνους που η έναρξη της θεραπείας τους ήταν χρονικά πλησιέστερα στο σημείο της ανακοίνωσης των διακοπών. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ερμηνεύονται από το γεγονός ότι απαιτείται ένας ελάχιστος χρόνος κλινικής εργασίας προκειμένου να εγκατασταθεί μια σχέση ανάμεσα σε θεραπευτή-θεραπευόμενο –ανεξάρτητα από τον τύπο της σχέσης αυτής– να αναπτυχθούν τα δυναμικά στη θεραπευτική διαντίδραση και να αρχίσει να δονείται το ψυχικό όργανο του θεραπευόμενου μέσω της επεξεργασίας των θεμάτων που τον απασχολούν (Kohut, 1971. Σταλίκας, 2005. Strean, 1990).

Ένας επιπλέον παράγοντας που βρέθηκε να επηρεάζει τις μεταβολές της αντίστασης μέσα στο χρόνο ήταν η αρνητική μεταβίβαση. Βρέθηκε συγκεκριμένα ότι οι θεραπευόμενοι με κάποιο βαθμό αρνητικής μεταβίβασης εμφανίζουν συνολικά μεγαλύτερα επίπεδα αντίστασης, συγκριτικά με τους θεραπευόμενους με καμία ή με ελάχιστη αρνητική μεταβίβαση. Η επίδραση αυτή ήταν δε μεγαλύτερη στις φάσεις πριν και μετά τις διακοπές, παρά σε ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών. Η σχέση εξάρτησης ανάμεσα στην αντίσταση και τη μεταβίβαση έχει διαπιστωθεί και σε προγενέστερες μελέτες (Graff & Luborsky, 1977. Luborsky, Bachrach, Graff, Pulver, & Christoph, 1979. Patton, Kivlighan, & Multon, 1997), παρόλο που μέχρι τώρα δεν είχε γίνει διάκριση ανάμεσα στην αρνητική και τη θετική μεταβίβαση.

Το σχετικό εύρημα ότι η ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική θεραπευτική προσέγγιση επηρεάζει την αντίσταση ύψωσης ορίων μέσα στο χρόνο, επιδέχεται διττής ερμηνείας. Η πρώτη πιθανή εξήγηση συνίσταται στη μεγαλύτερη εξοικείωση των ψυχοδυναμικών

θεραπευτών με τη θεωρία, αλλά και την εκδήλωση της αντίστασης στην κλινική πράξη, καθώς επίσης στον μεγαλύτερο βαθμό επιτρεπτικότητας για εκδήλωση αντιστάσεων στη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση, όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενες σχετικές έρευνες (Verhulst & Vijver, 1990. Watson & McCullen, 2005). Εντούτοις, το εύρημα ότι η επίδραση της θεραπευτικής προσέγγισης περιορίζεται μόνο στην αντίσταση ύψωσης ορίων και δεν περιλαμβάνει και τις άλλες μορφές αντίστασης, εξηγείται από το γεγονός ότι το ίδιο το θεραπευτικό πλαίσιο –όπως διαμορφώνεται με βάση το ψυχαναλυτικό/ψυχοδυναμικό θεραπευτικό συμβόλαιο (Συνοδινού, 2007. Φαλάρας, 1999)–, ίσως είναι πιο αυστηρά οριοθετημένο από τα άλλα, με συνέπεια να προκαλούνται αυξημένα επίπεδα αντίστασης τύπου ύψωσης ορίων.

Εξάλλου, ο ρόλος του θεραπευτικού πλαισίου, ανεξαρτήτως της θεωρητικής κατεύθυνσης των θεραπειών, βρέθηκε να επηρεάζει την αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής. Συγκεκριμένα, οι θεραπευόμενοι που παρακολουθούνταν σε δημόσιο θεραπευτικό πλαίσιο είχαν πιο αυξημένα επίπεδα αντίστασης, όσον αφορά σε συμπεριφορές παραβίασης του πλαισίου, συγκριτικά με τους θεραπευόμενους που παρακολουθούνταν ιδιωτικά. Μάλιστα, η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο ομάδων θεραπευόμενων ήταν μεγαλύτερη πριν την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών. Το συγκεκριμένο εύρημα αποδίδεται στη μεγαλύτερη ρευστότητα που χαρακτηρίζει συνήθως το δημόσιο ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο (Χαραλαμπάκη, 2010), στοιχείο που φαίνεται να επιτείνει τις αντιστάσεις των ασθενών, ιδιαίτερα στη φάση των διακοπών όπου αίρεται το θεραπευτικό συνεχές.

Ένας πρόσθετος παράγοντας που βρέθηκε να επηρεάζει τις μεταβολές της αντίστασης την περίοδο γύρω από τις καλοκαιρινές διακοπές, ήταν αυτός της αντιδραστικότητας. Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι οι θεραπευόμενοι με μεγαλύτερη αντιδραστικότητα έδειχναν μικρότερο βαθμό αντίστασης τύπου κατάργησης ορίων στην αρχική φάση μέτρησης, αλλά

και πριν τις θερινές διακοπές, η σχέση αυτή όμως έπαυε να υπάρχει στη φάση μετά το πέρας των διακοπών. Καθώς η αντίσταση κατάργησης ορίων συνίσταται στην τάση του θεραπευόμενου για εξάρτηση και για συγκυτιακή σχέση με τον θεραπευτή, είναι αναμενόμενο οι περισσότεροι αντιδραστικοί ασθενείς να εμφανίζουν μικρότερη αντίσταση αυτού του τύπου, καθώς έτσι διατηρούν τον έλεγχο και την αίσθηση αυτονομίας (Dowd, Pepper, & Siebel, 2001. Seibel & Dowd, 2001). Το εύρημα ότι η σχέση αυτή μεταστρέφεται στη φάση μετά το πέρας των διακοπών, εξηγείται ίσως από το γεγονός ότι οι αντιδραστικοί ασθενείς δεν έχουν πλέον την ίδια ανάγκη για έλεγχο και ανεξαρτησία, αφού η αποκατάσταση της προηγούμενης θεραπευτικής συνέχειας και η επανεμφάνιση του θεραπευτή κατευνάζουν τα πιθανά άγχη αποχωρισμού και εγκατάλειψης που είχαν ενεργοποιηθεί πρωτίτερα με τις διακοπές.

Αναφορικά με τη συσχέτιση των δύο βασικών μεταβλητών –της αντίστασης και της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή– με τις μεταβλητές της μεταβίβασης και της θεραπευτικής συμμαχίας, επισημαίνεται καταρχάς ότι δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σχέσης προσκόλλησης με τη μεταβίβαση, εύρημα που αποδόθηκε σε μεθοδολογικές αιτιάσεις αναφορικά με τον αριθμό των συνεδριών του δείγματος. Από την άλλη πλευρά, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο πιο ισχυρή ήταν η αρνητική μεταβίβαση του θεραπευόμενου τόσο μεγαλύτερη ήταν η συνολική αντίσταση και ειδικότερα η αντίσταση ύψωσης ορίων. Επίσης, όσο πιο ισχυρή ήταν η θετική μεταβίβαση τόσο μεγαλύτερη βρέθηκε να είναι η συνεργατική σχέση θεραπευτή- θεραπευόμενου.

Επιπλέον, παρά το γεγονός ότι τα επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας παρέμειναν σταθερά στις δύο μετρήσεις της έρευνας, επιβεβαιώνοντας προηγούμενα ευρήματα (Horvath & Greenberg, 1994), οι συσχετίσεις ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία και τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, αλλά και την αντίσταση, ήταν διαφορετικές από μέτρηση σε μέτρηση. Τα επιμέρους σχετικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι, την περίοδο των θερινών

διακοπών, η θεραπευτική συμμαχία «χάνει» σε κάποιο βαθμό την ανασταλτική της δράση αναφορικά με την αντίσταση και την ανάπτυξη ανασφαλών τρόπων σχετίζεσθαι με τον θεραπευτή, προβάλλοντας για άλλη μια φορά τον ανατρεπτικό χαρακτήρα των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας.

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζουν μια σειρά από θεωρητικές, ερευνητικές και κλινικές / εκπαιδευτικές προεκτάσεις. Παραδείγματος χάριν, η αντίσταση έχει μελετηθεί ελάχιστα στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαντίδρασης. Η συγκεκριμένη μελέτη θεωρείται ότι αναδεικνύει τη σχέση της αντίστασης με περισσότερο δι-υποκειμενικές μεταβλητές της θεραπείας, όπως τη βίωση ασφάλειας / ανασφάλειας στη θεραπευτική σχέση και τη θεραπευτική συμμαχία. Τα σχετικά ευρήματα, που επιβεβαιώνουν τη σχέση μεταξύ αυτών των μεταβλητών, δημιουργούν νέες προοπτικές για περαιτέρω μελέτες στο πεδίο της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας και της θεραπευτικής σχέσης. Παράλληλα, η ανάδειξη της επίδρασης των καλοκαιρινών διακοπών σε βασικές μεταβλητές της θεραπευτικής διαδικασίας προβάλλει την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της διάστασης του αποχωρισμού και της απώλειας –είτε ως παρελθούσα εμπειρία του θεραπευόμενου, είτε ως φαντασιωσικό γεγονός, είτε ως πραγματικό περιστατικό στο παρόν– στο πλαίσιο της κλινικής εργασίας. Η θεωρία προσκόλλησης φαίνεται να συνιστά ένα κατάλληλο θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο για μια τέτοια διερεύνηση.

Η παρούσα μελέτη εντάσσεται στις έρευνες αξιολόγησης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Ως τέτοια, χαρακτηρίζεται από τους περιορισμούς που συνήθως διακρίνουν τις αντίστοιχες μελέτες, όπως είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος και η ευκαιριακή δειγματοληψία. Παρόλο που το μέγεθος του δείγματος είναι επαρκές για έρευνα ψυχοθεραπείας, ένα μεγαλύτερο δείγμα με μια αυστηρά τυχαία δειγματοληψία θα επέτρεπε την πραγματοποίηση πιο εξειδικευμένων αναλύσεων για μεγαλύτερα δείγματα που θα οδηγούσαν στην εξαγωγή πιο ασφαλών συμπερασμάτων. Παραδείγματος χάριν, στην

παρούσα έρευνα ο βαθμός διακύμανσης της αντίστασης ήταν μειωμένος, καθώς τα γενικά επίπεδα αντίστασης του δείγματος κυμαίνονταν στη μέση τιμή. Στο γεγονός αυτό μπορεί να συνηγόρησε κι ένα από τα κριτήρια επιλογής του δείγματος, το οποίο προέβλεπε τη μη-ύπαρξη μείζονος ψυχοπαθολογίας. Παρότι το συγκεκριμένο κριτήριο διασφάλιζε την ομοιομορφία του δείγματος, ώστε να αποκλείονται επιδράσεις από τρίτους παράγοντες είχε παράλληλα ως συνέπεια να μην συμπεριλαμβάνεται στη μελέτη μια ευρεία γκάμα ψυχοπαθολογίας, που απασχολεί καθημερινά τα διάφορα κλινικά πλαίσια. Περαιτέρω έρευνα που θα λαμβάνει υπόψη αυτούς τους μεθοδολογικούς περιορισμούς θα έχει να προσδώσει πολλά οφέλη στην κλινική εργασία με μια ευρύτερη ομάδα ασθενών.

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να απαντήσει σε μια σειρά ερευνητικών ερωτημάτων που έχουν αναδυθεί πολύ πρόσφατα στο πεδίο μελέτης των αντιστάσεων στην ψυχοθεραπεία, τόσο στην ψυχαναλυτική / ψυχοδυναμική προσέγγιση όσο και ευρύτερα στις επιμέρους ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Επιπλέον, η παρούσα εργασία αφορούσε σε έρευνα πεδίου σε ελληνικό κλινικό πληθυσμό, όπου γενικότερα οι έρευνες είναι λίγες. Η βασική μεταβλητή που διερευνήθηκε ήταν η αντίσταση του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία, μια κοινή κεντρική παράμετρος η οποία, παρόλο που επηρεάζει καταλυτικά τη θεραπευτική διαδικασία καθώς και το θεραπευτικό αποτέλεσμα, χρήζει περαιτέρω ερευνητικής τεκμηρίωσης (Norcross, 2002, Luborsky, Barber, & Crits-Cristoph, 1990). Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την αντίσταση υπό ένα σύγχρονο πρίσμα δι-υποκειμενικότητας, εγείροντας τα ζητήματα ασφάλειας / ανασφάλειας, καθώς και το ρόλο της απώλειας και του αποχωρισμού, στη θεραπευτική σχέση. Το συγκεκριμένο εγχείρημα –παρά τις αναπόφευκτες ελλείψεις και τους περιορισμούς– αναδεικνύει ορισμένες από τις πολυσχιδείς διαστάσεις και προεκτάσεις αυτού του ανεξάντλητου κλινικού φαινομένου, της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία.

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

Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται αναλυτική αποσαφήνιση της έννοιας της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, παραθέτοντας θεωρητικά, κλινικά και ερευνητικά στοιχεία για άλλες συναφείς, και συχνά αλληλεπικαλυπτόμενες έννοιες.

Στο πρώτο μέρος, παρουσιάζονται τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με την έννοια της αντίστασης στην ψυχαναλυτική / ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Παρουσιάζονται ιστορικά στοιχεία για την έννοια της αντίστασης στην ψυχανάλυση, τις μορφές και τους τύπους αντίστασης στην κλινική πράξη, καθώς και τις σύγχρονες θεωρητικές και κλινικές απόψεις αναφορικά με τη θετική διάσταση της αντίστασης. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στο πέμπτο κεφάλαιο, στην κατανόηση της αντίστασης υπό το πρίσμα της θεωρίας προσκόλλησης, καθώς η συγκεκριμένη θεωρία παρέχει το ερμηνευτικό πλαίσιο που χρησιμοποιείται στη μελέτη. Το πρώτο μέρος ολοκληρώνεται με την ανάδειξη του τρόπου προσέγγισης των αντιστάσεων στην ομαδική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.

Στο δεύτερο μέρος της βιβλιογραφικής επισκόπησης παρουσιάζονται τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με την έννοια της αντίστασης σε άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Συμπεριλαμβάνονται στοιχεία για τη Gestalt θεραπεία, τη συστημική οικογενειακή θεραπεία, τις γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας και τη συμπεριφοριστική θεραπεία. Σε κάθε επιμέρους θεραπευτική προσέγγιση παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη της έννοιας της αντίστασης, η σημασία και ο ρόλος της στην ψυχοθεραπεία, οι κύριες μορφές εκδήλωσης, καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισής της.

Στο τρίτο μέρος αναλύεται διεξοδικά η σχέση των διακοπών της θεραπείας με τις εκδηλώσεις αντίστασης και εξηγούνται με σαφήνεια οι λόγοι επιλογής της περιόδου των καλοκαιρινών διακοπών ως χρονικό πλαίσιο διεξαγωγής της μελέτης. Έμφαση δίδεται στον ευρύτερο ρόλο του αποχωρισμού και της απώλειας στην ψυχική ζωή και στην ψυχοθεραπεία.

Στο τέταρτο μέρος της βιβλιογραφικής επισκόπησης περιγράφονται οι τρόποι μέτρησης της αντίστασης, καθώς και τα ευρήματα των ερευνών που αφορούν στους παράγοντες που

επηρεάζουν την αντίσταση, τόσο ως προγνωστικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος όσο και ως μεταβλητή της θεραπευτικής διαδικασίας.

Στο πέμπτο μέρος αναφέρεται η μέθοδος που ακολουθήθηκε στη μελέτη αυτή, περιγράφεται το δείγμα, τα εργαλεία και η διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Ακολουθεί το κεφάλαιο που παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων. Για την καλύτερη περιγραφή των αποτελεσμάτων παρατίθενται οι απαραίτητοι πίνακες και γραφήματα. Στο τελευταίο κεφάλαιο γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων, αναφέρονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη συζήτηση και γίνονται προτάσεις για τη συνέχιση της έρευνας. Ακολουθεί ένα παράρτημα στο οποίο 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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Διευκρινίζοντας την έννοια της αντίστασης: συναφείς έννοιες

Πριν από οποιαδήποτε αναφορά στον τρόπο κατανόησης της έννοιας της αντίστασης από τις επιμέρους θεωρίες ψυχοθεραπείας, καθώς και στις ενυπάρχουσες ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές προσεγγίσεις, κρίνεται απαραίτητο να διασαφηνιστεί, καταρχήν, η έννοια της αντίστασης, αυτή καθ' εαυτή. Η αναφορά αυτή συμβάλλει στην παρούσα εργασία, επιτελώντας διττό στόχο: (α) διαμορφώνει ένα σαφές πλαίσιο ορισμού της αντίστασης, διαφοροποιώντας τη συγκεκριμένη έννοια από άλλες συναφείς, οι οποίες συχνά στη σχετική βιβλιογραφία –αλλά και στην κλινική πράξη– ταυτίζονται λανθασμένα με την έννοια της αντίστασης, και (β) αναδεικνύει κεντρικές παραμέτρους και διαστάσεις της αντίστασης (π.χ. ανάγκη για έλεγχο, σχέση με θεραπευτή, απώλειες και οφέλη από τις εκδηλώσεις αντίστασης), οι οποίες αφενός ενυπάρχουν στις συναφείς με αυτήν έννοιες, αφετέρου διατρέχουν την έννοια της αντίστασης, παν-θεωρητικά. Ανεξάρτητα, δηλαδή, από τις ιδιαιτερότητες στην ερμηνεία και την αντιμετώπιση των φαινομένων αντίστασης στις επιμέρους ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Υπό αυτό το πρίσμα, η αντίσταση εξετάζεται, στις επόμενες ενότητες, σε αντιδιαστολή με τις έννοιες της αντιδραστικότητας, της αμυντικότητας, της αμφιθυμίας, της αντίθεσης και της απροθυμίας. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στη σχέση της αντίστασης με την έννοια της αντιδραστικότητας, καθώς η τελευταία έχει μελετηθεί, σε πολλές περιπτώσεις, ως ταυτόσημη έννοια της αντίστασης. Για το λόγο αυτό, καθώς επίσης λόγω της κεντρικότητας των διαστάσεων της ελεύθερης βούλησης και ελέγχου που προκρίνει η έννοια της αντιδραστικότητας, στοιχεία που αναφέρονται και σε αρκετές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας για την αντίσταση, η συγκεκριμένη μεταβλητή ήταν μία από αυτές που συμπεριληφθήκαν στην παρούσα ερευνητική μελέτη.

Αντίσταση & αντιδραστικότητα: η θεωρία της ψυχολογικής αντιδραστικότητας

Η θεωρία της ψυχολογικής αντιδραστικότητας (*psychological reactance*) χαίρει ιδιαίτερου κύρους και αποδοχής στο πεδίο έρευνας των αντιστάσεων. Εφορμώντας από τον κλάδο της κοινωνικής ψυχολογίας, η θεωρία αναπτύχθηκε αρχικά από τον Jack Brehm (1966) και διευρύνθηκε από τους Brehm και Brehm (1981). Παρά το γεγονός ότι η αντίσταση και η αντιδραστικότητα είναι διαφορετικές μεταξύ τους έννοιες, θεωρούνται συναφείς και σε ορισμένα σημεία αλληλο-επικαλυπτόμενες. Για το λόγο αυτό, είναι σύνηθες ερευνητικά να μελετώνται από κοινού. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η ψυχολογική αντιδραστικότητα θεωρείται ως ένας από τους βασικότερους παράγοντες, από την πλευρά του ασθενούς, που παρεμβάλλεται στα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας (Beutler, 1979. Dowd, Wallbrown, Sanders, & Yesenosky, 1994).

Σύμφωνα με τη σχετική θεωρία, η ψυχολογική αντιδραστικότητα αναφέρεται στην ενορμητική δύναμη η οποία κινητοποιεί κάποιον να αντιδράσει κάθε φορά που αντιλαμβάνεται ότι οι προσωπικές του ελευθερίες (συμπεριφορές, συναισθήματα, σκέψεις, στάσεις) περιορίζονται ή απειλούνται με περιορισμό. Η τάση αυτή αποσκοπεί στην αποκατάσταση των χαμένων, ή των επαπειλούμενων ελευθεριών, και οδηγεί σε συμπεριφορές αντίθεσης, μη-συμμόρφωσης και αδιαλλαξίας, αν και σύμφωνα με τον Dowd (1999a) δεν είναι απαραίτητο ότι η ψυχολογική αντιδραστικότητα εκφράζεται άμεσα σε κάθε περίπτωση περιορισμού των ελευθεριών. Αντίθετα, μπορεί κανείς να αποφασίσει ότι το ρίσκο είναι μεγάλο εάν αντιδράσει φανερά κι ως εκ τούτου να συγκαλύψει την αντιδραστικότητά του πίσω από παθητικές μορφές αντίδρασης, ή να προτιμήσει να μην αντιδράσει καθόλου. Το σημαντικό στοιχείο στην ψυχολογική αντιδραστικότητα είναι ότι το υποκείμενο διαθέτει τη βούληση να αντιδράσει, εάν το επιλέξει. Η διάσταση του ελέγχου ως βασικό κίνητρο της ψυχολογικής αντιδραστικότητας διαφαίνεται εδώ καθαρά. Σε κάθε περίπτωση, δηλαδή, τελικός στόχος της αντιδραστικότητας είναι η διασφάλιση του ελέγχου:

εάν κανείς δεν μπορεί να έχει τον έλεγχο με δημιουργικούς και θετικούς τρόπους, τότε θα το επιδιώξει με καταστροφικούς τρόπους (Dowd, 1976).

Η τελευταία αυτή διάσταση παρουσιάζει καταφανείς ομοιότητες ανάμεσα στην αντιδραστικότητα και την έννοια της αντίστασης. Όπως συμβαίνει και στην περίπτωση της αντιδραστικότητας, παρομοίως οι θεραπευόμενοι που αντιστέκονται στην ψυχοθεραπεία ενδέχεται να υιοθετήσουν αυτοκαταστροφικές και αυτό-ηττώμενες συμπεριφορές (π.χ. εκδραματίσεις, ψυχοσωματικές εκδηλώσεις, αυτοκτονικό ιδεασμό, μη-συστηματική προσέλευση στις συνεδρίες, πρόωρη διακοπή θεραπείας, κ.ά.). Κατά τη θεραπευτική πορεία, ο ασθενής μπορεί να βιώσει συχνά ότι επαπειλούνται οι ελευθερίες του, ή ότι χάνει τον έλεγχο, γεγονός που αναμένεται να οδηγήσει σε αντιδραστικότητα και σε αντίσταση. Μια από αυτές τις «ελευθερίες» μπορεί να θεωρηθούν ακόμη και τα ίδια τα συμπτώματά του. Εντούτοις, η διαφορά μεταξύ των δύο εννοιών έγκειται στο γεγονός ότι η αντίσταση είναι ένα φαινόμενο ευρύτερο που επισυμβαίνει κυρίως στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαντίδρασης. Αντίθετα, η αντιδραστικότητα σχετίζεται λιγότερο με την ανάγκη αποφυγής επώδυνου ψυχικού υλικού και περισσότερο με την προσωπική αίσθηση ελέγχου και ελεύθερης βούλησης. Αρχικά, θεωρούνταν ότι η αντιδραστικότητα καθορίζεται από μεταβλητές του περιβάλλοντος, για παράδειγμα καταστάσεις που χαρακτηρίζονταν από υψηλά επίπεδα εξαναγκασμού και αυταρχικότητας. Προοδευτικά, όμως, διαπιστώθηκε ότι η αντιδραστικότητα είναι μια, κατεξοχήν, χαρακτηριστική μεταβλητή και ότι οι άνθρωποι διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την τάση να είναι αντιδραστικοί (Brehm & Brehm, 1981. Dowd, Milne, & Wise, 1991).

Πλήθος ερευνών έχει διενεργηθεί για τη μελέτη της ψυχολογικής αντιδραστικότητας τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικά πλαίσια. Εκτός από το ενδιαφέρον που ενέχουν αυτή καθ' εαυτή η μεταβλητή και η σχέση της με την αντίσταση, ένας επιπλέον λόγος για την πληθώρα των σχετικών ερευνών είναι η διάθεση του Therapeutic Reactance

Scale (TRS), μιας κλίμακας που χαρακτηρίζεται από άριστες ψυχομετρικές ιδιότητες (Dowd, Milne, & Wise, 1991). Οι επιμέρους έρευνες κατηγοριοποιούνται σε εκείνες που μελετούν την αντιδραστικότητα σε σχέση με άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ή σε σχέση με αναπτυξιακά χαρακτηριστικά, και σε εκείνες που αφορούν τη σχέση της αντιδραστικότητας με μεταβλητές της θεραπείας.

Μελέτες για την αντιδραστικότητα σε σχέση με ιδιοσυστασιακά χαρακτηριστικά.

Όσον αφορά τις πρώτες, έχει διαπιστωθεί συνολικά ότι οι αντιδραστικοί άνθρωποι είναι παράλληλα αυτόνομοι, αυτάρκεις, δεσποτικοί, με μικρά επίπεδα ανοχής, αυτό-συγκράτησης και προσαρμοστικότητας, αμυντικοί και αντισυμβατικοί, με θετική αυτό-εικόνα και αδιάφοροι για την εντύπωση που προκαλούν στους άλλους (Dowd & Wallbrown, 1993. Dowd et al., 1994). Το τελευταίο στοιχείο είναι κεντρικό για τη διαφοροποίηση της έννοιας της αντιδραστικότητας από τις παραπλήσιες έννοιες της αντίστασης, αλλά και της αμυντικότητας (*defensiveness*). Ενώ και οι τρεις όροι συνταυτίζονται στην προσπάθεια του υποκειμένου να προστατευθεί από κάτι που βιώνεται ως απειλή, στην περίπτωση της αντιδραστικότητας πρόκειται για απειλή απώλειας ελέγχου και προσωπικής ελευθερίας, στην περίπτωση της αντίστασης αφορά σε απειλή ψυχικού πόνου και στην περίπτωση της αμυντικότητας η απειλή σχετίζεται με το φόβο της κριτικής και την απροθυμία να παραδεχτεί κανείς μειονεκτήματα και προσωπικές αδυναμίες από φόβο μην απωλεσθεί η αποδοχή των άλλων –στοιχείο εκ διαμέτρου αντίθετο με την αδιαφορία για την εντύπωση στους άλλους που συνοδεύει την αντιδραστικότητα (Baker, Sullivan, & Marszalek, 2003).

Μελέτη σχετικά με την αντιδραστικότητα και τις διαταραχές προσωπικότητας έδειξε ότι ο παρανοειδής, ο μεθοριακός, ο σαδιστικός και ο αντικοινωνικός τύπος προσωπικότητας σχετίζονται θετικά με την αντιδραστικότητα, ενώ ο αποφευκτικός, ο εξαρτητικός και ο

ιστρειονικός τύπος προσωπικότητας σχετίζονται αρνητικά (Huck, 1998). Ο Mallon (1992) βρήκε ότι η αντιδραστικότητα σχετίζεται με διάφορες μορφές αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Οι Seibel και Dowd (2001) κατέγραψαν τη σχέση των διαταραχών προσωπικότητας και της αντιδραστικότητας στη βάση της θεωρίας αποχωρισμού-εξατομίκευσης (Mahler, 1971). Σύμφωνα με τις ερευνητικές υποθέσεις, οι ασθενείς με διαταραχές που χαρακτηρίζονται από φόβους εγκατάλειψης και αποχωρισμού (π.χ. παθητικο-επιθετική και εξαρτητική διαταραχή) θα σημείωναν χαμηλά επίπεδα αντιδραστικότητας, ενώ αντίθετα οι ασθενείς με διαταραχές που διακρίνονται από φόβους συγχώνευσης (π.χ. ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή) θα σημείωναν υψηλά επίπεδα αντιδραστικότητας. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν γενικά τις ερευνητικές υποθέσεις, ενισχύοντας τη σχέση ανάμεσα στην αντιδραστικότητα και τη θεωρία αποχωρισμού-εξατομίκευσης. Βρέθηκε, συγκεκριμένα, ότι η αντιδραστικότητα κυμαίνεται από τα χαμηλότερα στα υψηλότερα επίπεδα με την εξής σειρά των διαταραχών προσωπικότητας: παθητικο-επιθετική, εξαρτητική, διαταραχή προσωπικότητας μη-άλλως καθοριζόμενη, μη-διαταραχή προσωπικότητας, ιδεο-ψυχαναγκαστική και μεθοριακή διαταραχή. Τα συγκεκριμένα ευρήματα έχουν ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, όπου η αντίσταση και η αντιδραστικότητα διερευνώνται σε σχέση με μια άλλη κλινική εφαρμογή της θεωρίας αποχωρισμού-εξατομίκευσης, αυτή των διαφορετικών τύπων σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Παραδείγματος χάριν, είναι πιθανό να βρεθεί ότι οι θεραπευόμενοι με αποφευκτική / φοβική σχέση προσκόλλησης συγκριτικά με τους θεραπευόμενους με συγχωνευτική / έμμονη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή έχουν υψηλότερα επίπεδα αντιδραστικότητας, κατ' αναλογία με τις προαναφερθείσες διαταραχές προσωπικότητας.

Γενικότερα, η αντιδραστικότητα έχει βρεθεί να συσχετίζεται με τα αναπτυξιακά στάδια του ανθρώπου, ιδιαιτέρως δε με τα πρώιμα στάδια ανάπτυξης. Βασίζόμενες κυρίως στη θεωρία του Erikson (1950), οι σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με υψηλή

αντιδραστικότητα εμφανίζονται περισσότερο αυτόνομα και κοινωνικά ανεξάρτητα σε σύγκριση με εκείνα που έχουν χαμηλά επίπεδα αντιδραστικότητας (Dowd, Pepper, & Siebel, 2001. Pepper, 1996. Siebel, 1994). Στη μελέτη του Pepper (1996), φάνηκε ότι τα αντιδραστικά άτομα έχουν προκρίνει την αυτονομία έναντι της εμπιστοσύνης και της οικειότητας με τους άλλους, αφού φαίνεται να έχουν επιλύσει με αρνητικό τρόπο το πρώτο αναπτυξιακό στάδιο της βρεφικής ηλικίας «εμπιστοσύνη vs. δυσπιστία», ενώ έχουν επιλύσει με θετικό τρόπο το δεύτερο αναπτυξιακό στάδιο «αυτονομία vs. ντροπή και αμφιβολία». Επίσης, τα άτομα που εκφράζουν αντιδραστικότητα με τη συμπεριφορά τους εμφανίζονται λιγότερο ψυχο-κοινωνικά υγιή σε σύγκριση με εκείνα που εκφράζουν την αντιδραστικότητά τους λεκτικά. Παρόλο που στις σχετικές μελέτες, η αντιδραστικότητα συσχετίζεται ευθέως με την αυτονομία, αυτό δεν φαίνεται να συνεπάγεται απαραίτητα και σχέση με την παράμετρο της αίσθησης ταυτότητας του υποκειμένου, όπως είχε υποστηριχθεί θεωρητικά (Dowd & Siebel, 1990). Ήτοι, ο βαθμός αυτονομίας δεν συνιστά απαραίτητα ταυτότητα. Μπορεί κανείς να χαρακτηρίζεται από υψηλή αυτονομία, ενώ παράλληλα να έχει μια εύθραυστη αίσθηση ταυτότητας. Η παράμετρος αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία για το κλινικό έργο, καθώς δείχνει ότι ένας θεραπευόμενος που επιδεικνύει αντιδραστικότητα, ή ειδικότερα αντίσταση, και προκαλεί ίσως την αντιπάθεια του θεραπευτή, μπορεί στην πραγματικότητα να βιώνει έντονη εσωτερική ευθραυστότητα και ευαλωτότητα (Mander, 2005).

Μελέτες για την αντιδραστικότητα σε σχέση με μεταβλητές της θεραπείας.

Στο πεδίο της θεραπείας, η αντιδραστικότητα φαίνεται να συνδέεται με μια σειρά από εκδηλώσεις αντίστασης, οι οποίες επηρεάζουν τόσο τη θεραπευτική διαδικασία όσο και το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, καθιστώντας τη συγκεκριμένη μεταβλητή απαραίτητη στις μελέτες που αφορούν τη διερεύνηση της αντίστασης. Οι Siebel και Dowd (1999) έδειξαν ότι η αντιδραστικότητα σχετίζεται αρνητικά με τη βελτίωση ως αποτέλεσμα της θεραπείας,

σύμφωνα όμως με τις εκτιμήσεις των θεραπειών και όχι των θεραπευόμενων που υποστήριξαν το αντίθετο. Επίσης, τα υψηλά επίπεδα αντιδραστικότητας συνδέονται με πρόωρη διακοπή της θεραπείας, όχι όμως και με τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Οι αντιδραστικοί ασθενείς επιδεικνύουν μια σειρά από συμπεριφορές που δημιουργούν απόσταση ανάμεσα σε εκείνους και στους θεραπευτές τους, ενώ ταυτόχρονα δεν δείχνουν συνεργασιμότητα. Από την άλλη πλευρά όμως, δεν αποσχίζονται από τους θεραπευτικούς όρους και τα όρια (π.χ. δεν ζητούν προσωπικές χάρες από τον θεραπευτή, ή δεν καθυστερούν στην προσέλευσή τους).

Άλλες μελέτες καταλήγουν σε διαφορετικά αποτελέσματα. Ο Morgan (1986) βρήκε ότι η αντιδραστικότητα δεν συσχετίζεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά ότι οι αντιδραστικοί ασθενείς έχουν μεγαλύτερα ποσοστά μη-προσέλευσης στις συνεδρίες, ενώ τείνουν να παραμένουν στη θεραπεία για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα –δηλαδή, έχουν βραδύτερο ρυθμό βελτίωσης– σε σύγκριση με τους λιγότερο αντιδραστικούς ασθενείς. Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα, οι Moore, Sellwood και Stirling (2000) κατέδειξαν ότι η αντιδραστικότητα είναι ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας της μη-συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή, σε δείγμα σχιζοφρενών ασθενών. Η Bischoff (1997) βρήκε ότι οι ασθενείς με υψηλή αντιδραστικότητα έχουν σοβαρότερη συμπτωματολογία. Στην ίδια μελέτη, η αντιδραστικότητα μελετήθηκε ως πιθανός προγνωστικός παράγοντας της αντίστασης σε συνδυασμό με την ικανοποίηση από τη θεραπεία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ικανοποιημένοι ασθενείς με υψηλά επίπεδα αντιδραστικότητας δείχνουν μεγαλύτερη αντίσταση στις παρεμβάσεις του θεραπευτή συγκριτικά με τους λιγότερο αντιδραστικούς ασθενείς. Οι δε μη-ικανοποιημένοι ασθενείς δείχνουν υψηλά επίπεδα αντίστασης, ούτως ή άλλως, ανεξάρτητα από τα επίπεδα της αντιδραστικότητας.

Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στην αντιδραστικότητα και τις παράδοξες τεχνικές, με αντιφατικά αποτελέσματα. Άλλες επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι οι

λιγότερο αντιδραστικοί ασθενείς αλλάζουν περισσότερο με τεχνικές «συμμορφωτικού-τύπου» (*compliance-based*), όπως για παράδειγμα η αναπλαισίωση, ενώ οι περισσότεροι αντιδραστικοί ασθενείς αλλάζουν περισσότερο με τεχνικές «προκλητικού τύπου» (*defiance-based*), όπως είναι για παράδειγμα η «συνταγογράφηση του συμπτώματος», ή ο κατευθυνόμενος περιορισμός εκείνης της συμπεριφοράς που ο ασθενής αντιστέκεται να αλλάξει (Horvath, & Coheen, 1990. Shoham-Salomon et al., 1989). Εντούτοις, άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι το συγκεκριμένο μοντέλο δεν ισχύει στην πράξη (Dowd, Hughes, Brockbank, Halpain, Seibel, & Seibel, 1988. Hunsley, 1997).

Γενικότερα πάντως, τα αντικρουόμενα ερευνητικά αποτελέσματα ως προς τη μεταβλητή της αντιδραστικότητας σε σχέση με το κλινικό έργο πιθανόν να υποδηλώνουν ότι η αντιδραστικότητα είναι μία σημαντική συνιστώσα της αντίστασης στη θεραπεία, αλλά παρόλα αυτά, δεν επαρκεί από μόνη της για να καλύψει το εύρος και την πολυπλοκότητα αυτού του ιδιαίτερου φαινομένου. Η άποψη αυτή έχει επιβεβαιωθεί και στην πράξη, όταν η θεωρία της αντιδραστικότητας και οι συναφείς τεχνικές εφαρμόστηκαν σε εξειδικευμένα πλαίσια παρέμβασης, όπως σε προγράμματα συμβουλευτικής σε σχολεία με πληθυσμό εφήβων (Hughes & Falk, 1981). Εξάλλου, το γεγονός ότι η αντίσταση δεν περιορίζεται στην έννοια της αντιδραστικότητας καθίσταται φανερό όχι μόνο από τις κυρίαρχες θεωρητικές προσεγγίσεις, αλλά και από επιμέρους θεωρητικά μοντέλα (π.χ. μοντέλο κινητοποιητικής συνέντευξης, μοντέλο διαπροσωπικής επιρροής) που φωτίζουν συγκεκριμένες άλλες πλευρές της αντίστασης, όπως την αμφιθυμία ή την άρνηση του πελάτη να επηρεαστεί από τον θεραπευτή.

Αντίσταση & αμφιθυμία: το μοντέλο της κινητοποιητικής συνέντευξης

Η αντίσταση κατέχει κεντρική θέση στη θεωρία της κινητοποιητικής συνέντευξης και συνδέεται με την αμφιθυμία απέναντι στην αλλαγή. Παρά τις σημαντικές συνιστώσες της

αντίστασης στο συγκεκριμένο μοντέλο (π.χ. ρόλος θεραπευτή), από την άλλη πλευρά ανακύπτουν ορισμένοι περιορισμοί που μειώνουν τις δυνατότητες εφαρμογής του συγκεκριμένου μοντέλου, τόσο σε επίπεδο παρέμβασης όσο και σε επίπεδο χρονικής φάσης της θεραπείας, όπως περιγράφεται αναλυτικά στη συνέχεια.

Η κινητοποιητική συνέντευξη είναι μια καθοδηγητική, επικεντρωμένη στον πελάτη μέθοδος συμβουλευτικής, η οποία αποσκοπεί στην ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγή μέσω της διερεύνησης και της λύσης της αμφιθυμίας του πελάτη (Miller & Rollnick, 2005). Σύμφωνα με τη θεωρία, η αντίσταση θεωρείται ως το προϊόν της αμφιθυμίας του πελάτη και ταυτόχρονα το προϊόν της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Ως τέτοια, ο τρόπος με τον οποίο ο θεραπευτής πρόκειται να αντιδράσει στην αντίσταση του πελάτη επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα της αντίστασης, αυξάνοντας ή μειώνοντάς τα (Moyers & Rollnick, 2002). Οι αντιδράσεις αντίστασης –πάντοτε παρατηρήσιμες ως έκδηλες συμπεριφορές άρνησης, απροθυμίας και αμφιθυμίας– θεωρούνται ως απόλυτα φυσιολογικές. Πρόβλημα δημιουργείται όταν οι συμπεριφορές αυτές εμμένουν, ή επιδεινώνονται κατά τη θεραπευτική πορεία. Τότε η αντίσταση αποτελεί σήμα δυσαρμονίας στη θεραπευτική διαδικασία. Η δυσαρμονία αυτή δεν θεωρείται, ωστόσο, πρόβλημα του θεραπευόμενου, αλλά υποδηλώνει ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να διαφοροποιήσει το θεραπευτικό ύφος και τις θεραπευτικές δεξιότητες, ώστε η αντίσταση να αντιμετωπιστεί (Miller & Rollnick, 2005).

Ένας βασικός περιορισμός της συγκεκριμένης μεθόδου είναι ότι η κινητοποιητική συνέντευξη εφαρμόζεται συνήθως συμπληρωματικά προς άλλες θεραπείες, ιδιαίτερα δε στα αρχικά στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας, όταν ο άρρωστος χρειάζεται να κινητοποιηθεί για τη συνέχιση της θεραπείας του και την αποφυγή τυχόν πρόωρης διακοπής της. Καθώς πρόκειται για μια στοχευμένη και δομημένη μέθοδο, τα συνήθη πεδία εφαρμογής της είναι η αντιμετώπιση συμπεριφορών εξάρτησης (εξαρτησιογόνες ουσίες, παχυσαρκία, χαρτοπαιξία)

σε συνδυασμό με θεραπείες συμπεριφορικού-γνωσιακού ή ψυχο-εκπαιδευτικού τύπου. Η αποτελεσματικότητά της στα επίπεδα παραμονής στη θεραπεία, στο βαθμό συμμόρφωσης, αλλά και στα τελικά αποτελέσματα της θεραπείας, όταν η κινητοποιητική συνέντευξη χρησιμοποιείται μαζί με άλλες θεραπείες, έχει τεκμηριωθεί από πλήθος ερευνών (Forrester, McCambridge, Weissbein, Emlyn-Jones, & Rollnick, 2007. Westra, 2004). Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε, τα αποτελέσματα αυτά προκύπτουν αποκλειστικά από το ψυχοθεραπευτικό πεδίο των εξαρτήσεων, οπότε δεν μπορούν να γενικευτούν ευρύτερα.

Βασικός λόγος που η προσέγγιση της κινητοποιητικής συνέντευξης εφαρμόζεται σε αυτού του είδους τα προβλήματα ψυχικής υγείας και δη στα πρώτα στάδια της θεραπείας είναι η θεωρητική σύνδεσή της με το μοντέλο των σταδίων αλλαγής των Prochaska και DiClemente (1992). Σύμφωνα με το μοντέλο, η αλλαγή διέρχεται μέσα από μια σειρά από διαφορετικά στάδια, ακολουθώντας συνήθως ένα σπειροειδές σχήμα: κάθε στάδιο διαδέχεται το ένα το άλλο, αλλά υπάρχουν και υποτροπές σε προηγούμενα στάδια και εκ νέου προσπάθειες. Τα στάδια της αλλαγής είναι: το στάδιο πριν την περισυλλογή, το στάδιο της περισυλλογής, το στάδιο της προετοιμασίας, το στάδιο της δράσης και το στάδιο της συντήρησης. Έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι κατά την είσοδο του υποψήφιου θεραπευόμενου σε ψυχοθεραπεία ποσοστό 50%-60% βρίσκονται στο στάδιο πριν την περισυλλογή, το οποίο χαρακτηρίζεται από μη-πρόθεση για αλλαγή στο άμεσο μέλλον, με προεξάρχον χαρακτηριστικό την αντίσταση στη θεραπεία (Prochaska & Norcross, 2002). Το ποσοστό αυτό είναι ακόμη πιο αυξημένο όταν αφορά σε γενικότερα προβλήματα ψυχικής υγείας (π.χ. άγχος, ψυχική δυσφορία), όπου περισσότεροι από τα 2/3 όσων προσέρχονται για θεραπεία βρίσκονται σε στάδιο προηγούμενο της δράσης για αλλαγή (O'Hare, 1996).

Στόχος της κινητοποιητικής συνέντευξης είναι να μειώσει τα αρχικά επίπεδα αντίστασης με τα οποία οι περισσότεροι άνθρωποι προσέρχονται στη θεραπεία και να αποτρέψει μία πρόωρη διακοπή. Η αποτυχία προς αυτή την κατεύθυνση αποδίδεται στην έλλειψη

συγχρωτισμού των παρεμβάσεων του θεραπευτή με τις ανάγκες του πελάτη και όχι σε αυτή καθ' εαυτή την αντίσταση του θεραπευόμενου. Ο θεραπευτής, δηλαδή, είναι αυτός που δεν καταφέρνει να συντονιστεί με τη φάση και τις ιδιαιτερότητες του πελάτη κι αντ' αυτού βιάζεται να προωθήσει κάποια συμπεριφορά αλλαγής, παρέμβαση που συνήθως οδηγεί σε πρόωρη διακοπή της θεραπείας (Prochaska & Norcross, 2002). Ο βασικός λόγος είναι ότι ο θεραπευόμενος βιώνει τις παρεμβάσεις του θεραπευτή για αλλαγή ως προσπάθεια περιορισμού των ελευθεριών και των επιλογών του, οπότε αντιδρά με αντίσταση απέναντι σε μια τέτοια «απειλή». Σύμφωνα με τους Moyers και Rollnick (2002), η κινητοποιητική συνέντευξη είναι η ενδεδειγμένη μέθοδος για αυτού του είδους την αντίσταση που προσομοιάζει με την έννοια της αντιδραστικότητας (Brehm & Brehm, 1981), παρά για άλλου τύπου αντιστάσεις πιο εγγενούς και πυρηνικού χαρακτήρα. Επομένως, η διάσταση αυτή αποτελεί έναν επιπλέον περιορισμό της συγκεκριμένης μεθόδου στην αντιμετώπιση των αντιστάσεων, χωρίς ωστόσο κάτι τέτοιο να μειώνει τη σπουδαιότητά της στο πεδίο θεραπείας των εξαρτήσεων. Εξάλλου, οι επιμέρους τεχνικές του μοντέλου μπορούν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά προς άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Τέσσερις είναι οι βασικές αρχές παρέμβασης της κινητοποιητικής συνέντευξης: (α) η έκφραση ενσυναίσθησης, ώστε ο θεραπευόμενος να νιώσει κατανοητός κι ασφαλής, (β) η δημιουργία απόκλισης μεταξύ τρέχουσας συμπεριφοράς και σημαντικών προσωπικών στόχων και αξιών, (γ) η συμπόρευση με την αντίσταση, κυρίως με τη χρήση τεχνικών στοχαστικής ανάκλασης αντί της απευθείας αντιπαράθεσης υπέρ της αλλαγής, (δ) η στήριξη της αυτό-αποτελεσματικότητας με την πίστη ότι η αλλαγή είναι εφικτή (Miller & Rollnick, 2005). Ιδιαίτερα όσον αφορά την έννοια της συμπόρευσης με την αντίσταση, τονίζεται ότι ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να αντιτίθεται στην αντίσταση, αλλά να συμπλέει με αυτήν. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται προτείνοντας –παράλληλα όμως αποφεύγοντας την αντιπαράθεση με τον πελάτη– νέες απόψεις και προοπτικές και περιλαμβάνοντας την ενεργό συμμετοχή του

ατόμου στη διαδικασία επίλυσης των προβλημάτων του (Νικολάου, 2004). Ειδικότερα, οι μέθοδοι συμπόρευσης με την αντίσταση κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αποτελείται από διάφορες μορφές στοχαστικής ανάκλασης (απλή, ενισχυμένη, αμφίπλευρη), ενώ η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τη μετατόπιση της εστίασης της προσοχής, τη συμφωνία με μικρή παραποίηση ή ανεπαίσθητη αλλαγή κατεύθυνσης, την αναπλαισίωση, την έμφαση στην προσωπική επιλογή και στον έλεγχο, και τέλος την τεχνική του θεραπευτικού παράδοξου. Όλες αυτές οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στη λύση της αμφιθυμίας, γεγονός που θεωρείται το κλειδί για την αλλαγή. Λόγου χάρη, οι ανταποκρίσεις με στοχαστική ανάκλαση περιλαμβάνουν: (α) την απλή αναγνώριση από τον θεραπευτή ότι ο θεραπευόμενος διαφωνεί με κάτι που του προτείνεται, παρέμβαση που κάμπει συνήθως την αμυντική στάση του θεραπευόμενου, (β) την επαναδιατύπωση αυτών που είπε ο θεραπευόμενος σε μια ενισχυμένη ή υπερβολική μορφή, με υποστηρικτικό πάντοτε τρόπο, ώστε ο θεραπευόμενος να υποχωρήσει από αυτό που υποστηρίζει και να προκληθεί η άλλη πλευρά της αμφιθυμίας, και (γ) την κάλυψη και των δύο πλευρών της αμφιθυμίας (Miller & Rollnick, 2005).

Ανεξάρτητα πάντως από τις επιμέρους τεχνικές που προτείνει η κινητοποιητική συνέντευξη, ενδιαφέρον παρουσιάζει το απόσπασμα των Miller και Rollnick (2005) αναφορικά με το «Θεατρικό έργο της αλλαγής», το οποίο παραπέμπει στην έννοια των μεταβιβαστικών αντιστάσεων της ψυχαναλυτικής θεώρησης:

«Η αντίσταση είναι το κλειδί για μια πετυχημένη θεραπεία αν αναγνωριστεί αυτό που πραγματικά είναι: μια ευκαιρία. Η έκφραση αντίστασης από τον θεραπευόμενο αποτελεί στην ουσία την πρόβα ενός σεναρίου, στο οποίο έχει παίζει πάρα πολλές φορές μέχρι τώρα. Υπάρχει ένας αναμενόμενος ρόλος για τον θεραπευτή, ένας ρόλος τον οποίο έχουν υποδυθεί και άλλοι στο παρελθόν. Το κείμενο του είναι προβλέψιμο.

Αν ο θεραπευτής πει τα λόγια του με τον ίδιο τρόπο όπως και οι άλλοι πριν από αυτόν, το κείμενο θα έχει την ίδια κατάληψη όπως και πριν. Ο θεραπευτής όμως μπορεί να ξαναγράψει το ρόλο του Η αντίσταση είναι συχνά η ψυχή του έργου. Είναι αυτή που προσθέτει δραματική υπόσταση στην πλοκή και την καθιστά συναρπαστική. Είναι λυπηρό και είναι λάθος να αντιμετωπίζεται η αντίσταση σαν ένα διαστροφικό, χαρακτηρισολογικό ελάττωμα. Η αντίσταση βρίσκεται στο κέντρο της ανθρώπινης αλλαγής. Προκύπτει από τα κίνητρα και τις προσπάθειες των ηθοποιών. Προδιαγράφει και προμηνύει συγκεκριμένες καταλήξεις στις οποίες το έργο μπορεί να οδηγηθεί. Η αληθινή τέχνη του θεραπευτή δοκιμάζεται από την αναγνώριση και τον χειρισμό της αντίστασης. Πάνω σε αυτή τη σκηνή ξεδιπλώνεται το δραματικό, θεατρικό έργο της αλλαγής» (Miller & Rollnick, 2005, σελ. 105-106).

Οι συγκεκριμένες απόψεις, καθώς και το μοντέλο κινητοποιητικής συνέντευξης στο σύνολό του, προβάλλουν ορισμένες κεντρικές διαστάσεις του φαινομένου της αντίστασης του θεραπευόμενου, όπως ανακύπτει εξάλλου και από τις σύγχρονες θέσεις στις περισσότερες θεωρίες ψυχοθεραπείας. Καταρχήν, ότι η αντίσταση δεν θα πρέπει να θεωρείται ένα αρνητικό φαινόμενο, αλλά μάλλον ένα αναπόσπαστο και λειτουργικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας προς την ψυχική αλλαγή. Κατά δεύτερον, η αντίσταση αφορά περισσότερο τη θεραπευτική σχέση και διαντίδραση, παρά ένα ενδογενές χαρακτηριστικό που θα πρέπει να καμφθεί. Τρίτον, η αξιοποίηση των αντιστάσεων προς όφελος της θεραπείας προϋποθέτει πρωτίστως την εγκαθίδρυση μιας σχέσης ασφάλειας και εμπιστοσύνης, ώστε να μην επαναληφθούν στην ψυχοθεραπεία οι «προδιαγεγραμμένοι» ρόλοι της προσωπικής ζωής του θεραπευόμενου. Στο πλαίσιο αυτού του φάσματος θετικών διαστάσεων της αντίστασης πραγματοποιείται η παρούσα μελέτη. Ο ρόλος της θεραπευτικής σχέσης στην αντιμετώπιση των αντιστάσεων προβάλλεται και στο ακόλουθο θεωρητικό

μοντέλο, αυτό της διαπροσωπικής επιρροής, φωτίζοντας ορισμένες άλλες πλευρές αυτής της σχέσης.

Αντίσταση & αντίθεση: το μοντέλο της διαπροσωπικής επιρροής

Το μοντέλο συμβουλευτικής της διαπροσωπικής επιρροής (Strong & Matross, 1973), βασισμένο στη θεωρία της κοινωνικής ισχύος, ορίζει την αντίσταση ως απόρριψη της επίδρασης του συμβούλου από τον πελάτη, καθώς ο τελευταίος κρίνει ότι ο σύμβουλος δεν διαθέτει νομιμοποιημένη ισχύ, ώστε να επιτρέψει να τον επηρεάσει. Η αντίσταση διακρίνεται από την έννοια της αντίθεσης (*opposition*), η οποία αφορά την αντίδραση του πελάτη στο περιεχόμενο της θεραπευτικής παρέμβασης. Η αντίσταση, δηλαδή, προβάλλεται κι εδώ ως ένα διαπροσωπικό κυρίως φαινόμενο, το οποίο άπτεται στα χαρακτηριστικά και στις δεξιότητες του συμβούλου. Το καινοτόμο στοιχείο της θεωρίας έγκειται στη σύνδεση που γίνεται ανάμεσα στην έννοια της αντίστασης και τη μεταβλητή της ισχύος, ή της σχέσης επιρροής, ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο.

Ειδικότερα, το μοντέλο της διαπροσωπικής επιρροής υποστηρίζει ότι η αλλαγή επέρχεται όχι από τα λεγόμενα ή τις πράξεις του συμβούλου, αλλά από την επίδραση που αυτά έχουν στον πελάτη. Ο βαθμός και το επίπεδο της επίδρασης καθορίζεται κάθε φορά από μια σειρά από αντιτιθέμενες δυνάμεις που λαμβάνουν χώρα στη διαντίδραση: εκείνες που προωθούν την αλλαγή (*impelling forces*) κι εκείνες που παρεμποδίζουν την αλλαγή (*restraining forces*). Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει την αντίσταση και την αντίθεση. Και οι δύο αυτοί μηχανισμοί ορίζονται ως μη-συμμόρφωση του πελάτη στις επιταγές του συμβούλου για αλλαγή. Ενώ όμως με την αντίθεση εναντιώνεται κανείς απέναντι στο περιεχόμενο όσων προτείνει ο σύμβουλος, απέναντι δηλαδή σε αυτή καθ' εαυτή την αλλαγή συμπεριφοράς που προτείνεται, αντίθετα, με την έκφραση αντίστασης εναντιώνεται απέναντι στην προσπάθεια να επηρεαστεί προς την κατεύθυνση της αλλαγής, ανεξάρτητα από το περιεχόμενό της. Η

αντίθεση προκαλείται γιατί το άτομο δεν θέλει να αναλάβει το κόστος της αλλαγής, ενώ παράλληλα η τρέχουσα συμπεριφορά εξυπηρετεί γι' αυτόν κάποια χρησιμότητα, αξία, κοινωνική υποστήριξη, εσωτερική ισορροπία, ή κάποια αμυντική λειτουργία. Οι Strong και Matross (1973) παρομοιάζουν αυτά τα χαρακτηριστικά με άγκυρα που συγκρατεί το άτομο από οποιαδήποτε αλλαγή της ισχύουσας θέσης.

Από την άλλη μεριά, η αντίσταση προκαλείται από τα χαρακτηριστικά και τον τρόπο με τον οποίο ο σύμβουλος ζητά κάτι από τον πελάτη. Ο βασικός λόγος που γεννιάται αντίσταση είναι γιατί ο συγκεκριμένος τρόπος βιώνεται ως αυθαίρετος. Με άλλα λόγια, η αντίσταση υποδηλώνει ότι ανάμεσα σε σύμβουλο και πελάτη υπάρχει μια σχέση ισχύος –με την έννοια της εξουσίας του επηρεασμού ενός προσώπου από κάποιο άλλο– σχέση η οποία δεν γίνεται αποδεκτή ως τέτοια από τον πελάτη. Ο πελάτης αμφισβητεί την ισχύ του συμβούλου να τον επηρεάσει κι έτσι αντιστέκεται, ανεξάρτητα από το περιεχόμενο του επηρεασμού. Μια τέτοια οπτική παραπέμπει στη θεωρία της ψυχολογικής αντιδραστικότητας των Brehm και Brehm (1981).

Θεμελιώδες στοιχείο της ισχύος του συμβούλου είναι η αίσθηση εξάρτησης από αυτόν. Ο πελάτης αισθάνεται εξαρτημένος από τον σύμβουλο προκειμένου να βρει λύσεις στα προβλήματά του, γεγονός που δίνει στον τελευταίο τη δύναμη επηρεασμού προς την κατεύθυνση της αλλαγής. Η αίσθηση εξάρτησης διαμορφώνεται από τη σχέση ανάμεσα στις ανάγκες του πελάτη και τις δυνατότητες του συμβούλου να ανταποκριθεί σε αυτές, όπως ο ίδιος ο πελάτης αντιλαμβάνεται και τις μεν και τις δε. Ουσιαστικά, η δύναμη επηρεασμού του συμβούλου συνιστά τις δυνάμεις που προωθούν την αλλαγή. Σύμφωνα με τη θεωρία, ο πελάτης συμμορφώνεται με τις προτάσεις για αλλαγή, όταν η δύναμη επηρεασμού του συμβούλου είναι μεγαλύτερη από τις δυνάμεις της αντίστασης και της αντίθεσης. Η ισχύς του συμβούλου για επηρεασμό βασίζεται σε πέντε επιμέρους χαρακτηριστικά: (α) τη θέση του ως «ειδικός», όπως προβάλλεται τόσο από τον ίδιο όσο και από τη δημόσια εικόνα του

επαγγέλματος, (β) την ελκυστικότητα του, ή αλλιώς, τα κοινά επίπεδα αναφοράς με τον πελάτη, δηλαδή τα σημεία ομοιότητας και ταύτισης ανάμεσα σε σύμβουλο και πελάτη, (γ) τη νομιμοποίησή του –θεσμική και πολιτισμική– στο ρόλο του ως κάποιος που μπορεί να βοηθήσει με τις παρεμβάσεις του, (δ) την εγκυρότητά του όσον αφορά τις πληροφορίες και τις κατευθύνσεις που δίνει (π.χ. ψυχολογικά τεστ), (ε) τη δυνατότητά του να επηρεάσει το περιβάλλον του πελάτη. Τα δύο τελευταία χαρακτηριστικά ενεργούν δευτερογενώς, αν και καθένα από αυτά τα πέντε χαρακτηριστικά προστατεύουν το άλλο από την αντίσταση.

Το μοντέλο της διαπροσωπικής επιρροής έχει τεκμηριωθεί εμπειρικά τόσο στο σύνολό του (Ruppel & Kaul, 1982), όσο και ειδικότερα σε σχέση με την αντίσταση (Kerr, Olson, Claiborn, Bauers-Gruenler, & Paolo, 1983. Merluzzi, Merluzzi, & Kaul, 1977). Για παράδειγμα, οι Kerr και συνεργάτες (1983) βρήκαν ότι ανάμεσα στα χαρακτηριστικά που συνιστούν την ισχύ του συμβούλου, για την κάμψη της αντίστασης είναι πιο αποτελεσματική η ελκυστικότητα του συμβούλου, ενώ για την κάμψη της αντίθεσης είναι η ειδημοσύνη του. Παρά τα εμπειρικά δεδομένα όμως, το μοντέλο της διαπροσωπικής επιρροής έχει περιορισμένο εύρος εφαρμογής (π.χ. συμβουλευτική καριέρας) και παραμένει γενικά επιφανειακό όσον αφορά την προσέγγιση της αντίστασης, ενώ δεν λαμβάνει υπόψη το άλλο μέρος της σχέσης ισχύος στη διαντίδραση συμβούλου και πελάτη, δηλαδή πώς ο ίδιος ο πελάτης μπορεί να επιδρά στον σύμβουλο.

Η αντίσταση ως άρνηση της δυνατότητας του συμβούλου για επηρεασμό θεωρείται ότι εντείνεται όταν το κίνητρο για θεραπεία είναι εξ αρχής χαμηλό, καθώς επίσης υπό συνθήκες επιβολής της ψυχοθεραπείας από τρίτους, όταν δηλαδή η επιλογή για ψυχοθεραπεία δεν προκύπτει ίδια βούληση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ωστόσο, είναι ορθότερο να περιγράφεται η συμπεριφορά του θεραπευόμενου ως απροθυμία, παρά ως αντίσταση.

Αντίσταση & απροθυμία

Αν και έννοια διάφορη από αυτή της αντίστασης, η απροθυμία (*reluctance*) του πελάτη απέναντι στη θεραπεία συχνά συνοδεύεται από συμπεριφορές αντίστασης, φαινόμενο ιδιαίτερα σύνηθες στα αρχικά στάδια μιας θεραπείας. Εξαιτίας αυτού, οι δύο έννοιες χρησιμοποιούνται στη σχετική βιβλιογραφία εναλλακτικά μεταξύ τους, γεγονός που ενίοτε καταλήγει σε λανθασμένη ταύτιση των δύο όρων.

Η βασική διαφορά ανάμεσα στην απροθυμία και την αντίσταση είναι ότι η πρώτη αναφέρεται στην έλλειψη κινήτρου και βούλησης από τον άνθρωπο που προσέρχεται για θεραπεία. Πρόκειται, δηλαδή, για μια συνειδητή δυσμενή στάση απέναντι στην προοπτική της θεραπείας. Είτε η απροθυμία οφείλεται σε μη-οικιοθελή προσέλευση (π.χ. επιβαλλόμενη παραπομπή ασθενούς από τρίτους) είτε σε έντονη προσωπική αμφιθυμία για την έναρξη θεραπείας ή μη, η ιδέα της θεραπείας είναι απωθητική ευθύς εξ αρχής. Σύμφωνα με τους Riordan, Matheny και Harris (1978), οι απρόθυμοι ασθενείς με χαμηλό κίνητρο για θεραπεία είναι πολύ περισσότεροι στην πράξη από ό,τι εμφανίζεται στη σχετική βιβλιογραφία. Μάλιστα, η απροθυμία για ψυχοθεραπεία φαίνεται να έχει και μια δια-φυλική συνιστώσα, καθώς οι άντρες αποφεύγουν, διαχρονικά, να ζητήσουν ψυχολογική βοήθεια, γεγονός που αποδίδεται σε ψυχο-κοινωνικές παραμέτρους αναφορικά με τους ανδροπρεπείς ρόλους στην κοινωνία (McKelley, 2007. Nystul, 2001). Κατά τη θεραπευτική διαδικασία, η απροθυμία εκφράζεται με ανοιχτή έκφραση εχθρότητας, δυσπιστίας ή αμφισβήτησης, με σιωπή, με υπερβολική συμμόρφωση ή/και με επιτηδευμένη συμπεριφορά «ψευδο-συνεργασιμότητας», με αμυντικότητα και με αποφυγή να συζητηθούν συγκεκριμένα θέματα (Scott & King, 2007. Vriend & Dyer, 1973).

Σε συνδυασμό με την περίπτωση που κανείς προσέρχεται για θεραπεία όχι επειδή το έχει αποφασίσει ο ίδιος αλλά γιατί το επιτάσσουν τρίτοι (π.χ. σύντροφος, γονείς, σχολείο, δικαστήριο, κ.ά.) όπου οι λόγοι απροθυμίας είναι προφανείς, έχουν καταγραφεί μια σειρά

από άλλους πιθανούς λόγους που κάνουν κάποιον να τρομάζει απέναντι στην προοπτική της θεραπείας. Παραδείγματος χάριν, η αναζήτηση θεραπείας μπορεί να βιώνεται ως ναρκισσιστικό πλήγμα, καθώς η αποδοχή της προσωπικής αδυναμίας κάποιου να αντιμετωπίσει ιδίοις δυνάμεις τα προβλήματά του μπορεί να είναι ταπεινωτική, ιδιαίτερα δε στις δυτικές κοινωνίες όπου δεσπόζουν οι αρχές της ανεξαρτησίας και της αυτοδυναμίας. Ο υποψήφιος θεραπευόμενος μπορεί να φοβάται, επίσης, ότι η θεραπεία θα ανακινήσει συναισθήματα εξάρτησης, ή άγχη υποταγής σε κάποιο πρόσωπο εξουσίας, ή ακόμη, ότι θα φέρει στο φως απωθημένες σεξουαλικές φαντασιώσεις και επιθυμίες (Strean, 1990).

Ανεξάρτητα από τους ρητούς ή τους άρρητους λόγους που υποδαυλίζουν την απροθυμία κάποιου στην αρχή μιας θεραπείας, έχει βρεθεί ότι η απροθυμία επηρεάζει τόσο τη θεραπευτική διαδικασία όσο και το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ειδικότερα, η απροθυμία συσχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση και τη βελτίωση από τη θεραπεία όπως αξιολογείται από τον ίδιο τον θεραπευόμενο, καθώς και με το βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στο αναφερόμενο πρόβλημα και τη σημασία που εκτιμάται ότι δίνει το θεραπευτικό πλαίσιο σε αυτό, ενώ συσχετίζεται θετικά με πρόωρη διακοπή της θεραπείας (Paradise & Wilder, 1979). Τα στοιχεία αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία, καθώς έχει τονιστεί η σύνδεση ανάμεσα στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα και τις προσδοκίες που διατηρεί ο θεραπευόμενος για τη θεραπεία. Σύμφωνα με τον Frank (1982), ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες στην αποτελεσματική θεραπεία είναι η ίδια η πεποίθηση του θεραπευόμενου ότι η θεραπεία θα αποβεί βοηθητική. Εάν, λοιπόν, ένας υποψήφιος θεραπευόμενος είναι εξ αρχής απρόθυμος απέναντι στη θεραπεία, αυτό τον καθιστά αυτομάτως αρνητικά προκατειλημμένο και, στην περίπτωση που η άρνησή του δεν αντιμετωπιστεί καταλλήλως, προμηνύεται μια δυσχερής εξέλιξη.

Παρά τα κοινά σημεία ανάμεσα στην απροθυμία και την αντίσταση, οι δύο αυτές έννοιες δεν θα πρέπει να συγχέονται μεταξύ τους, ούτε θεωρητικά ούτε στην κλινική πράξη. Συχνά,

λόγου χάρη, οι θεραπευτές ονοματίζουν ως αντίσταση την έλλειψη κινήτρου για θεραπεία, αποδίδοντας με αυτόν τον τρόπο στην αντίσταση μια διάσταση πρόθεσης, ή καλύτερα μη-πρόθεσης, από την πλευρά του θεραπευόμενου. Εντούτοις, η αντίσταση είναι μια κατεξοχήν ασυνείδητη διαδικασία, η οποία εμπερικλείει στοιχεία αμφιθυμίας και αποφυγής μεν, αλλά από την άλλη πλευρά διακρίνει και τους πλέον πρόθυμους και κινητοποιημένους για θεραπεία. Εξάλλου, επειδή η απροθυμία είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται αποκλειστικά στην αρχή μιας θεραπείας, απαιτεί ιδιαίτερα εξειδικευμένους χειρισμούς, αφού δεν έχει εδραιωθεί ακόμα μια θεραπευτική συμμαχία, ή γενικότερα, μια σχέση με τον θεραπευόμενο. Σχηματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η απροθυμία θα πρέπει να αρθεί, προκειμένου να υπάρξει κάποια θεραπεία στο μέλλον· από την άλλη πλευρά, η αντίσταση θα πρέπει να αξιοποιηθεί, γεγονός που συνιστά θεραπεία καθ' εαυτό.

Έχοντας αποσαφηνίσει και οριοθετήσει την έννοια της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, ως έννοια συναφή μεν αλλά διάφορη από τις έννοιες της αντιδραστικότητας, της αμυντικότητας, της αμφιθυμίας, της αντίθεσης και της απροθυμίας, θα επικεντρωθούμε στη συνέχεια στον τρόπο ερμηνείας, περιγραφής και αντιμετώπισης της αντίστασης στις κυρίαρχες θεωρητικές σχολές ψυχοθεραπείας. Ιδιαίτερη αναφορά θα γίνει στην ψυχαναλυτική / ψυχοδυναμική προσέγγιση, καθώς η αντίσταση γεννήθηκε και θεμελιώθηκε στους κόλπους της ψυχανάλυσης. Μάλιστα, οι σύγχρονες ψυχαναλυτικές / ψυχοδυναμικές απόψεις για την αντίσταση τείνουν να διαφοροποιούνται από τις επικρατούσες κλασικές θέσεις, προκρίνοντας μία μάλλον θετική διάσταση της αντίστασης προς όφελος της θεραπείας. Η παρούσα εργασία επιδιώκει να φωτίσει ορισμένες τουλάχιστον πτυχές της θετικής διάστασης των αντιστάσεων. Το πρώτο βήμα σε αυτή τη διαδρομή είναι να αναφερθούν οι θεωρητικοί πυλώνες στους οποίους βασίστηκε η εμφάνιση και η εγκαθίδρυση της έννοιας της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία.

Μ Ε Ρ Ο Σ Ι

**Η αντίσταση στην
ψυχαναλυτική / ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Οι απαρχές της αντίστασης – Ιστορική ανασκόπηση

Η αναφορά στη γένεση και τη διαδρομή της αντίστασης, εκτός από την ιστορική αυτή καθ' εαυτή σημασία που έχει, αναμένεται να συμβάλλει παράλληλα και σε έναν ακόμη σκοπό: στην ανάδειξη των σημείων εκείνων που κατά καιρούς έχουν αποτελέσει ερείσματα στην κριτική για την έννοια της αντίστασης και παράλληλα στην ανάδειξη των απότοκων στοιχείων τα οποία έχουν επικρατήσει έως και σήμερα στον επιστημονικό διάλογο αναφορικά με την αντίσταση.

Η έννοια της αντίστασης είναι τόσο παλιά όσο η ψυχανάλυση. Οι αναφορές στην αντίσταση διανθίζουν το σύνολο σχεδόν των κειμένων του ιδρυτή της ψυχανάλυσης Sigmund Freud, από τα πρώτα έως τα τελευταία του γραπτά (1900-1937). Μάλιστα, είναι η δική της γένεση, σε συνδυασμό και με την έννοια της μεταβίβασης, που οδηγεί τελικά στη θεμελίωση της ίδιας της ψυχανάλυσης. Η αντίσταση και η μεταβίβαση αποτελούν κατά τον Freud τον πυρήνα της ψυχαναλυτικής θεραπείας, εκείνα τα στοιχεία που με την κεντρικότητά τους προσδιόρισαν την ψυχανάλυση ως θεραπευτική προσέγγιση και τον οδήγησαν να εγκαταλείψει την ύπνωση ως μέθοδο θεραπείας (Freud, 1904/1953b, 1914/1958c). Ως αποτέλεσμα, ο θεμελιώδης της χαρακτήρας στη δημιουργία και ανάπτυξη της ψυχαναλυτικής θεραπείας καθιστά την αντίσταση αποδέκτη όχι μόνο της κριτικής για αυτές καθ' εαυτές τις εννοιολογικές και πρακτικές της διαστάσεις (όπως θα συνέβαινε με κάθε άλλη έννοια), αλλά και της κριτικής που έχει δεχτεί η ίδια η ψυχανάλυση συνολικά, ως θεωρία και μέθοδος θεραπείας.

Αρχικές απόψεις του Freud για την έννοια της αντίστασης

Διερευνώντας την πορεία που ακολούθησε η έννοια της αντίστασης στην ανάπτυξή της από τον Freud διαφαίνεται μια προοδευτική μετακίνηση στη σημασία που είχε για τη

ψυχαναλυτική θεραπεία: ενώ αρχικά η αντίσταση θεωρήθηκε ως εμπόδιο για τη θεραπεία, τελικά η έμφαση μετατοπίστηκε στην έννοια της αντίστασης ως πηγή σημαντικών πληροφοριών για τις εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες του θεραπευόμενου. Μέσα από τις εκδηλώσεις αντίστασης, ο θεραπευόμενος επιδιώκει να αποφύγει κάποιο επώδυνο ψυχικό υλικό, οπότε η διερεύνηση της σημασίας των αντιστάσεων μπορεί να συμβάλλει στην κατανόηση βαθύτερων δυναμικών.

Η πρώτη αναφορά στον όρο «αντίσταση» γίνεται στο έργο «Μελέτες για την υστερία» (Breuer & Freud, 1955), όπου ο Freud περιγράφει την περίπτωση της Elizabeth von R. και την αρνητική στάση της απέναντι στη θεραπεία μαζί του, καθώς του ανακοινώνει ότι δεν αισθάνεται καλύτερα *«με ένα πονηρό βλέμμα ικανοποίησης»* (Breuer & Freud, 1955, σελ. 144-145). Την περίοδο εκείνη ο Freud χρησιμοποιεί ακόμη την ύπνωση και την υποβολή ως μεθόδους θεραπείας και προσπαθεί να υπερνικήσει την αντίσταση της ασθενούς με τα αντίθετά της: την επιμονή και την πειθώ. Οι τεχνικές αυτές περιλάμβαναν την πίεση του μετώπου της ασθενούς με τα χέρια του αναλυτή, την επιμονή να ακολουθήσει τις οδηγίες του να υπνωτιστεί, ή να καλύψει τα κενά της μνήμης με μνημονική ανάκληση, και αργότερα την παραίνεση να μιλά η ασθενής για οτιδήποτε έρχεται στο νου της (τα πρώτα σπέρματα της τεχνικής του ελεύθερου συνειρμού). Αργότερα, οι προαναφερθείσες τεχνικές θεωρήθηκαν ότι είχαν κάποια επίδραση στην ασθενή όχι λόγω της αυθύπαρκτης ισχύος τους, αλλά εξαιτίας της μεταβιβαστικής παλινδρόμησης που προκαλούσαν. Δηλαδή, η σωματική επαφή ανάμεσα σε αναλυτή και αναλυόμενη με το άγγιγμα του μετώπου και η ταυτόχρονη επίμονη στάση εκ μέρους του αναλυτή, θεωρήθηκαν ότι ανακινούσαν έντονα μεταβιβαστικά συναισθήματα στην ασθενή απέναντι στον άνδρα-αναλυτή της, που φαίνεται πως αντιπροσώπευε για αυτήν μια αλάνθαστη και ισχυρή πατρική φιγούρα (Stone, 1973).

Ανεξάρτητα, όμως, από τους λόγους που η τεχνική της επιμονής είχε κάποια αποτελέσματα στην υπερνίκηση της αντίστασης, ήταν αυτή ακριβώς η αποτελεσματικότητά

της που οδήγησε τον Freud να κατασκευάσει τις πρώτες ερμηνείες του φαινομένου της αντίστασης. Εάν η εφαρμογή της επιμονής –ή γενικότερα, η επίμονη προσπάθεια από την πλευρά του αναλυτή– μπορεί να επιφέρει αποτελέσματα στην αναπαραγωγή μνημών και στην έκφραση ελεύθερων συνειρμών, τότε αυτό αποδεικνύει ότι υπάρχει μια ψυχική δύναμη στον ασθενή, η οποία αντιστέκεται στη διαδικασία συνειδητοποίησης του απωθημένου. Η αντίσταση αποτελεί, κατ’ αυτή την έννοια, μια αμυντική διαδικασία η οποία επιστρατεύεται προκειμένου να κρατήσει μακριά από τη συνείδηση εκείνες τις ιδέες που ως παθογόνες, ή ασύμβατες, προς το υπόλοιπο σύστημα ιδεών του ατόμου είναι οδυνηρές στη μνημονική τους ανάκληση (Breuer & Freud, 1955).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Freud (Breuer & Freud, 1955), το «δεν ξέρω» του (υστερικού) ασθενούς, στην πραγματικότητα, είναι ένα «δε θέλω να ξέρω», αποδίδοντας μάλιστα σε αυτό το «δε θέλω» ένα βαθμό συνειδητότητας. Αυτή ακριβώς η διάσταση συνειδητότητας που αποδίδει ο Freud στην εκδήλωση αντίστασης εκ μέρους του ασθενούς, η οποία ενίοτε έχει μεταφραστεί ως έκφραση βούλησης και συγκεκριμένης πρόθεσης να αντισταθεί κανείς, αποτέλεσε αργότερα σημείο κριτικής της έννοιας της αντίστασης στην ψυχανάλυση (βλ. Κεφάλαιο 4).

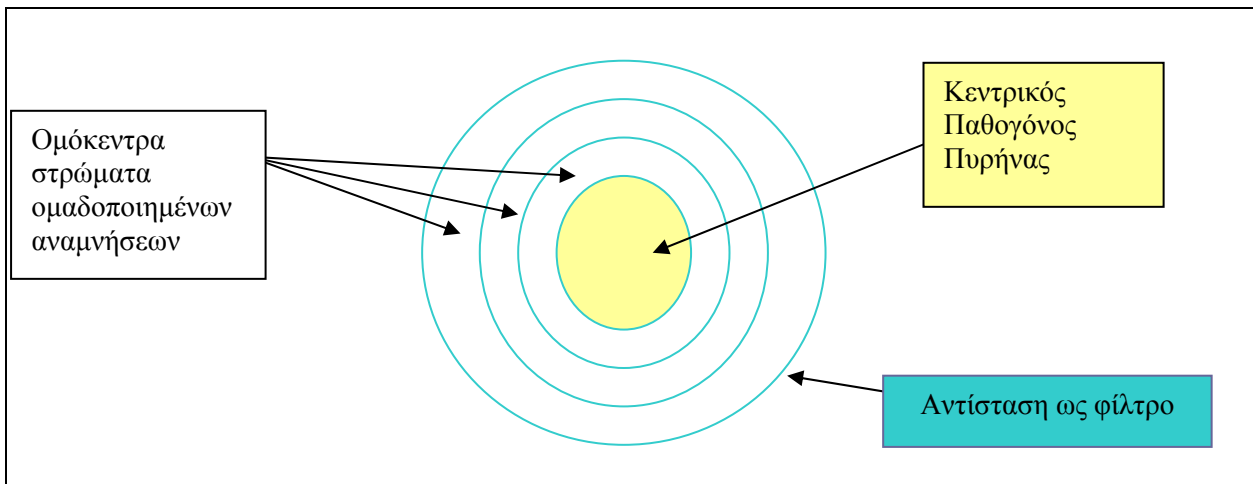
Ανεξάρτητα, ωστόσο, από την όποια κριτική, το πρώτο στοιχείο που ανακύπτει από αυτές τις προκαταρκτικές σκέψεις του Freud και το οποίο φαίνεται να παραμένει σταθερό στην πορεία της εννοιολογικής εξέλιξης της αντίστασης στην ψυχανάλυση, είναι ότι τόσο η αντίσταση όσο και η απώθηση λειτουργούν στη βάση των ίδιων ψυχικών δυνάμεων. Όπως η απώθηση έτσι και η αντίσταση έχουν ως στόχο να αποδιώχνουν από το συνειδητό εκείνες τις ιδέες (αναπαραστάσεις, συναισθήματα) που προκαλούν δυσαρέσκεια και πόνο. Το κίνητρο και των δύο είναι η αποφυγή της απειλής ότι μπορούν να ενεργοποιηθούν ιδέες δυσάρεστες και οδυνηρές, στο βαθμό που αυτές εγείρουν ντροπή, αυτό-μομφή και αίσθημα κινδύνου. Και με τον ίδιο τρόπο που δεν είναι αρκετό να

γνωστοποιηθεί στον ασθενή η σημασία των συμπτωμάτων για να αρθεί η απώθηση, κατ' αναλογία δεν είναι αρκετό να επισημανθούν μόνο οι αντιστάσεις ώστε να εγκαταλειφθούν από τον ασθενή (Breuer & Freud, 1955. Freud, 1915/1957c, 1920/1955b. Laplace & Pontalis, 1986).

Παράλληλα, όμως, με την εξήγηση της αντίστασης ως αμυντικής λειτουργίας – παρόμοιας με αυτή της απώθησης– ο Freud στο ίδιο έργο που πρωτοαναφέρει τον όρο «αντίσταση», προτείνει και μια δεύτερη ερμηνεία του φαινομένου. Στην αρχική του εξήγηση, το απωθημένο θεωρήθηκε από τον Freud ως ξένο σώμα για τον υπόλοιπο ιδεακό κόσμο του ασθενούς. Σε αυτή τη δεύτερη, όμως, εξήγηση της αντίστασης ο Freud αναφέρεται στο απωθημένο ως κάτι που μοιάζει περισσότερο με διήθημα (Breuer & Freud, 1955. Greenson, 1967). Αυτή η μετακίνηση έχει σημασία για την έννοια της αντίστασης, γιατί πλέον εισάγεται ένα ακόμη στοιχείο το οποίο θα μείνει σταθερό στην εξέλιξη της ψυχαναλυτικής θεωρίας: η ανάλυση των αντιστάσεων, η ερμηνεία και γενικότερα η θεραπευτική διαδικασία θα πρέπει να ξεκινά από την επιφάνεια και να οδεύει προοδευτικά προς τον πυρήνα της παθολογίας.

Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από την εξής συλλογιστική του Freud, όπως περιγράφεται συνοπτικά στο «Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης»: *«οι αναμνήσεις μπορούν να θεωρηθούν ως ομαδοποιημένες, σύμφωνα με τον βαθμό αντιστάσεως που διαθέτουν, σε ομόκεντρα στρώματα γύρω από έναν κεντρικό παθογόνο πυρήνα. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, κάθε μετάβαση από έναν κύκλο σε άλλον, πλησιέστερα προς τον πυρήνα, θα αυξήσει την αντίσταση κατά τη διαφορά μεταξύ τους»* (Laplace & Pontalis, 1986, σελ. 59) (Σχήμα 1). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη υπόθεση, όσο ο θεραπευτής πλησιάζει περισσότερο στον πυρήνα του προβλήματος τόσο θα αυξάνει η αντίσταση του ασθενούς, κάτι που ο Freud επιβεβαιώνει εμπειρικά στην περίπτωση της υστερίας (Breuer & Freud, 1955). Ωστόσο, στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η αύξηση της αντίστασης με την ολοένα

μεγαλύτερη προσέγγιση του ασυνειδήτου (ή αλλιώς, του πυρήνα του απωθημένου) δεν σημαίνει ότι η αντίσταση προέρχεται από το ασυνείδητο. Ως προς αυτό το θέμα, ο Freud (1920/1955b/2001) εμμένει στην αρχική του θέση ότι, «η αντίσταση κατά τη διάρκεια της θεραπείας προέρχεται από τα ίδια ανώτερα στρώματα και συστήματα της ψυχικής ζωής τα οποία κάποτε είχαν προκαλέσει την απόωθηση» (σελ. 35).



Σχήμα 1. Η αντίσταση σε σχέση με το απωθημένο – 2^η υπόθεση του Freud. Στο σχήμα φαίνεται ότι η αντίσταση λειτουργεί ως φίλτρο που παρεμποδίζει την πρόσβαση από τον έναν, πιο επιφανειακό, «κύκλο» στον επόμενο, βαθύτερο, «κύκλο» απωθημένων αναμνήσεων, με τελικό σκοπό την απομάκρυνση της αναλυτικής προσέγγισης από τον πυρήνα της παθογένειας.

Και στις δύο αυτές πρώτες θεωρήσεις της αντίστασης σε σχέση με τον μηχανισμό της απόωθησης, η αντίσταση προσδιοριζόταν αποκλειστικά ως εμπόδιο για την πρόσβαση στο απωθημένο. Ωστόσο, πέντε χρόνια αργότερα, ο Freud (1900/1953b) δίνει μια δεύτερη διάσταση, σύμφωνα με την οποία η αντίσταση είναι πλέον «οτιδήποτε παρεμποδίζει την πρόοδο της αναλυτικής εργασίας» (σελ. 517). Ο ευρύτερος αυτός ορισμός της έννοιας της αντίστασης στοιχειοθετείται από τις ακόλουθες τρεις θέσεις-σταθμούς στη θεωρία του Freud.

Καταρχήν, την αναγνώριση της σημασίας των φαντασιώσεων και των ενορμήσεων του ατόμου, σε συνδυασμό με τα πραγματικά βιώματα, στη δημιουργία ενδοψυχικών συγκρούσεων. Η αναγνώριση αυτή οδήγησε τον Freud να συμπεριλάβει στη δυναμική της

αντίστασης, την εναντίωση στη συνειδητοποίηση «απαγορευμένων» και απαρνημένων επιθυμιών, εκτός από την εναντίωση στην ανάκληση αναμνήσεων πραγματικών γεγονότων.

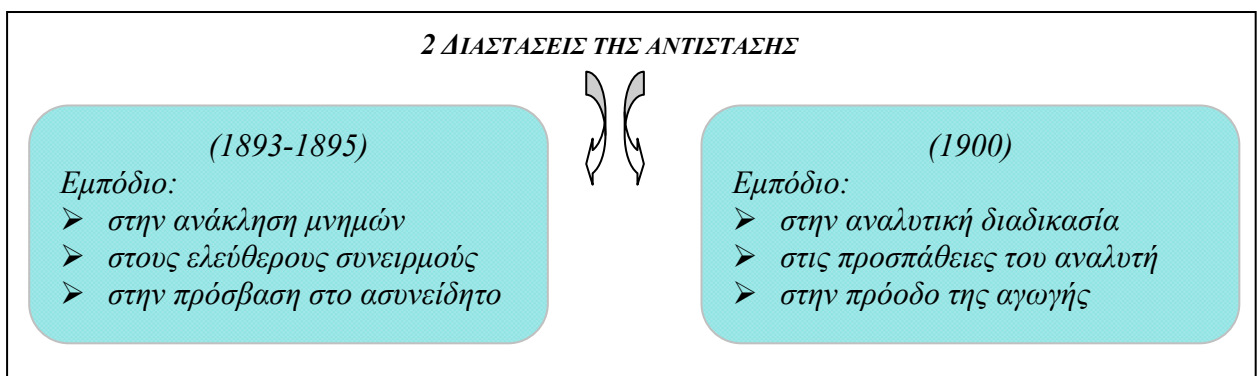
Δεύτερον, τον παραλληλισμό μεταξύ λογοκρισίας-αντίστασης και ονείρων-ελεύθερων συνειρμών, αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, ο Freud εξέφρασε την άποψη ότι όπως τα όνειρα «παραμορφώνονται» ως αποτέλεσμα λογοκρισίας και μέρη του περιεχομένου τους είτε ξεχνιούνται είτε αλλοιώνονται, κατ' αναλογία και οι ελεύθεροι συνειρμοί «παραποιούνται» από την ενεργοποίηση της αντίστασης. Κατ' αυτή την έννοια, η αντίσταση δεν αφορά μόνο στην πλήρη απώθηση ασύμβατων ιδεών, αλλά και στη συγκάλυψη, την παραποίηση των ελεύθερων συνειρμών του ασθενούς. Η αντίσταση είναι, κατά συνέπεια, η λογοκρισία των ελεύθερων συνειρμών και πλέον εκτός από μεταβολές σε ποσοτικό επίπεδο (απώθηση ιδεών/μνημών), προκαλεί και ποιοτικές μεταβολές (απόκρυψη και αλλοίωση ελεύθερων συνειρμών).

Τρίτον, τη συσχέτιση της αντίστασης με ενδοψυχικές διεργασίες στον θεραπευόμενο (παρά ως στοιχείο διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης και διαντίδρασης) και την αναγνώριση της «α-συνειδητότητας» της αντίστασης (σε αντιδιαστολή με τη «συνειδητότητά» της, στην πρώτη θεώρηση του Freud). Στη βάση αυτών των δύο, της απόδοσης της αντίστασης σε ενδοψυχικές αιτιάσεις και της απουσίας συνειδητοποίησής της από την πλευρά του ασθενούς, ο Freud υποστήριξε ότι η αντίσταση είναι πανταχού παρούσα κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Freud, 1910/1957a). Αυτή η θέση παρέμεινε γενικά σταθερή στους κόλπους της ψυχανάλυσης, όπως εξάλλου και ο ορισμός της αντίστασης ως οτιδήποτε παρεμποδίζει, ή διακόπτει, το θεραπευτικό έργο (Gabbard, 2000).

Ωστόσο, ο συγκεκριμένος ορισμός, καθώς και ορισμένες από τις βασικές προεκτάσεις του, αποτέλεσαν παράλληλα σημείο κριτικής της ψυχαναλυτικής θεώρησης της αντίστασης από εκφραστές άλλων θεωρητικών προσεγγίσεων. Παραδείγματος χάριν, αμφισβητήθηκε ο προσδιορισμός της αντίστασης σχετικά με τις «παραμορφωτικές» επιδράσεις της στους

ελεύθερους συνειρμούς του ασθενούς, καθώς και η κατά βάση ενδοψυχική διάστασή της, αντιτάσσοντας σε αυτά το ρόλο της διαπροσωπικής διαπλοκής μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου, με ιδιαίτερη έμφαση στη στάση του θεραπευτή (βλ. Κεφάλαιο 4).

Μέχρι το συγκεκριμένο σημείο της θεωρίας του Freud, καθίσταται προφανές ότι η αντίσταση ορίζεται, με τον έναν ή τον άλλο τρόπο, ως εμπόδιο. Στην πρώτη του θεώρηση, αποτελεί εμπόδιο στη διερεύνηση του απωθημένου, στη δεύτερη θεώρηση, είναι εμπόδιο για το σύνολο της θεραπευτικής διαδικασίας, και τελικά της ίασης (Σχήμα 2).



Σχήμα 2. Οι αρχικές εννοιολογικές διαστάσεις της αντίστασης στο έργο του Freud. Όπως απεικονίζεται, και στις δύο χρονικές φάσεις ορισμού, η αντίσταση ορίζεται ως εμπόδιο με διαφορετικές ωστόσο προεκτάσεις, σε κάθε περίπτωση.

Όπως φαίνεται στο Σχήμα 2, ο Freud κατανόησε αρχικά την αντίσταση μέσα από μια πιο περιορισμένη οπτική, ως σκόπελο για την πρόσβαση στις απωθημένες μνήμες του ασθενούς. Αργότερα, ο Freud μετακινήθηκε σε μια πιο γενικευμένη θεώρηση της αντίστασης, καθώς την αντιμετώπισε ως ένα διαρκές και μόνιμα παρόν πρόσκομμα απέναντι σε οποιαδήποτε πλέον θεραπευτική προσπάθεια για ανάλυση του ασυνειδήτου και για θεραπευτική πρόοδο. Στη συνέχεια του έργου του, η έννοια της αντίστασης διευρύνεται περαιτέρω.

Μεθύτερες απόψεις του Freud για την αντίσταση

Παρόλο που οι συγκεκριμένες θέσεις δεν φαίνεται να εγκαταλείπονται ποτέ, ο Freud, στη συνέχεια του έργου του, διαφοροποιείται από τον προσδιορισμό της έννοιας της αντίστασης

με αποκλειστικά αρνητικούς όρους (ως εμπόδιο), και αντίθετα στρέφεται σε μια προσπάθεια να ορίσει τη «λειτουργικότητα» της αντίστασης, δηλαδή να ορίσει τις πηγές, τις αιτίες και τους σκοπούς της αντίστασης. Ως αποτέλεσμα αυτής της προσπάθειας, ο ορισμός της αντίστασης από τον Freud διευρύνεται από κάτι αποκλειστικά αρνητικό μέσα στη θεραπεία σε κάτι που –δυνητικά τουλάχιστον– μπορεί να αποβεί «λειτουργικό» για τη θεραπεία, με την έννοια της πρόσβασης σε σημαντικές πληροφορίες για τον ασθενή.

Τα πρώτα ψήγματα αυτής της μεταστροφής παρουσιάζονται στο κείμενο του «*Η περίπτωση της Ντόρα*» (1905/1953c), όπου η αντίσταση συνδέεται για πρώτη φορά με την έννοια της μεταβίβασης (βλ. Κεφάλαιο 3). Με τη σύνδεση των δύο εννοιών, η αντίσταση παύει να ορίζεται αποκλειστικά ως αντίσταση-απόθησης (repression-resistance) όπως συνέβαινε μέχρι τότε, και εισάγεται η διάσταση της αντίστασης-μεταβίβασης (*transference-resistance*). Σύμφωνα με την αντίσταση-μεταβίβασης, ή αλλιώς μεταβιβαστική αντίσταση, ο αναλυόμενος αντί της αναμνημόνευσης παρελθόντων αποθημένων εμπειριών, συναισθημάτων και ασυνείδητων επιθυμιών, αναβιώνει τις εμπειρίες, τα συναισθήματα και τις επιθυμίες αυτές στη σχέση με τον αναλυτή, τις ενδραματίζει τρόπον τινά στο πρόσωπο του αναλυτή του, και έτσι αντιστέκεται στη συνειδητοποίησή τους. Κατ' αυτή την έννοια, η ίδια η μεταβίβαση ταυτίζεται με την αντίσταση στην ανάκληση μνημών. Ωστόσο, η ταύτιση των δύο εννοιών είναι ατελής, αφού ένα δεύτερο μοντέλο θεώρησης της μεταβίβασης προσανατολίζεται στην ιδιαίτερη σημασία που έχει η μεταβίβαση ως μέσο εκδήλωσης των βαθύτερων ψυχικών συγκρούσεων, ως μέσο επαναβίωσης των ασυνείδητων ενορμήσεων και επιθυμιών του ασθενή, αυτών που κάποτε προκάλεσαν την ψυχική σύγκρουση, καθώς και ως μέσο επανόρθωσης μιας εσωτερικής ισορροπίας, όταν η μεταβίβαση αναλύεται θεραπευτικά. Τα δύο αυτά μοντέλα θεώρησης της μεταβίβασης (Gill, 1982, 1994), δεν αντικρούονται αλλά αντίθετα συνυπάρχουν στο έργο του Freud, όπως γίνεται φανερό στο άρθρο του «*Η δυναμική της μεταβίβασης*» (1912/1958a), όπου η μεταβίβαση ορίζεται ταυτόχρονα ως η πιο ισχυρή

αντίσταση στη θεραπεία, αλλά και το μέσο εκείνο που καθιστά τις ενορμήσεις του ασθενούς άμεσες και καταφανείς.

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω διατυπώσεων προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα. Καταρχήν, η μεταβίβαση αποτελεί μεν τη σημαντικότερη, συχνότερη, και σφοδρότερη πηγή αντίστασης, αλλά είναι ένα διαφορετικό και ευρύτερο ψυχικό φαινόμενο από αυτό της αντίστασης. *«Η αντίσταση χρησιμοποιεί, αλλά δεν συνιστά τη μεταβίβαση»* (Laplace & Pontalis, 1981, σελ. 59). Από την άλλη πλευρά, με τη σύνδεση των δύο εννοιών, η αντίσταση παύει να αποτελεί αποκλειστικά τροχοπέδη για τη θεραπεία –σαν κάτι κακό που πρέπει να εξορκιστεί για να επέλθει η κάθαρση. Χωρίς να αναιρείται τελείως αυτός ο χαρακτήρας, η αντίσταση γίνεται ταυτόχρονα μέσο έκφρασης βαθύτερων ενδοψυχικών διεργασιών και συγκρούσεων. Υπό αυτό το πρίσμα, φαίνεται ότι η έννοια της αντίστασης εκφράζει το εξής παράδοξο: να υποσκελίζει και ταυτόχρονα να συμβάλει στη διαδικασία της θεραπείας.

Η σχέση αντίστασης και μεταβίβασης εμπλουτίστηκε αργότερα με την έννοια του «καταναγκασμού για επανάληψη» (Freud 1914/1958c, 1920/1955b), η οποία αποτελεί *«μια ιδιαίτερη εκδοχή αντίστασης, δηλαδή την τάση του ασθενούς, αντί να θυμάται, να επαναλαμβάνει μια παρελθούσα εμπειρία μέσω της πράξης»* (Greenson, 1967, σελ. 116). Από τον συγκεκριμένο ορισμό καθίσταται φανερό η αναγωγή του καταναγκασμού για επανάληψη στο φαινόμενο της μεταβίβασης, όπως περιγράφηκε παραπάνω, και της αρχικής ταύτισης της μεταβίβασης με την έννοια της αντίστασης. Εντούτοις, όπως τελικά η μεταβίβαση και η αντίσταση παύουν να έχουν αποκλειστικά αρνητική χροιά στη θεραπεία, το αντίστοιχο συμβαίνει και με τον καταναγκασμό για επανάληψη. Η σχέση των τριών αυτών εννοιών (αντίσταση – μεταβίβαση – καταναγκασμός για επανάληψη) διευκρινίζεται με σαφήνεια στο απόσπασμα που ακολουθεί από το *«Πέραν της αρχής της ηδονής»*:

«Είκοσι πέντε χρόνια εντατικής εργασίας επέφεραν την πλήρη αλλαγή των πρώτων στόχων της ψυχαναλυτικής τεχνικής σε σύγκριση με εκείνους που είχαν τεθεί στην αρχή.

Η μοναδική επιδίωξη του αναλύοντος γιατρού τότε ήταν να μαντέψει το κρυμμένο για τον ασθενή ασυνείδητο, να το συνθέσει και την κατάλληλη στιγμή να το ανακοινώσει. Η ψυχανάλυση ήταν προπάντων μια ερμηνευτική τέχνη. Επειδή αυτό δεν έλυσε το θεραπευτικό πρόβλημα, ο επόμενος στόχος ήταν να αναγκασθεί ο ασθενής να επιβεβαιώσει την κατασκευή με δικές του αναμνήσεις. Στο επίκεντρο αυτής της προσπάθειας βρίσκονταν οι αντιστάσεις του ασθενούς. Η τέχνη ήταν τώρα να αποκαλυφθούν γρήγορα αυτές οι αντιστάσεις, να γνωστοποιηθούν στο ασθενή και μέσω ανθρώπινου επηρεασμού (εδώ έχει τη θέση της η υποβολή που ενεργεί ως «μεταβίβαση») να παρακινηθεί ο ίδιος, ώστε να εγκαταλείψει τις αντιστάσεις. Τότε όμως άρχισε να γίνεται όλο και πιο φανερό ότι ο στόχος που είχαμε θέσει, η συνειδητοποίηση του ασυνείδητου, δεν μπορεί να επιτευχθεί ούτε με αυτόν τον τρόπο. Ο ασθενής δεν μπορεί να θυμηθεί όλα τα απωθημένα μέσα του, ίσως μάλιστα δεν μπορεί να επαναφέρει στη μνήμη τα πιο ουσιαστικά στοιχεία, και έτσι δεν πείθεται για την ορθότητα της κατασκευής που του ανακοινώνεται. Μάλλον είναι αναγκασμένος να επαναλαμβάνει το απωθημένο ως παρόν βίωμα, αντί να το θυμάται, όπως θα προτιμούσε ο γιατρός, ως κάτι που ανήκει στο παρελθόν» (Freud, 1920/1955b/2001, σελ. 33) (Οι υπογραμμίσεις δεν ανήκουν στο πρωτότυπο κείμενο).

Ο καταναγκασμός για επανάληψη στο πλαίσιο της μεταβιβαστικής σχέσης οριζόταν ως μια μορφή αντίστασης όσο ο στόχος της ψυχανάλυσης ήταν η αναμνημόνευση του απωθημένου, όπως αυτό προτασσόταν ως πιθανή ερμηνευτική κατασκευή από τον αναλυτή. Ο ασθενής καλούνταν να επιβεβαιώσει αυτά που «μάντευε» ο αναλυτής, με τις δικές του αναμνήσεις. Αν αυτό δε συνέβαινε, και αντί της ανάκλησης μνημών, ο ασθενής προέβαινε σε επανάληψη των βιωμάτων του στη σχέση με τον αναλυτή, τότε ο ασθενής «αντιστεκόταν». Στη συνέχεια όμως, ο καταναγκασμός για επανάληψη θεωρήθηκε όχι μόνο ως αναπόφευκτος, αλλά περιήλθε στις «υπηρεσίες της θεραπείας» ως μέσο που οδηγεί στην επίλυση των ψυχικών συγκρούσεων. Σύμφωνα με τη νέα αυτή διάσταση, ο καταναγκασμός για επανάληψη δεν μπορεί να εκδηλωθεί εάν η θεραπεία δεν έχει προχωρήσει σε κάποιο βαθμό και ο μηχανισμός της απώθησης δεν έχει κάπως ανασταλεί. Στο νέο αυτό πλαίσιο, η αντίσταση ερμηνεύεται όχι ως άρνηση επιβεβαίωσης των ερμηνειών του αναλυτή, με την ανάκληση σχετικών αναμνήσεων, αλλά ως προσπάθεια απαλλαγής του ατόμου από τη δυσαρέσκεια που θα προκαλούσε η απελευθέρωση του απωθημένου (Freud,

1920/1955b/2001). Σύμφωνα με τη νέα αυτή οπτική, η επιμονή και η πειθώ ως θεραπευτικές τεχνικές χειρισμού των αντιστάσεων αντικαθίστανται πλέον από τη διερεύνηση και την κατανόηση της μεταβίβασης.

Προς μια ταξινόμηση των αντιστάσεων

Μετά τη συσχέτιση της αντίστασης και της μεταβίβασης, ο Freud επανέρχεται πολλές φορές ακόμη στην έννοια της αντίστασης, διευρύνοντάς την περαιτέρω. Έτσι, θα εισαγάγει μια ειδική μορφή αντίστασης, την «προσκολλητικότητα της λίμπιντο», η οποία αφορά την προσκόλληση σε παλιές, πρώιμες καταστάσεις ικανοποίησης αντί της ικανοποίησης μέσω πιο ώριμων καταστάσεων (Freud, 1916-1917/1963), θα παρατηρήσει ότι, συχνά, εκεί όπου υπάρχει πρόοδος στην ψυχοθεραπεία επανεμφανίζονται τα αρχικά συμπτώματα ως αντίσταση στην πρόοδο (Freud, 1919/1955a), και θα συνδέσει την αντίσταση με την έννοια της «αρνητικής θεραπευτικής αντίδρασης» ως μιας μαζοχιστικής τάσης αυτό-καταστροφικότητας, υποκινούμενης από ασυνείδητες ενοχές και το ένστικτο του θανάτου (Freud, 1923/1961). Οι συγκεκριμένες μορφές αντίστασης, καθώς και οι προγενέστερες θεωρητικές θέσεις του Freud, θα συμπυκνωθούν στο έργο του *«Αναστολή, σύμπτωμα και άγχος»* (1925-1926/1959), στο οποίο επιχειρεί να κάνει μια συστηματική διάκριση των διαφόρων μορφών της αντίστασης. Η διάκριση αυτή περιλαμβάνει πέντε διαφορετικούς τύπους αντίστασης, όπως αυτοί προκύπτουν από τρεις διαφορετικές πηγές: το Εγώ, το Εκείνο και το Υπερεγώ. Έτσι, προκύπτει η πρώτη ταξινόμηση των αντιστάσεων στην ψυχοθεραπεία σε: (α) αντίσταση της απώθησης, (β) αντίσταση της μεταβίβασης, (γ) αντίσταση προερχόμενη από το όφελος της ασθένειας (δευτερογενή οφέλη), (δ) αντίσταση προερχόμενη από το Εκείνο (π.χ. προσκολλητικότητα της λίμπιντο), και (ε) αντίσταση προερχόμενη από το Υπερεγώ (π.χ. αρνητική θεραπευτική αντίδραση) (βλ. Κεφάλαιο 3).

Από την παραπάνω ταξινόμηση καθίσταται προφανές ότι ο Freud όρισε την αντίσταση αποκλειστικά ως ενδοψυχικό φαινόμενο, ως διαδικασία σχετιζόμενη με ασυνείδητους ψυχικούς μηχανισμούς του ατόμου, οι οποίοι δρουν αυθύπαρκτα και ανεξάρτητα από την διαπροσωπική αλληλεπίδραση με τον αναλυτή / θεραπευτή, ως αυτοτελείς διαδικασίες αποφυγής του ψυχικού πόνου που επιφέρει η διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής. Η ενδοψυχική διάσταση της έννοιας της αντίστασης στο έργο του Freud επιβεβαιώνεται, επίσης, με τον εξής παράδοξο τρόπο: μετά από μια μακρά πορεία μελέτης του φαινομένου επί σαράντα έτη, ο Freud καταλήγει, στο τελευταίο άρθρο που θα αναφερθεί στην αντίσταση, να επισημάνει ότι η αντίσταση μπορεί να προκληθεί και από σφάλματα του αναλυτή (Freud, 1937/1964a), παρόλο βέβαια που σε ένα προηγούμενο άρθρο του είχε αναφέρει ότι καμία ψυχανάλυση δεν μπορεί να προχωρήσει πέρα από όσο θα επιτρέψουν οι εσωτερικές αντιστάσεις του ίδιου του αναλυτή (Freud, 1910/1957a).

Εύλογα, ίσως, αναρωτιέται κανείς γιατί μια τέτοια διαπίστωση δεν πήρε μεγαλύτερη έκταση στο έργο του Freud. Πιθανόν η απάντηση να βρίσκεται στη γενικότερη εστίαση της ψυχανάλυσης στους ενδοψυχικούς, ιδιοσυγκρασιακούς και ασυνείδητους παράγοντες της ψυχικής ζωής του ατόμου. Πιθανόν, όμως, να αντανakλά και μια αδυναμία του Freud να εξετάσει βαθύτερα το δικό του ρόλο, το ρόλο του αναλυτή, μέσα στη θεραπευτική σχέση. Η υπόθεση αυτή φαίνεται να βρίσκει κάποια βάση στο γεγονός ότι στο σύνολο του έργου του για την αντίσταση, λίγες είναι οι τεχνικές επισημάνσεις τις οποίες κάνει ο Freud σχετικά με τους τρόπους χειρισμού των αντιστάσεων (Greenson, 1967). Πάντως, η παράβλεψη των διαπροσωπικών συνισταμένων στις εκδηλώσεις αντίστασης στην ψυχοθεραπεία αποτέλεσε ένα από τα κυριότερα πεδία κριτικής στο έργο του Freud για την αντίσταση.

Ωστόσο, η γενική θεώρηση του Freud για την αντίσταση –ως ένα ενδοψυχικό φαινόμενο αντίδρασης στον ψυχικό πόνο, ως εμπόδιο στην πρόσβαση στο ασυνείδητο και στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά παράλληλα και ως σημαντική πηγή πληροφοριών για τις

βαθύτερες ψυχικές λειτουργίες του ατόμου— παραμένει, έως και σήμερα, βασική θέση της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας αναφορικά με τα φαινόμενα της αντίστασης. Τη θεώρηση αυτή, εξάλλου, υιοθέτησαν αργότερα και άλλοι ψυχαναλυτές, άλλοτε ενισχύοντας και άλλοτε διευρύνοντάς την με τις δικές τους προτάσεις.

Βασικές θέσεις άλλων ψυχαναλυτών για την αντίσταση

Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται, καταρχήν, το έργο της Anna Freud «Το Εγώ και οι μηχανισμοί άμυνας» (1936), στο οποίο γίνεται μια πρώτη προσπάθεια να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της αντίστασης και των αμυνών του ατόμου. Σύμφωνα με αυτή τη σχέση, οι εκδηλώσεις αντίστασης αντανακλούν βασικές ενδοψυχικές συγκρούσεις του ατόμου, καθώς και τους αμυντικούς εκείνους μηχανισμούς που έχουν συμβληθεί στη δημιουργία των συγκρούσεων. Κατά συνέπεια, η ανάλυση των αντιστάσεων είναι προϋπόθεση για την κατανόηση των ψυχικών συγκρούσεων του ατόμου, θέση αντίστοιχη με εκείνη του Freud ότι η αντίσταση αποτελεί βασική πηγή πληροφοριών για την ψυχική ζωή του ατόμου. Σύμφωνα με την Anna Freud, η ανάλυση των αντιστάσεων συνίσταται, καταρχήν, στην ανάλυση των αμυνών που έχουν ασυνείδητα επιστρατευθεί από το άτομο και οι οποίες έχουν οδηγήσει στην ανεπιτυχή «λύση» μιας σύγκρουσης (A. Freud, 1936. Sandler, Holder, & Dare, 1970).

Όπως αναφέρουν οι Bateman και Holmes (1995), άλλες θεωρήσεις της αντίστασης από μεταγενέστερους ψυχαναλυτές περιλαμβάνουν την έννοια του «νευρωτικού χαρακτήρα» του Wilhelm Reich (1928, 1929), την προστασία της αυτό-εκτίμησης στους οριακούς και τους ναρκισσιστικούς ασθενείς (Kernberg, 1988. Kohut 1984. Lois & Gunderson, 2009. Rosenfeld 1971), τη διατήρηση μιας ταυτότητας που βιώνεται ως εύθραυστη (Erikson, 1968), τη συντήρηση μιας αίσθησης εσωτερικής ασφάλειας (Sandler, 1968) και την αποφυγή ενσωμάτωσης εμπειριών (Thoma & Kachele, 1987). Όπως στην περίπτωση του «νευρωτικού χαρακτήρα» του Wilhelm Reich (1928, 1929) η αντίσταση περιγράφεται ως θωράκιση

απέναντι σε εξωτερικά ερεθίσματα και σε εσωτερικές ενορμήσεις, με τον ίδιο τρόπο και όλες οι άλλες ιδέες για την αντίσταση φαίνεται επίσης να εμπερικλείουν τη διάσταση της θωράκισης απέναντι σε κάτι, είτε αυτό ονομάζεται «αυτό-εκτίμηση», είτε «εύθραυστη ταυτότητα», είτε «εσωτερική ασφάλεια».

Συμπερασματικά, φαίνεται πως οι αρχικές ιδέες του Freud για την αντίσταση παραμένουν γενικά αμετάβλητες στους κόλπους της ψυχανάλυσης, προβάλλοντας έτσι τη διαχρονική ισχύ της συγκεκριμένης θεωρητικής κατασκευής. Η αντίσταση εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται, κατά το ήττον ή μάλλον, ως ανασταλτικός παράγοντας στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Εντούτοις, όπως φαίνεται και από τη διαδρομή που ακολούθησε στο έργο του Freud, πρόκειται για μια ιδιαίτερα σύνθετη έννοια. Η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία φαίνεται πως αποτελεί ένα πολυδιάστατο και πολυσήμαντο φαινόμενο, με πλείστες μορφές έκφρασης και με απεριόριστους συνδυασμούς. Όπως περιγράφεται στο επόμενο κεφάλαιο, όπου αναλύονται οι μορφές και οι τύποι αντίστασης, οι επιμέρους διαστάσεις και προσεγγίσεις του φαινομένου της αντίστασης που έχουν αναπτυχθεί έκτοτε από ψυχαναλυτές και μη, διασαφηνίζουν και εξειδικεύουν περαιτέρω την έννοια της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Μορφές και τύποι αντίστασης

Η αντίσταση στην κλινική πράξη εμφανίζεται, ξεδιπλώνεται, εκφράζεται –άλλοτε φανερά κι άλλοτε συγκαλυμμένα– μέσα από ανεξάντλητες και αέναα μεταβαλλόμενες μορφές. Επομένως, ο συγκερασμός όλων των επιμέρους κατηγοριών και των πολυπληθών εκφάνσεων της αντίστασης αποτελεί από μόνη της μια δαιδαλώδη διαδικασία. Ήδη εξ αρχής, ο θεμελιωτής της έννοιας της αντίστασης Sigmund Freud (1925-1926/1959) είχε διατυπώσει πολλούς επιμέρους τύπους αντίστασης. Ακολουθώντας μια σταδιακή θεμελίωση της τυπολογίας της αντίστασης, ο Freud μετακινήθηκε μέσα στο έργο του από την αρχική του θέση για την αντίσταση αποκλειστικά ως ένα φαινόμενο αμυντικής «αντί-κάθεξης» (*anticathexis*), στη μετέπειτα αναγνώριση πολλαπλών μηχανισμών γένεσης και διαμόρφωσης αντιστάσεων στη θεραπεία (Stone, 1973). Ενώ αρχικά, δηλαδή, η έννοια της αντίστασης ισοδυναμούσε με αυτή της άμυνας, στην πορεία εξέλιξης της φροϋδικής θεωρίας, η αντίσταση μετεξελίχθηκε σε μια πολυσχιδή –τόσο ως λειτουργία όσο και ως τρόπος εκδήλωσης– ψυχική διεργασία. Τελικός στόχος αυτής της ψυχικής διεργασίας θεωρήθηκε η προστασία του ψυχικού κόσμου του θεραπευόμενου από το άγχος και το ψυχικό άλγος. Το χαρακτηριστικό της συνθετότητας της αντίστασης αναγνωρίστηκε στη συνέχεια και από τους μεταγενέστερους του Freud, οι οποίοι ανέδειξαν, με τη σειρά τους, επιμέρους κατηγοριοποιήσεις και μεγάλη ποικιλομορφία εκδηλώσεων της αντίστασης. Παρά τις αναπόφευκτες αλληλοεπικαλύψεις στις προσπάθειες για κατάταξη των αντιστάσεων, η ταξινόμησή τους είναι ιδιαιτέρως βοηθητική στην κλινική πράξη, καθώς επιτρέπει στον θεραπευτή να κατανοήσει τις ενδοψυχικές λειτουργίες, τις σχέσεις με το αντικείμενο και τις βασικές ενδοψυχικές συγκρούσεις του ασθενούς.

Η πολυμορφία των αντιστάσεων: αιτιάσεις και γενικές κατηγοριοποιήσεις

Οι βασικοί λόγοι που ερμηνεύουν διαχρονικά την επικρατούσα πολυπλοκότητα στην τυπολογία και τους τρόπους εκδήλωσης των αντιστάσεων αναφέρονται στις παρακάτω παραμέτρους. Μέσα σε αυτές αναδεικνύονται διαφορετικές προσεγγίσεις στην περιγραφή των αντιστάσεων, γεγονός που αντανakλά τη διαχρονική προσπάθεια κατανόησης αυτού του σύνθετου φαινομένου.

Βασικοί άξονες ταξινόμησης της αντίστασης στην ψυχανάλυση

Διάφοροι ψυχαναλυτές προσπάθησαν να κατηγοριοποιήσουν την έννοια της αντίστασης κατά την εξέλιξη της κλασικής ψυχαναλυτικής θεωρίας. Οι προσπάθειες αυτές αντανakλούν διαφορετικές οπτικές που θα μπορούσαν να ταξινομηθούν ως εξής: φαινομενολογική, δυναμική, τοπογραφική, ιστορική και θεωρητική, καθώς και αναπτυξιακή οπτική, όπως αυτές αναλύονται παρακάτω. Η διάσπαση αυτή σε πολλές διαφορετικές σκοπιές κατανόησης της αντίστασης οφείλεται στο γεγονός ότι στην ψυχαναλυτική θεωρία η έννοια της αντίστασης χαρακτηρίζεται από καθολικότητα. Είναι τόσο ευρεία που έχει θεωρηθεί ότι συνιστά *«τον τρόπο με τον οποίο ο θεραπευόμενος παρουσιάζει τον εαυτό του στη θεραπεία»* (Messer, 2002, σελ. 158), ή εναλλακτικά, ένα μέσο *«ακούσματος»* και ερμηνείας οποιουδήποτε κλινικού υλικού φέρνει ο ασθενής στη θεραπεία (Samberg, 2003).

Φαινομενολογική, δυναμική και τοπογραφική οπτική ταξινόμησης.

Η παραπάνω άποψη, αναπόφευκτα, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η αντίσταση μπορεί να εκδηλωθεί εξατομικευμένα, με απεριόριστους τρόπους και για ποικίλους λόγους. Στη θέση αυτή συνηγορεί και η πρόταση των Waldron, Scharf, Hurst, Firestein και Burton (2004) ότι η αντίσταση εξυπηρετεί ενορμητικούς, ηθικούς και προσαρμοστικούς σκοπούς.

Για παράδειγμα, σύμφωνα με τον Ludwig Eidelberg (αναφ. στο Kohut, 1957, σελ. 549), οι αντιστάσεις μπορούν να ταξινομηθούν ως προς την ενορμητική τους διάσταση είτε από *φαινομενολογική* σκοπιά (π.χ. σιωπή vs. φλυαρία θεραπευόμενου), είτε από *δυναμική* σκοπιά (π.χ. κατά πόσον μια αντίσταση είναι στην υπηρεσία απωθημένων επιθυμιών, ή αντίθετα, στην υπηρεσία των δυνάμεων απώθησης της επιθυμίας), ή ακόμα, από *τοπογραφική* σκοπιά (π.χ. αντιστάσεις που προέρχονται από το Εκείνο, το Εγώ, ή το Υπερεγώ). Στους τρεις αυτούς τρόπους ταξινόμησης, ο Eidelberg (αναφ. στο Kohut, 1957, σελ. 549) προσθέτει έναν επιπλέον, ο οποίος φαίνεται να έχει περισσότερο προσαρμοστικό, παρά ενορμητικό προσανατολισμό. Πρόκειται για τις αντιστάσεις που ενεργοποιούνται για προστασία του θεραπευόμενου από μια εσωτερική, ή εξωτερική, απειλή κάποιας επικείμενης ναρκισσιστικής ταπείνωσης.

Ως εξωτερική απειλή θα μπορούσε να θεωρηθεί όταν η θεραπεία βιώνεται μεταβιβαστικά από τον θεραπευόμενο σαν επανάληψη μιας προηγούμενης ναρκισσιστικής ταπείνωσης. Για παράδειγμα, εάν η μητέρα ενός θεραπευόμενου τον πίεζε ως παιδί να φάει το φαγητό παρά τη θέλησή του κι αυτό έχει βιωθεί ως μια «ναρκισσιστική ταπείνωση», είναι πιθανό το συγκεκριμένο βίωμα να επανέλθει στη μεταβιβαστική σχέση με τον θεραπευτή και τότε η θεραπεία που προσφέρει ο θεραπευτής να ισοδυναμεί ψυχικά με την τροφή που έσπρωχνε κάποτε η μητέρα στο στόμα του παιδιού. Σε αυτή την περίπτωση, η ψυχοθεραπεία συνιστά μια δυνάμει εξωτερική απειλή του ναρκισσισμού του θεραπευόμενου. Αντίστοιχα, όταν η αυτό-εκτίμηση του θεραπευόμενου κλυδωνίζεται από παρορμήσεις και ενστικτώδες υλικό που αδυνατεί να ελέγξει (π.χ. σεξουαλικότητα), αυτό μπορεί να βιωθεί ως μια εσωτερική απειλή ναρκισσιστικής ταπείνωσης. Σε αυτή την περίπτωση, ο ασθενής αντιστέκεται ενδεχομένως στη θεραπευτική διαδικασία, ερχόμενος αντιμέτωπος με ασυνείδητο ψυχικό υλικό που τον κατακλύζει και αδυνατεί να οικειοποιηθεί.

Θεωρητική και ιστορική οπτική ταξινόμησης.

Η έννοια της αντίστασης είναι πράγματι τόσο ευρεία, ώστε να θεωρείται ότι ο τρόπος με τον οποίο κατανοεί την αντίσταση κάθε αναλυτής αντανακλά τον γενικότερο τρόπο με τον οποίο κατανοεί τη σημασία και το κλινικό έργο της ψυχανάλυσης (Samberg, 2003). Πρόκειται, δηλαδή, για μια έννοια που έχει προκαλέσει έντονη διαμάχη στους ψυχαναλυτικούς-ψυχοδυναμικούς κύκλους, περιπλέκοντας ακόμα περισσότερο τα πράγματα. Για παράδειγμα, οι σύγχρονες ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις (π.χ. δι-υποκειμενική, διαπροσωπική προσέγγιση) θεωρούν ότι πρόκειται για μια παρωχημένη έννοια που εκφράζει απολυταρχικές και αρνητικά διακείμενες στάσεις για τον ασθενή. Σύμφωνα με τις δικές τους θέσεις, η αντίσταση προκύπτει λόγω κάποιου σφάλματος, ή εξαιτίας ακατάλληλων χειρισμών του θεραπευτή, παρά από εγγενείς δυνάμεις που προϋπάρχουν, ούτως ή άλλως, στον ψυχισμό του θεραπευόμενου. Η θέση αυτή ενέχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς εισάγει στη διερεύνηση του φαινομένου της αντίστασης, δι-υποκειμενικές και διαπροσωπικές μεταβλητές (π.χ. θεραπευτική σχέση), που μέχρι τώρα δεν έχουν λάβει ιδιαίτερη έμφαση σε ερευνητικό επίπεδο.

Γενικότερα πάντως, υπό το πρίσμα της χρονολογικής εξέλιξης της έννοιας της αντίστασης, διακρίνεται μια περαιτέρω ταξινόμησή της, αυτής που προκύπτει από μια *ιστορική* σκοπιά. Η έννοια της αντίστασης έχει διαφοροποιηθεί πολλάκις μέσα στο χρόνο, ακολουθώντας κάθε φορά τις αντίστοιχες εξελίξεις στις θεωρίες της ψυχανάλυσης. Στη φροϋδική θεωρία, η αντίσταση βρήκε την πλήρη έκφρασή της στη Β' τοπογραφική, όπου διαφοροποιήθηκε σε επιμέρους τύπους ανάλογα με το αν η πηγή προέλευσης ήταν το Εκείνο, το Εγώ ή το Υπερεγώ (Freud, 1925-1926/1959). Στα χρόνια που ακολούθησαν, η αρχική φροϋδική κατάταξη εμπλουτίστηκε με νέες ταξινομήσεις βάσει επιπρόσθετων κριτηρίων (π.χ. διαγνωστικές κατηγορίες) και βάσει διαφόρων τύπων αντίστασης (π.χ. αμυντικούς μηχανισμούς). Έτσι, μετά τον Sigmund Freud ακολούθησαν η Anna Freud (1936) με τη

θεωρία περί των αμυντικών μηχανισμών, όπου οι αντιστάσεις αντιμετωπίζονταν ως μέσο αντανάκλασης των αμυνών και των βαθύτερων συγκρούσεων, ο Wilhelm Reich (1950a, 1950b) με την εισαγωγή της έννοιας των «χαρακτηρολογικών αντιστάσεων» που αφορούν σε πιο άκαμπτες, παγιωμένες και εγωσυντονικές αντιστάσεις, η Helene Deutsch (1939) που ξεχώρισε τις «διανοητικές αντιστάσεις», και πολλοί άλλοι ακόμη. Μολονότι οι προσπάθειες για κατάταξη των αντιστάσεων ενέχουν αλληλοεπικαλύψεις, το γεγονός αυτό δεν μειώνει την πολυμορφία του φαινομένου. Αντίθετα, διευρύνοντας το πεδίο πέραν της ψυχανάλυσης, οι οπτικές των άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων συμβάλλουν κι αυτές στην πολυσημία των αντιστάσεων από τη δική τους θεωρητική και πρακτική σκοπιά. Όλοι οι ασθενείς αντιστέκονται κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Ωστόσο, διαφορετικές μέθοδοι θεραπείας ενεργοποιούν διαφορετικές μορφές αντίστασης (Sandler, Holder, & Dare, 1970a), εμπλουτίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο ακόμα περισσότερο το μωσαϊκό των αντιστάσεων.

Αναπτυξιακή οπτική ταξινόμησης.

Εκτός από τις ήδη προβαλλόμενες δυνατότητες ταξινόμησης της αντίστασης – φαινομενολογική, δυναμική, τοπογραφική, ιστορική, θεωρητική– η πολλαπλότητά της εξυφαίνεται περαιτέρω με την προσθήκη της αναπτυξιακής σκοπιάς. Σύμφωνα με τον Stone (1973), οι αντιστάσεις μπορούν να διαχωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες, ανάλογα με το επίπεδο ψυχικής ωριμότητας του ατόμου: (α) στις αντιστάσεις εκείνες που ανήκουν περισσότερο στο νευρωτικό φάσμα, όπου το άτομο έχει επιτύχει σε σχετικά ικανοποιητικό βαθμό το διαχωρισμό μεταξύ εαυτού-αντικειμένου, και (β) στις αντιστάσεις που αφορούν σε πιο αρχαϊκές και πυρηνικές συγκρούσεις του ατόμου, καθώς δεν έχουν ολοκληρωθεί ομαλά τα πρώιμα αναπτυξιακά στάδια ωρίμανσης, με αποτέλεσμα να επικρατούν βασικά ελλείμματα στην οργάνωση του Εγώ και ιδιαίτερα εύθραυστες αναπαραστάσεις αντικειμένου. Παρά τις αναμενόμενες αλληλοεπικαλύψεις μεταξύ των φαινομένων

αντίστασης των δύο κατηγοριών, έχει φανεί κλινικά ότι η αντίσταση των δύο αυτών ομάδων διαφέρει σημαντικά τόσο σε ένταση όσο και σε σχέση με τον τρόπο έκφρασης, ιδιαίτερα δε όσον αφορά την αντίσταση στη σχέση μεταβίβασης με τον θεραπευτή. Παραδείγματος χάριν, οι αντιστάσεις στη δεύτερη περίπτωση χαρακτηρίζονται από κυρίως φαινόμενα παλινδρομημένης, ή αμφίθυμης, εξάρτησης με τον θεραπευτή, ή από την άλλη πλευρά, από επίμονη απόρριψη οποιασδήποτε σχέσης μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου, όταν ο θεραπευόμενος διατηρεί μια στάση αποφυγής και ελέγχου της θεραπευτικής σχέσης. Οι απόψεις του Stone διευρύνθηκαν περαιτέρω από τους αναπτυξιακούς θεωρητικούς, Mahler, Bowlby, Winnicott και Kohut. Οι θέσεις όλων αυτών συγκεράσσονται στο «Core Conflictual Relationship Problem», ένα σύγχρονο πεδίο εφαρμογής της αναπτυξιακής κατηγοριοποίησης των αντιστάσεων, όπως το πραγματεύεται η Althea Horner (2005) στο βιβλίο της «*Dealing with Resistance in Psychotherapy*».

Στο πλαίσιο της αναπτυξιακής οπτικής, ο Daniel Stern (αναφ. στο Samberg, 2003, σελ. 247) έχει εισάγει μια καινοφανή διάσταση της αντίστασης. Υποστηρίζει ότι η αντίσταση δεν εκπηγάει αποκλειστικά από το ασυνείδητο, αλλά και από μια διάφορη του ασυνείδητου ψυχική περιοχή που την ονομάζει «άρρητη γνώση» (*implicit knowledge*). Η άρρητη γνώση στοιχειοθετείται από εκείνα τα βιώματα και τα αισθήματα της βρεφικής ηλικίας τα οποία είναι προ-λεκτικά, προ-συμβολικά, μη-αναπαραστήσιμα και τα οποία διαφεύγουν των ορίων της συνειδητής, ή της προσυνειδητής, σκέψης. Κατά τον Stern (αναφ. στο Samberg, 2003, σελ. 248), τέτοια στοιχεία ενυπάρχουν και στη θεραπευτική σχέση, μέσα από το περιβάλλον κρατήματος, ή τη θεραπευτική συμμαχία, στοιχεία τα οποία επενεργούν χωρίς να ρηματοποιούνται. Η αντίσταση, υπό αυτή την οπτική, αποκτά μια υπαρξιακή διάσταση, καθώς είναι η προσπάθεια του θεραπευόμενου να μην απολεσθεί μέσα στις λέξεις αυτό που παραμένει άρρητο και ελεύθερο από κάθε νοητικό, ή γλωσσικό, περιορισμό. Το παράδειγμα της αγκαλιάς της μητέρας μπορεί να αποδώσει το νόημα των απόψεων του Stern. Σε κάθε

προσπάθεια να επικοινωνήσει κανείς με λόγια την αίσθηση της μητρικής αγκαλιάς, χάνεται κάτι ιδιαίτερα ουσιαστικό από αυτή. Υπό αυτή την έννοια, η σιωπή του θεραπευόμενου, η οποία θεωρείται ως μια από τις πλέον χαρακτηριστικές αντιστάσεις, μπορεί στην πραγματικότητα να μην εκφράζει αντίσταση, αλλά να αποτελεί ανάμνηση της αρχαϊκής προ-λεκτικής εμπειρίας, όπου παιδί και μητέρα επικοινωνούσαν σαν μία ενότητα χωρίς τη διαμεσολάβηση της λεκτικής συναλλαγής (Bollas, 1987). Επομένως, σε ανάλογες περιπτώσεις, η αντίσταση επιστρατεύεται για να προστατεύσει την υπόσταση πολύ πρωταρχικών υπαρξιακών βιωμάτων, τα οποία μάλιστα συγκροτούν τον πυρήνα της προσωπικής ταυτότητας του υποκειμένου. Η συγκεκριμένη οπτική της αντίστασης προσδίδει σε αυτή μια θετική διάσταση, η οποία αποκλίνει από τις επικρατούσες μέχρι και σήμερα αρχικές φροϋδικές θέσεις για την αντίσταση, ως σημαντικό εμπόδιο στη θεραπεία.

Περαιτέρω άξονες ταξινόμησης της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία

Διαφορετικά επίπεδα ψυχισμού.

Μία άλλη παράμετρος που συμβάλλει στην πολλαπλότητα της αντίστασης αφορά το γεγονός ότι η αντίσταση ενεργοποιεί ταυτόχρονα τρία διαφορετικά επίπεδα του ψυχισμού: το συναισθηματικό, το γνωστικό και το συμπεριφορικό. Επομένως, συνίσταται σε πολλαπλούς συνδυασμούς έκφρασης. Κατεξοχήν παραδείγματα γνωστικού τύπου αντίστασης αποτελούν η διανοητικοποίηση, η μόνωση του συναισθήματος, καθώς και όταν ο ασθενής επιχειρηματολογεί, ή όταν αμφισβητεί ορθολογώντας. Σε συναισθηματικό επίπεδο, ο θεραπευόμενος μπορεί να αντιστέκεται όταν, λόγου χάρη, το περιεχόμενο των λόγων του δεν συνάδει με το συναίσθημα που εκφράζει την ίδια στιγμή. Αντίστοιχα, χαρακτηριστικοί τρόποι αντίστασης σε συμπεριφοριστικό επίπεδο είναι να εμμένει κανείς σε παθητικότητα, ή αντιστρόφως, να προβαίνει βεβιασμένα σε «φυγή προς την υγεία».

Ενδοπροσωπική vs. διαπροσωπική μεταβλητή: ο ρόλος του πλαισίου.

Η σύνθετη εικόνα ως προς την τυπολογία των αντιστάσεων ενισχύεται επιπρόσθετα από τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία η αντίσταση αφορά τόσο σε μια ενδοπροσωπική μεταβλητή –εγγενές χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του θεραπευόμενου (*trait-like*)– όσο και σε μια διαπροσωπική μεταβλητή, η οποία επηρεάζεται και διαφοροποιείται ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες στο θεραπευτικό πλαίσιο (*state-like*). Σε αυτή τη διαφοροποίηση, θα πρέπει να προσθέσει κανείς και τις πολιτισμικές, ή ευρύτερα τις κοινωνικό-οικονομικές, διαφορές που καθορίζουν ενίοτε τι χαρακτηρίζεται ως αντίσταση στον θεραπευόμενο και τι όχι.

Καθώς η θεραπευτική σχέση δεν έχει μόνο μεταβιβαστικές συνιστώσες, αλλά και στοιχεία που προκύπτουν από την πραγματική σχέση ανάμεσα σε δύο υποκείμενα, οι εκατέρωθεν κοινωνικό-πολιτισμικές καταβολές θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη ρητορική περί αντίστασης. Μολονότι ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι η δυνατότητα για ενσυναίσθηση δεν διαστρεβλώνεται από το διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο ανάμεσα στα άτομα, αλλά αντίθετα υπερβαίνει τις πολιτισμικές διαφορές (Soto & Levenson, 2009), πλήθος θεωρητικών και ερευνητών υποστηρίζουν ότι η διαφορετική φυλή και η διαφορετική κοινωνικο-οικονομική τάξη μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου αποτελούν συχνή αιτία αντιστάσεων τόσο στην ψυχοθεραπεία (Blackwell, 2002. Hamer, 2002. Reid, 1999. Shechtman & Halevi, 2006), όσο και σε πλαίσια ψυχο-εκπαιδευτικά (Jackson, 1999. Tummala-Narra, 2009. Wong, Beutler, & Zane, 2007). Από την άλλη πλευρά, έχει επίσης υποστηριχθεί ότι συχνά οι πολιτισμικές, αλλά και οι ταξικές, διαφορές ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο «βαφτίζονται» λανθασμένα ως αντίσταση (Blackwell, 2002. Hamer, 2002. Keenan, 2001). Λόγου χάρη, έχει επισημανθεί η γενικότερη τάση να ερμηνεύεται λανθασμένα η εσωστρέφεια ορισμένων θεραπευόμενων ως αντίσταση (Wulfensmith, 2009). Αντίστοιχα, όταν ένας πολιτισμικά διαφορετικός θεραπευόμενος

δημιουργεί απόσταση και είναι απόμακρος, συμπεριφορές οι οποίες στην πραγματικότητα μπορεί να αποδίδονται σε πολιτισμικές διαφορές, ερμηνεύονται αβίαστα ως αντίσταση παραβλέποντας το πολιτισμικό υπόβαθρο και τις πολιτισμικές αξίες του ατόμου.

Συμπερασματικά, όπως προκύπτει από τα παραπάνω, μια «παραδοσιακά» ενδοπροσωπική μεταβλητή, όπως έχει θεωρηθεί η αντίσταση, μπορεί τελικά να προσδιορίζεται όχι από ενδογενείς παράγοντες, αλλά μάλλον από το ευρύτερο, κυρίαρχο, κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο (Elmendorf & Parish, 2007). Για παράδειγμα, η Charles (2008) αναφέρει πώς το ίδιο το θεραπευτικό πλαίσιο και οι κυρίαρχες προδιαγραφές υπηρεσιών ψυχικής υγείας (π.χ. έμφαση στο βιολογικό μοντέλο και τη συμπτωματολογία του ασθενούς) μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση αντιστάσεων στους θεραπευόμενους. Σε αυτή την περίπτωση, όπως σημειώνει, χαρακτηριστικά, ο Plakun (2006), *«η αντίσταση μπορεί να είναι ο μόνος διαθέσιμος τρόπος για τον θεραπευόμενο να ασκήσει κάποιου είδους εξουσία»* (σελ. 354).

Διαφορετικά στάδια θεραπείας.

Στις αιτιάσεις για την πολυμορφία των αντιστάσεων, θα πρέπει να προστεθεί το γεγονός ότι η μορφή και ο τύπος της αντίστασης αλλάζουν σε κάθε θεραπευόμενο κατά τη διάρκεια της θεραπείας του. Όπως επισημαίνει ο Greenson (1967), *«δεδομένου ότι υπάρχουν περίοδοι προόδου και περίοδοι παλινδρόμησης, κάθε ασθενής εκδηλώνει μια πληθώρα αντιστάσεων»* (σελ. 138). Επιπλέον, ανάλογα με τη φάση της θεραπείας, κινητοποιούνται διαφορετικοί τύποι αντίστασης. Για παράδειγμα, στην αρχή μιας θεραπείας ο ασθενής αντιστέκεται συχνά στη συνειδητή βίωση της θετικής μεταβίβασης προς τον θεραπευτή (Lorand, 1967). Σε ευρύτερο πλαίσιο, ιδιαίτερη σημασία στα αρχικά στάδια μιας ψυχαναλυτικής, κυρίως, ψυχοθεραπείας έχει η συμφιλίωση του θεραπευόμενου με το γεγονός ότι «δεν γνωρίζει», καθώς και με το συνοδό άγχος που προκαλείται από μια τέτοια συνειδητοποίηση (May,

1996). Μέσα από αυτή τη διαδικασία, ο θεραπευόμενος «εκπαιδεύεται» στη διερεύνηση των ασυνείδητων πλευρών του εαυτού του και στην προοδευτική επεξεργασία του ψυχικού υλικού.

Ο Strean στο βιβλίο του «*Resolving resistances in psychotherapy*» (1990) έχει καταδείξει με ιδιαίτερη εμβρίθεια τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους μπορεί να εκδηλωθεί η αντίσταση του θεραπευόμενου στις ξεχωριστές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας: αρχής γενομένης από τη στιγμή του πρώτου τηλεφωνικού αιτήματος, εν συνεχεία, στην πρώτη και στις αρχικές συνεδρίες, στη μετέπειτα φάση της «πρώτης κρίσης της θεραπείας» (Fine, 1982. Glover, 1955), στη μέση της θεραπείας και τέλος στη φάση του τερματισμού μιας θεραπείας. Σταχυολογώντας τις πολλαπλές μορφές αντίστασης ανάλογα με τη φάση της θεραπευτικής διαδικασίας, αναφέρονται επιγραμματικά οι ενδεχόμενες μορφές αντίστασης που μπορούν να λάβουν χώρα στο πρώτο διαγνωστικό ραντεβού με τον ασθενή: α) απροθυμία του ασθενή για θεραπεία λόγω της μη-αυτόβουλης προσέλευσής του σε αυτή, β) επίμονο αίτημα για πληροφορίες όσον αφορά τη φύση της θεραπευτικής διαδικασίας και τα επαγγελματικά εφόδια του θεραπευτή, γ) άρνηση να δώσει στοιχεία για τον εαυτό του –τάση να κρατήσει «μυστικά» από τον θεραπευτή, δ) αίτημα για συμβουλές, ή για γρήγορες ερμηνείες, ε) καταπάτηση των κανόνων του θεραπευτικού πλαισίου (π.χ. χρόνος συνεδρίας), στ) μη-ρεαλιστικές προσδοκίες από τη θεραπεία. Όλα τα παραπάνω αποτελούν εκδηλώσεις αντίστασης στο ξεκίνημα της θεραπευτικής διαδικασίας, οι οποίες στην περίπτωση που δεν αντιμετωπιστούν με επαρκή ευαισθησία από τον θεραπευτή, μπορεί να οδηγήσουν σε μη περαιτέρω προσέλευση. Η «πρώτη κρίση της θεραπείας» τοποθετείται χρονικά μετά την «περίοδο μέλιτος» στη θεραπευτική σχέση (Fine, 1982). Ξεκινά, συνήθως, γύρω στον 3^ο μήνα θεραπείας και μπορεί να διαρκέσει για κάποιους μήνες, έως και χρόνο. Συγκεκριμένες μορφές αντίστασης μπορεί να εκδηλωθούν σε αυτή τη φάση κρίσης, οι οποίες σχετίζονται με βαθύτερους φόβους του ασθενούς αναφορικά με τη θεραπεία (π.χ. φόβος εξάρτησης, φόβος

παλινδρόμησης, φόβος τιμωρίας, φόβος αλλαγής). Εφόσον ξεπεραστεί επιτυχώς η περίοδος κρίσης, η σχέση ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο γίνεται βαθύτερη. Οι αντιστάσεις που εκδηλώνονται σε αυτή τη φάση αφορούν, συνήθως, σε άρνηση συμμόρφωσης με τις βασικές επιταγές της θεραπείας (π.χ. διατήρηση μυστικών από τον θεραπευτή, συστηματική καθυστέρηση στα ραντεβού, ή συχνές ακυρώσεις, παρατεταμένη σιωπή στις συνεδρίες, αξιώσεις και απαιτήσεις από τον θεραπευτή, προβλήματα στην πληρωμή). Αντίστοιχα, στη φάση τερματισμού της θεραπείας, η αντίσταση του θεραπευόμενου μπορεί να εκφραστεί στην απροθυμία του να αποχωριστεί τον θεραπευτή και να ολοκληρώσει τη θεραπευτική διαδικασία. Ο Stone (1973), καθώς και ο Fenichel (1945), έχουν αναφερθεί στην περίπτωση εκείνη όπου η ίδια η θεραπεία μπορεί να καταστεί αντίσταση, όταν ο ασθενής υπεκφεύγει μέσω αυτής να έρθει αντιμέτωπος με τις ματαιώσεις, τις απαιτήσεις και τις ρευστές ικανοποιήσεις της πραγματικής ζωής.

Όπως έχει μέχρι τώρα καταφανεί, οποιαδήποτε συμπεριφορά μπορεί κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας να λειτουργήσει στην υπηρεσία της αντίστασης. Όπως διατυπώνεται από τον ίδιο τον Fenichel (1945), *«είναι αδύνατον να συνοψίσει κανείς τους πολλαπλούς τρόπους με τους οποίους μπορεί να εκφραστεί η αντίσταση»* (σελ. 27). Η άποψη του Fenichel βρίσκει την πλήρη εφαρμογή της στην κατασκευή εργαλείων για τη μέτρηση της αντίστασης, εγχείρημα που εκ προοιμίου παρουσιάζει σημαντικούς περιορισμούς. Εντούτοις, η προσπάθεια ταξινόμησης των αντιστάσεων δεν γίνεται επί ματαίω. Η κατηγοριοποίηση των ποικίλων μορφών αντίστασης βοηθά στην αναγνώριση των αντιστάσεων, όταν αυτές λαμβάνουν χώρα κατά τη θεραπευτική διαδικασία, προϋπόθεση απαραίτητη για τη διαμόρφωση κατάλληλων τρόπων απάντησης στα φαινόμενα αντίστασης. Εξάλλου, όσο περισσότερες είναι οι κατηγοριοποιήσεις τόσο πιο δύσκολο διαχειρίσιμο είναι ένα φαινόμενο. Επομένως, κάθε απόπειρα κατάταξης των αντιστάσεων συμβάλλει στην

καλύτερη κατανόηση και στην προσφορότερη επεξεργασία τους προς όφελος του θεραπευόμενου και της κλινικής πρακτικής.

Φανερές και κρυφές αντιστάσεις

Επέκεινα των επιμέρους κατηγοριοποιήσεων της αντίστασης προβάλλεται μια βασική πτυχή διαφοροποίησης των ποικίλων μορφών της, ανάλογα με το βαθμό στον οποίο μία μορφή αντίστασης είναι εμφανής, ή συγκαλυμμένη. Πολλοί ψυχαναλυτές θεωρητικοί συμφωνούν ότι υπάρχουν δύο βασικές ποιότητες αντίστασης: (α) οι, κατά το ήττον ή μάλλον, φανερές αντιστάσεις, και (β) εκείνες που παρόλο που εναντιώνονται στη θεραπεία λειτουργούν με τρόπο υποδόριο, οπότε δεν αναγνωρίζονται ως αντίσταση παρά μόνο πολύ αργότερα από τη στιγμή της εμφάνισής τους.

Αντιστάσεις ανάλογα με τον βαθμό ωριμότητας του Εγώ

Τόσο ο Stone (1973) όσο και ο Dewald (1980) κατονόμασαν τα δύο διαφορετικά επίπεδα αντίστασης ως «τακτικές» (tactical) και ως «στρατηγικές» (strategic) αντιστάσεις. Οι τακτικές αντιστάσεις περιλαμβάνουν τις ψυχικές λειτουργίες με τις οποίες ο ασθενής αποφεύγει να αναγνωρίσει, να συνειδητοποιήσει και να αποδεχθεί εκείνες τις πλευρές του εαυτού του (φαντασιώσεις, επιθυμίες, παρελθούσες εμπειρίες, μνήμες) που του προκαλούν ενοχή, ντροπή, φόβο ή θλίψη. Εκδηλώνονται ως εμφανή φαινόμενα αντίστασης, όπως για παράδειγμα η άρνηση του θεραπευόμενου να μιλήσει, η συστηματικά καθυστερημένη προσέλευση στη θεραπευτική ώρα, η απουσία από τη συνεδρία, η άρνηση να πληρώσει τη συνεδρία, κ.ά. Σύμφωνα με τον Stone (1973), οι αντιστάσεις αυτές εκφράζονται περισσότερο από τους ασθενείς του νευρωτικού φάσματος, οι οποίοι διακρίνονται από μεγαλύτερη οργάνωση του Εγώ.

Αντίθετα, οι «στρατηγικές αντιστάσεις» περιλαμβάνουν τις αέναες ασυνείδητες προσπάθειες του ασθενή να ικανοποιήσει στο παρόν βρεφικές και παιδικές επιθυμίες και σχέσεις, οι οποίες παρέμειναν έξω από τις απαρτιωτικές λειτουργίες της πραγματικότητας του Εγώ. Ως άρνηση να εγκαταλείψει κανείς τη συνεχή επανάληψη εκείνων των παρελθουσών εμπειριών που είτε προσφέρουν ικανοποίηση ή/και παραμένουν ανεκπλήρωτες ικανοποιήσεις, οι στρατηγικές αντιστάσεις ενεργοποιούνται για να αποφευχθεί ο έντονος ψυχικός πόνος που συνοδεύει την αποκήρυξη αυτών των απρόσφορων στο παρόν σχέσεων. Οι στρατηγικές αντιστάσεις συνιστούν το πιο σιωπηρό φάσμα των αντιστάσεων, στο οποίο περιλαμβάνονται, η εμμονή των συμπτωμάτων παρά τη γενικότερη θεραπευτική πρόοδο, οι σωματοποιήσεις, η παράλειψη αναφοράς σε σημαντικό συγκρουσιακό υλικό, η υπέρμετρη συνεργασιμότητα, κ.ά. Κατά κύριο λόγο, εκδηλώνονται ως επιθυμίες και συναισθήματα που τρέφει ο θεραπευόμενος για τον θεραπευτή στο πλαίσιο της μεταβιβαστικής σχέσης. Χρωματίζουν δε με το σύνολο των αντιδράσεων του θεραπευόμενου την όλη θεραπευτική διαδικασία, μολονότι είναι ιδιαίτερα έντονες στη φάση τερματισμού της θεραπευτικής σχέσης (Dewald, 1982). Είναι τότε που ο θεραπευόμενος καλείται να αποκοπεί από το μεταβιβαστικό θεραπευτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο μπόρεσε να παλινδρομήσει, να ξεδιπλώσει τις αρχαϊκές συγκρούσεις και να τις δι-επεξεργαστεί στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης με τρόπο πιο ενήλικο, πραγματικό, απαρτιωτικό, υπεύθυνο και ασφαλές. Μια τέτοια έκβαση εγείρει οδυνηρά συναισθήματα απώλειας, πόνου και βαθιάς θλίψης, συναισθήματα που κινητοποιούν την εκδήλωση των στρατηγικών αντιστάσεων ενάντια στην αλλαγή της καθεστηκυίας κατάστασης, ήτοι ενάντια στην περάτωση της θεραπείας.

Με διαφορετικές ονομασίες, αλλά με περιεχόμενο αντίστοιχο των τακτικών και των στρατηγικών αντιστάσεων, διαφοροποιούνται οι επιμέρους αντιστάσεις και από άλλους ψυχαναλυτές.

Αντιστάσεις ανάλογα με τον «θόρυβο» που προκαλούν στη θεραπεία

Ο Glover (1955) ομαδοποιεί τις αντιστάσεις σε «φανερές» (obvious) και σε «διακριτικές» (unobtrusive). Θεωρεί τις πρώτες χονδροειδείς στον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνονται κι ως εκ τούτου δύσκολα μπορούν να διαφύγουν της προσοχής του θεραπευτή. Την πλέον «φανερή» μορφή αντίστασης αποτελεί η μονομερής απόφαση του θεραπευόμενου να διακόψει πρόωρα τη θεραπεία. Άλλα δείγματα είναι η αργοπορημένη προσέλευση στη συνεδρία, οι αναίτιες ακυρώσεις συνεδριών, η ανόρεκτη είσοδος του θεραπευόμενου στο γραφείο, η απροθυμία του να φύγει από το γραφείο μετά το πέρας της συνεδρίας. Όλες αυτές οι συμπεριφορές αντανακλούν ότι κάτι δεν «έρχεται» στη θεραπεία, κάτι αποφεύγεται να ειπωθεί. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής ώρας, φανερές αντιστάσεις μπορούν να αποτελούν οι παρατεταμένες σιωπές, η άσκοπη επανάληψη του ίδιου θέματος, η σχολαστική αναφορά σε λεπτομέρειες, η αυτόματη απόρριψη ή παρανόηση οτιδήποτε λέγεται από τον θεραπευτή, η φλυαρία περί ασήμαντων θεμάτων.

Από την άλλη πλευρά, «διακριτικές» αντιστάσεις κατά τη διάρκεια της συνεδρίας αποτελούν, κατά τον Glover, οι συχνές παύσεις στο λόγο, η περιφραστικότητα, οι παραπράξεις και οι γλωσσικές παραδρομές. Κατεξοχήν παράδειγμα διακριτικής αντίστασης αποτελεί η τάση του θεραπευόμενου να είναι «καλός ασθενής», δηλαδή ο αγαπητός ασθενής. Με άλλα λόγια, η αντίσταση που συγκαλύπτεται πίσω από την έκδηλη συνεργασιμότητα του θεραπευόμενου προς τις επιταγές της θεραπείας θεωρείται ότι αποτελεί μια πλάγια και σιωπηρή μορφή εναντίωσης στη θεραπεία. Η επίδειξη συνεργασιμότητας ως αντίσταση μπορεί να πάρει πολλές διαφορετικές μορφές: ο ασθενής συμφωνεί με οτιδήποτε λέει ο θεραπευτής του, φέρνει υλικό που πιστεύει ότι ενδιαφέρει ιδιαίτερα τον θεραπευτή (π.χ. όνειρα), προσπαθεί να ευχαριστήσει τον θεραπευτή (π.χ. παράγει ερμηνείες ο ίδιος), επιδεικνύει αβρότητα. Εκτός της υπερβολικής συνεργασιμότητας, άλλες εκδηλώσεις διακριτικών αντιστάσεων συνιστούν οι σωματοποιήσεις, η διαρκής αυτό-υποτίμηση και οι

προσπάθειες να σαγηνευθεί ο θεραπευτής. Όλες πάντως οι περιπτώσεις των διακριτικών αντιστάσεων έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό ότι δεν προκαλούν «θόρυβο» στη θεραπεία, δεν τη διαταράσσουν ούτε την καταργούν, αλλά μάλλον την υπονομεύουν υψώνοντας διαρκώς εμπόδια και σαμποτάροντας τον τρόπο δουλειάς. Για αυτό το λόγο, ο Glover (1955) υποστηρίζει ότι οι πιο «επιτυχημένες» μορφές αντίστασης είναι οι σιωπηρές.

Αντιστάσεις ανάλογα με τον βαθμό άρνησης της σημασίας της θεραπείας ή/και του θεραπευτή

Ο Fenichel (1945), αντιστοίχως, διακρίνει ανάμεσα στις «οξείες» (acute) και τις «κρυφές» (hidden) αντιστάσεις, συγκαταλέγοντας στις τελευταίες την απουσία οποιασδήποτε ψυχικής αλλαγής παρά το γεγονός ότι η θεραπευτική διαδικασία μοιάζει να βαίνει ομαλά (π.χ. ο ασθενής είναι θετικός στη θεραπεία, προβαίνει σε ελεύθερο συνειρμό, δέχεται τα σχόλια του θεραπευτή). Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε και «αρνητική θεραπευτική αντίδραση». Σύμφωνα με τον Fenichel, οι κρυφές αντιστάσεις αφορούν σε φαντασιώσεις επαναστατικότητας εκ μέρους του θεραπευόμενου, ο οποίος μοιάζει σαν να φεύγει από το γραφείο του θεραπευτή αφήνοντας εκεί όσα έχουν κατακτηθεί ψυχικά, παρά παίρνοντας τα μαζί στην πραγματική του ζωή.

Ο Abraham (1919/1960) έχει περιγράψει τις περιπτώσεις αυτών των ασθενών που κρύβουν την αντίστασή τους κάτω από ένα επίστρομα συνεργασιμότητας ως ιδιαίτερα ναρκισσιστικούς ασθενείς. Υποστηρίζει ότι πίσω από την προθυμία τους να ανταποκριθούν όσο το δυνατόν καλύτερα στη θεραπεία, πίσω από την τάση τους να μιλούν αβίαστα και αδιάκοπα προβαίνοντας σε συνειρμούς, σε συσχετίσεις και σε αναλύσεις του υλικού τους, στην πραγματικότητα οι ασθενείς αυτοί ακυρώνουν το ρόλο του θεραπευτή, εκφράζουν περιφρόνηση προς αυτό που εκπροσωπεί και μπλοκάρουν οποιαδήποτε παρέμβασή του. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς αντιστέκονται να μπουν στο ρόλο του θεραπευόμενου από έντονο

φόβο μην ταπεινωθούν. Δεν επιδιώκουν από τη θεραπεία τους παρά μόνο ικανοποίηση, θαυμασμό και προσοχή, ενώ η παντοδύναμη τάση τους να τα καταφέρνουν όλα από μόνοι τους κρύβει κατά βάθος φθόνο προς τον θεραπευτή. Η όποια ψυχική αλλαγή θεωρείται από αυτούς τους ασθενείς ως αποκλειστικά δικό τους επίτευγμα, κρατώντας με αυτό τον τρόπο όλη τη σχετική ικανοποίηση για τον εαυτό τους. Για τις «ναρκισσιστικές αντιστάσεις», κατά τις οποίες ο θεραπευόμενος εκφράζει ένα είδος παντοδύναμης αυτάρκειας που δηλώνει το «μπορώ να τα κάνω όλα μόνος μου», έχουν αναφερθεί σε κλινικό επίπεδο και σύγχρονοι μελετητές (Almond, 2004. Messer, 2002). Η συμμόρφωση στη θεραπεία ως ιδιαίτερα κρυφή μορφή αντίστασης έχει συνδεθεί και με τον μαζοχιστικό τύπο προσωπικότητας, ο οποίος παράλληλα κατατράχεται από πολλές σαδιστικές φαντασιώσεις (Strean, 1990). Πίσω από τη συμμόρφωση κρύβεται η επιθυμία του ατόμου να κατανικήσει τον θεραπευτή. Σαν τα μικρά παιδιά που δεν μπορούν παρά να υποταχθούν στους γονείς τους αλλά ως ένδειξη της βαθύτερης άρνησής τους αποτυγχάνουν παταγωδώς στο σχολείο, οι ασθενείς αυτοί είναι πάντοτε συνεπείς προς τις επιταγές της θεραπείας, αλλά αποτυγχάνουν να την αξιοποιήσουν δημιουργικά ώστε να σημειώσουν ψυχική πρόοδο.

Αντιστάσεις ανάλογα με τον βαθμό συνειδητότητας

Προβάλλοντας περισσότερο τη διάσταση συνειδητού-ασυνειδήτου, οι Menninger (1973), Langs (1981) και Fine (1982) προβαίνουν στις δικές τους ομαδοποιήσεις της αντίστασης. Ο Menninger (1973) κατηγοριοποιεί τις αντιστάσεις στη «συνειδητά βιωμένη αντίθεση» (*consciously felt opposition*) και την «αντίθεση που συμβαίνει με τις καλύτερες προθέσεις» (*opposition occurring with the best of intentions*). Ενώ στην πρώτη περίπτωση ο θεραπευόμενος αντιλαμβάνεται ότι αντιτίθεται με κάποιον τρόπο στη θεραπεία (π.χ. «σήμερα δεν ήθελα να έρθω στη συνεδρία μας»), στη δεύτερη περίπτωση, η αντίσταση αποκτά μια χαρακτηριστική συνιστώσα εκ μέρους του ασθενούς (π.χ. «γενικά συνηθίζω να αργώ στα

ραντεβού μου», «δεν είναι στο χαρακτήρα μου να μιλώ αυθόρμητα»). Ο Langs (1981) με τη σειρά του κατηγοριοποιεί τις αντιστάσεις σε δύο τύπους: (α) στις «κατάφωρες συμπεριφορικές» (*gross behavioral*) και (β) στις «επικοινωνιακές» (*communicative*) αντιστάσεις. Οι δύο αυτοί τύποι ισοδυναμούν με τις φανερές και τις σιωπηρές αντιστάσεις, αντιστοίχως.

Το καινούργιο στοιχείο που εισάγει ο Langs (1981) αφορά στην ανάλυση των επικοινωνιακών αντιστάσεων, κατά την οποία φανερώνεται ο προστατευτικός και προσαρμοστικός χαρακτήρας της αντίστασης. Αναφέρει, συγκεκριμένα, ότι οι αντιστάσεις αυτές προστατεύουν τον ασθενή –συχνά μάλιστα και τον θεραπευτή– από: α) απειλητικές σκέψεις για τον θεραπευτή, β) απειλητικές φαντασιώσεις για τον θεραπευτή, και γ) απειλητικές σκέψεις και φαντασιώσεις για τρίτα πρόσωπα, τα οποία ωστόσο αφορούν ασυνειδήτως τη θεραπευτική σχέση.

Η Fine (1982), από τη δική της πλευρά, διακρίνει τις αντιστάσεις σε εκείνες που αφορούν την άρνηση του θεραπευόμενου να αποδεχτεί τους βασικούς όρους της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας (π.χ. σταθερή προσέλευση, ελεύθερος συνειρμός, συγκεκριμένη αμοιβή θεραπείας, ντιβάνι) και σε εκείνες που είναι πιο λανθάνουσες, καθώς ο ασθενής συμμορφώνεται με τις θεραπευτικές προϋποθέσεις, αντιμάχεται όμως τη θεραπεία, με τον έναν ή τον άλλο τρόπο. Στον μακρύ κατάλογο των σιωπηρών αντιστάσεων, η Fine (1982) προσθέτει τον υπερβολικό εστιασμό σε ζητήματα της πραγματικότητας, την απαίτηση για ικανοποίηση του αιτήματος, την επίμονη έκφραση απελπισίας, την εκδραμάτιση, την απουσία συναισθήματος, την παρατεταμένη παλινδρόμηση και την αμφίθυμη –τύπου «ναι μεν, αλλά»– ανταπόκριση στις ερμηνείες του θεραπευτή.

Συμπερασματικά, όλοι οι ψυχαναλυτές που έχουν ασχοληθεί με τα φαινόμενα αντίστασης φαίνεται να συγκλίνουν στη θέση ότι μία βασική διάκριση των αντιστάσεων είναι αυτή ανάμεσα σε φανερές και σε σιωπηρές αντιστάσεις. Η διάκριση αυτή εξειδικεύεται περαιτέρω

ανάλογα με την παθολογία του ασθενούς, τη θεραπευτική σχέση και διαντίδραση, αλλά και τη φάση θεραπείας. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η διάκριση σε φανερές και κρυφές αντιστάσεις αφορά τον τρόπο εκδήλωσης της αντίστασης και όχι τις πηγές, τις βαθύτερες αιτίες των αντιστάσεων. Στο επόμενο κεφάλαιο περιγράφεται αναλυτικά η πρώτη συστηματική απόπειρα κατάταξής τους ανάλογα με τις ψυχικές δυνάμεις που τις ενεργοποιούν, όπως αυτή πραγματώθηκε από τον Sigmund Freud.

Τα πέντε είδη αντίστασης του Freud

Στο έργο του «*Αναστολή, σύμπτωμα και άγχος*» (1925-1926/1959), ο Freud κατέταξε τις αντιστάσεις σύμφωνα με την πηγή προέλευσής τους, καταδεικνύοντας έτσι το πώς και το γιατί σχηματίζεται μια αντίσταση. Ως εκ τούτου, ανάλογα με το αν προέρχονται από το Εγώ, το Εκείνο ή το Υπερεγώ, οι αντιστάσεις αφορούν σε διαφορετικές ψυχικές λειτουργίες και σε διαφορετικούς τρόπους έκφρασης μέσα στη θεραπεία (Πίνακας 1).

Πίνακας 1

Η κατάταξη των αντιστάσεων από τον S. Freud

Τύποι αντιστάσεων ανάλογα με την πηγή της αντίστασης				
Αντιστάσεις προερχόμενες από το ΕΓΩ			Αντιστάσεις προερχόμενες από το ΕΚΕΙΝΟ	Αντιστάσεις προερχόμενες από το ΥΠΕΡΕΓΩ
Αντίσταση της απώθησης	Αντίσταση της μεταβίβασης	Δευτερογενές όφελος από την ασθένεια	Ψυχαναγκασμός για επανάληψη & προσκολλητικότητα της λίμπιντο	Ασυνείδητη ενοχή & ανάγκη τιμωρίας

Θα πρέπει, εντούτοις, να επισημανθεί ότι ανεξάρτητα από το ποιο είναι το ερέθισμα ή η αρχική πηγή κάθε επιμέρους αντίστασης, η λειτουργία της όποιας δραστηριότητας ως αντίσταση προέρχεται πάντοτε από την ψυχική δομή του Εγώ. Κι αυτό γιατί, όπως διευκρινίζει ο Greenson (1967), η ενεργοποίηση μιας αντίστασης –όπως εξάλλου και μιας

άμυνας— γίνεται με στόχο την αποφυγή του ψυχικού πόνου και είναι το Εγώ εκείνο που θα αντιληφθεί και θα αξιολογήσει κατά πόσον ένα αγχογόνο ερέθισμα συνιστά κίνδυνο ή όχι, ώστε να τεθούν σε λειτουργία οι προστατευτικοί μηχανισμοί της άμυνας και της αντίστασης. Η θέση αυτή έχει ιδιαίτερη θεραπευτική σημασία καθώς προκρίνει τη λειτουργία της ρυθμιστικής αρχής του Εγώ στην αντιμετώπιση των αντιστάσεων, έναντι των πιο απροσπέλαστων δομών του Εκείνο και του Υπερεγώ.

Αντίσταση της απώθησης

Όπως δηλώνει ο όρος, ο συγκεκριμένος τύπος αντίστασης συνίσταται στον βασικό αμυντικό μηχανισμό της απώθησης, όταν δηλαδή το υποκείμενο απωθεί στο ασυνείδητο σκέψεις, συναισθήματα και εμπειρίες που αν εξακολουθούσαν να παραμένουν συνειδητές θα προκαλούσαν άγχος και ψυχικό πόνο. Η αντίσταση της απώθησης αντανακλάται κατεξοχήν στη φράση του θεραπευόμενου «δεν θυμάμαι». Μία ασθενής με έντονες κρίσεις πανικού αδυνατούσε κατά τον πρώτο χρόνο της θεραπείας να έχει οποιαδήποτε ανάμνηση της παιδικής της ηλικίας μέχρι τα 12 έτη, οπότε η φυσική της μητέρα τη διεκδίκησε και την πήρε πίσω από τους θείους που μέχρι τότε τη μεγάλωναν ως οι πραγματικοί της γονείς. Η ασθενής αυτή είχε απωθήσει οτιδήποτε σχετιζόταν με εκείνη την περίοδο, γεγονός που στη θεραπεία ερχόταν ως αντίσταση απέναντι στην ανάδυση του συγκεκριμένου ψυχικού υλικού.

Η αντίσταση απώθησης θεωρείται ότι αντανακλά το επονομαζόμενο «πρωτογενές όφελος» (*primary gain*) από την ασθένεια (Sandler, Holder, & Dare, 1970a). Το πρωτογενές όφελος συνίσταται στο γεγονός ότι τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής, που προκύπτουν με την ενεργοποίηση της απώθησης και άλλων αμυντικών μηχανισμών, αποτελούν την επίλυση μιας βαθύτερης ψυχικής σύγκρουσης, η οποία καθώς διοχετεύεται μέσω του συμπτώματος κρατά εκτός συνείδησης το σχετικό επώδυνο και απειλητικό υλικό. Από τα παραπάνω ανακύπτει ότι στην υπηρεσία της αντίστασης απώθησης χρησιμοποιούνται

και άλλοι αμυντικοί μηχανισμοί, όπως η μετάθεση, η άρνηση, ο αντιδραστικός σχηματισμός, η προβολή και όλες οι άλλες άμυνες του Εγώ που στόχο τους έχουν τη διοχέτευση μιας λιβιδινικής ή μιας επιθετικής ενόρμησης μέσω οδών λιγότερο συγκρουσιακών από τις αρχικές ή τις φυσικές οδούς (Greenson, 1967. May, 1996). Αντί, δηλαδή, ο θεραπευόμενος να εκφράσει ανοιχτά πιθανές επιθετικές φαντασιώσεις απέναντι στον θεραπευτή του, από φόβο μήπως ο θεραπευτής απαντήσει με τιμωρία ή με εγκατάλειψη, μπορεί να *απωθήσει* αυτές τις φαντασιώσεις και να έρχεται, για παράδειγμα, στις συνεδρίες λέγοντας ότι δεν έχει τίποτα να πει. Ή, μπορεί να *αρνείται* ότι έχει τέτοια συναισθήματα ενώ παράλληλα να αναφέρει ότι όλοι όσους γνωρίζει αμφισβητούν την αξία της ψυχοθεραπείας. Άλλοτε, μπορεί να *προβάλλει* αυτά τα συναισθήματα στον θεραπευτή του και να είναι εκείνος που αισθάνεται ξαφνικά θυμό για τον θεραπευόμενο (Strean, 1990).

Μέσα από το πρωτογενές όφελος φαίνεται πως η ψυχική δυσφορία που προκαλείται από τα νευρωτικά συμπτώματα είναι περισσότερο ανεκτή στο υποκείμενο από τη δυσφορία που θα προκαλούνταν σε αντίθετη περίπτωση. Έτσι, ενώ σε συνειδητό επίπεδο ο θεραπευόμενος εύχεται να απαλλαγεί από τα συμπτώματά του, σε ένα άλλο επίπεδο τα συμπτώματα και οι άμυνες τον προστατεύουν από το να έρθει αντιμέτωπος με τις συγκρουσιακές επιθυμίες του. Ο Freud (1925-1926/1959) διέκρινε ότι οι θεραπευόμενοι έχουν ανάγκη τις αντιστάσεις τους, σαν το δέρμα που προστατεύει από τον πόνο και τον κίνδυνο. Κατά συνέπεια, δεν θα πρέπει να αφαιρείται απότομα ή πρόωρα. Η ψυχαναλυτική διαδικασία, καθώς βασίζεται στον ελεύθερο συνειρμό, οδηγεί αναπόφευκτα στο ξεδίπλωμα των ασυνείδητων πτυχών του υποκειμένου και γι' αυτό αποτελεί διαρκώς μια δυνητικά επικίνδυνη κατάσταση. Το «δεν θυμάμαι» που φέρνει αρχικά ο θεραπευόμενος στη θεραπεία του γίνεται προοδευτικά «δεν θέλω να θυμάμαι», «περασμένα-ξεχασμένα». Είναι σημαντικό, καθώς οι αντιστάσεις της απώθησης και των άλλων αμυνών του Εγώ ανυφαίνονται κατά τη θεραπευτική διαδικασία, ο θεραπευτής να μην προβαίνει τόσο σε απευθείας ερμηνεία τους, αλλά αντίθετα να συμβάλλει

ώστε ο ίδιος ο θεραπευόμενος να διερευνήσει τις αντιστάσεις του, μέσα από την ενθάρρυνση και την επεξεργασία των συνειρμών του γύρω από αυτές τις αντιστάσεις. Μια τέτοια διαδικασία είναι απαραίτητη προκειμένου ο θεραπευόμενος να έρθει σταδιακά σε επαφή με το ασυνείδητο συγκρουσιακό υλικό, να διαφανεί το *γιατί* έχει ανάγκη στη δεδομένη φάση να αντισταθεί, καθώς και το απέναντι σε *τι* αντιστέκεται, προϋποθέσεις απαραίτητες για οποιαδήποτε ψυχική αλλαγή. Βέβαια, οι ερμηνείες του ψυχικού υλικού από τον θεραπευτή, όταν δίνονται σε χρόνο και με τρόπο τέτοιο που να μπορεί να τις αντέξει ο θεραπευόμενος, χωρίς να απειληθεί από αυτές, διευκολύνουν κι αυτές με τη σειρά τους στην κάμψη των αντιστάσεων (Sandler, Holder, & Dare, 1970b).

Αντίσταση της μεταβίβασης

Οι αντιστάσεις που εκφράζονται στο πλαίσιο της μεταβίβασης θεωρήθηκαν εξ αρχής ως τα πλέον δύσκολα εμπόδια στην πορεία μιας ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας (Freud, 1912/1958a, 1940/1964b). Παράλληλα, όμως, η αντίσταση μεταβίβασης θεωρείται αναπόσπαστο λειτουργικό κομμάτι στη διαδικασία της θεραπείας, τόσο ώστε η ανάλυση των αντιστάσεων και η λύση της μεταβίβασης να εμφανίζονται ως οι πλέον κεντρικοί στόχοι μιας επιτυχημένης ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας.

Η μεταβίβαση αποτελεί μια ιδιαίτερη έκφραση του μηχανισμού της απώθησης, καθώς αντί της ανάμνησης επικρατεί η αναβίωση. Ο θεραπευόμενος αντί να θυμηθεί, επαναλαμβάνει στην παρούσα σχέση με τον θεραπευτή τα παρελθόντα πρότυπα της σχέσης του με τα πρωταρχικά αντικείμενα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας. Μέσω αυτής της διαδικασίας, αναβιώνει συναισθηματικά και με χρονική αμεσότητα τις ενδοψυχικές και διαπροσωπικές συγκρούσεις που είτε είχαν απωθηθεί είτε είχαν διοχετευθεί μέσω άλλων οδών (π.χ. κατασκευή συμπτώματος). Οι μεταβιβαστικές αντιστάσεις προκαλούν μια σχετική παραποίηση της πραγματικότητας της θεραπευτικής σχέσης, κι αυτός είναι ένας κύριος λόγος

που αποτελούν τις σημαντικότερες από όλες τις αντιστάσεις. Στο πρόσωπο του θεραπευτή αποδίδονται συναισθήματα, σκέψεις, αντιδράσεις και προθέσεις που δεν ανήκουν στον ίδιο, αλλά προβάλλονται και μεταφέρονται σε αυτόν –μέσω των διόδων του ασυνειδήτου– από τον θεραπευόμενο. Το δύσκολο έργο του αναλυτή σε αυτή τη φάση είναι να «αποκαταστήσει» σταδιακά την πραγματικότητα, όχι διορθώνοντας αλλά επανορθώνοντας την εκδοχή του θεραπευόμενου [πρβλ. «συναισθηματική επανορθωτική εμπειρία» των Alexander και French (1946)]. Δηλαδή, βοηθώντας τον θεραπευόμενο να επανεγγράψει ψυχικά το «οικογενειακό μυθιστόρημα» (Freud, 1905/1953d) –όπως αυτό αναδιαδραματίζεται στη μεταβίβαση– με λιγότερο πλέον συγρουσιακή και επίμοχθη «γλώσσα», σε νόημα και σε πλοκή. Από αυτή την πλευρά, οι μεταβιβαστικές αντιστάσεις είναι αποφασιστικής σημασίας για τη θεραπευτική πορεία, καθώς επιτρέπουν τη *βιωμένη* επανάληψη κι ως εκ τούτου τη *βιωματική* επαναπροσέγγιση και την εκ νέου επεξεργασία των ασυνειδήτων ενστικτωδών παρορμήσεων και επιθυμιών.

Η μεταβίβαση και η αντίσταση σχετίζονται μεταξύ τους με πολλούς τρόπους. Κι ενώ τα μεταβιβαστικά φαινόμενα έχουν γενικότερα μία συνιστώσα αντίστασης, καθώς αντιτίθενται στην ανάμνηση, οι κύριες μορφές της σχέσης ανάμεσα στη μεταβίβαση και την αντίσταση είναι ειδικότερα οι εξής τρεις, όπως παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Καταρχήν, όταν οι αντιστάσεις εξυπηρετούν την απόκρυψη των μεταβιβαστικών αντιδράσεων. Ο θεραπευόμενος, δηλαδή, αρνείται την ύπαρξη μεταβιβαστικών συναισθημάτων προς τον θεραπευτή. Σε αυτή την περίπτωση, κεντρικό μέλημα είναι να καταδειχθεί σταδιακά η αντίσταση (π.χ. «*Μοιάζει να αποφεύγετε να μιλήσετε για το πώς αισθάνεστε για μένα*»). Μια άλλη εκδοχή, είναι όταν ορισμένες μεταβιβαστικές αντιδράσεις λειτουργούν ως αντιστάσεις εναντίον άλλων μορφών μεταβίβασης. Ο θεραπευόμενος που αναπτύσσει μια επίμονη ερωτικοποίηση της θεραπευτικής σχέσης πιθανόν χρησιμοποιεί αυτή τη μορφή αντίστασης απέναντι σε βαθύτερα επιθετικά συναισθήματα προς τον θεραπευτή

του. Ή το αντίστροφο, μια επίμονη εχθρική μεταβίβαση ίσως υποκρύπτει φόβο απέναντι στην ισχυρή ανάγκη εξάρτησης με τον θεραπευτή. Ο απρόσκοπτα «καλός ασθενής» που πάντοτε προσέρχεται όντας συνεργάσιμος, συγκροτημένος και ώριμος στη θεραπεία του πιθανόν να καλύπτει πίσω από αυτή τη συμπεριφορά τις άλογες φαντασιώσεις και τις παιδικές ενστικτικές επιθυμίες του. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, ο θεραπευόμενος αντιστέκεται προκειμένου να αποφύγει αυτό ακριβώς που επιθυμεί.

Δεύτερον, όταν ορισμένα είδη μεταβιβαστικών αντιδράσεων προκαλούν αντιστάσεις. Σε αυτή την περίπτωση, οι μεταβιβαστικές αντιδράσεις είναι τόσο έντονες που κατακλύζουν τον θεραπευόμενο, κι ως εκ τούτου δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο ανάλυσης, αλλά αντίθετα εκτονώνονται μέσω της πράξης. Τα έντονα μεταβιβαστικά συναισθήματα αγάπης ή μίσους προς τον θεραπευτή, όταν μάλιστα αυτά είναι σύντονα προς το Εγώ, μπορεί να διαταράζουν τη θεραπευτική συμμαχία και να οδηγήσουν σε σοβαρές εκδραματίσεις. Η θεραπευόμενη που κατακλύζεται από το φόβο της απώλειας του θεραπευτή κατά τις διακοπές της θεραπείας και δεν μπορεί να λεκτικοποιήσει το άγχος αποχωρισμού που νιώθει, αλλά αντίθετα το εκδραματίζει ζητώντας την ίδια περίοδο να χωρίσει με τον σύζυγό της, αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα εκδραμάτισης της μεταβίβασης. Ιδιαίτερες συνέπειες για τη θεραπεία έχουν τα συναισθήματα εχθρότητας και επιθετικότητας («αρνητική μεταβίβαση») προς το πρόσωπο του θεραπευτή. Συχνά, τα συναισθήματα αυτά εκφράζονται συγκαλυμμένα στη μεταβίβαση μέσα από τη λεγόμενη «ερωτικοποιημένη αντίσταση» (*erotization resistance*). Οι συνήθεις μορφές ερωτικοποιημένης αντίστασης είναι όταν ο ασθενής προσπαθεί να προκαλέσει ευχαρίστηση στον θεραπευτή του, να έχει σωματική επαφή, ή να τον αποπλανήσει. Εντούτοις, η ερωτικοποιημένη αντίσταση δεν αποτελεί απαραίτητα δείκτη κρυφής επιθετικότητας, αλλά μπορεί και να εκφράζει τη βαθιά φαντασίωση του ασθενή ότι ο θεραπευτής αντιπροσωπεύει έναν παντοδύναμο γονέα που μπορεί να τον μεταφέρει στον κόσμο της απόλυτης ευδαιμονίας (Menninger, 1973).

Δυσκολία, επίσης, στον χειρισμό προκαλούν οι μεταβιβαστικές αντιστάσεις που ανήκουν στο προ-οιδιπόδειο / προγεννητικό φάσμα (π.χ. έντονη παρόρμηση για συγχώνευση, πρωτόγονο μίσος για τη μητέρα, φόβος ομοφυλοφιλικών επιθυμιών, κ.ά.). Οι ισχυρές αυτές μεταβιβαστικές αντιδράσεις απαιτούν έγκαιρη παρέμβαση και ερμηνεία, αφού όμως πρώτα έχει μπορέσει κανείς να κινητοποιήσει το έλλογο Εγώ του ασθενούς (Greenson, 1967).

Τέλος, όταν οι αντιστάσεις παρεμποδίζουν την εξέλιξη και την ακόλουθη λύση της μεταβιβαστικής νεύρωσης. Ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο μεταβίβασης είναι η προσπάθεια του θεραπευόμενου να ικανοποιήσει τις συναισθηματικές και ενστικτώδεις επιθυμίες του μέσα στη μεταβιβαστική σχέση με τον θεραπευτή. Η ανάγκη του ασθενούς να αγαπηθεί, να «ταϊστεί» συναισθηματικά από τον θεραπευτή, να εκπληρωθούν από αυτόν οι πρώιμες συναισθηματικές αποστερήσεις και ματαιώσεις, ή άλλοτε, να βρουν διέξοδο οι καταστροφικές παρορμήσεις του, όλες αυτές οι επιθυμίες του θεραπευόμενου μπορεί να αποτελέσουν σημεία καθήλωσης μέσα στη θεραπεία. Ο θεραπευόμενος εμμένει πεισματικά στην ικανοποίηση αυτών των επιθυμιών τόσο ώστε να αναστέλλεται η δυνατότητά του να τις αναλύσει και να τις επεξεργαστεί, οπότεν αυτού του τύπου οι μεταβιβαστικές αντιδράσεις επιτελούν τότε μια λειτουργία σημαντικής αντίστασης. Αντί, δηλαδή, η θεραπευτική διαδικασία να κατατείνει στην ψυχική αλλαγή του θεραπευόμενου, σε αυτές τις περιπτώσεις ο θεραπευόμενος προσβλέπει στην αλλαγή του *θεραπευτή* (Lorand, 1967). Επιθυμεί λόγου χάρη από εκείνον να μιλά περισσότερο, να είναι περισσότερο υποστηρικτικός, να δείχνει ότι είναι ο αγαπημένος ασθενής του, να είναι πάντοτε διαθέσιμος, να υποκύπτει στις αποπλανήσεις, ή από την άλλη, να πληγώνεται από τις ακυρωτικές προσπάθειες του ασθενή και να καταστρέφεται από τις επιθέσεις του στη θεραπεία. Στο πρόσωπο του θεραπευτή αναζητάται ένα γονικό υποκατάστατο που θα παρέχει ικανοποίηση στις απαιτήσεις του. Η επίμονη προσκόλληση στην ικανοποίηση αυτών των επιθυμιών συνιστά αντίσταση στην πρόοδο της μεταβιβαστικής νεύρωσης και στην τελική επίλυσή της, αφού ο θεραπευόμενος

προσπαθεί να διαιωνίζει τη μεταβιβαστική σχέση αντί να την κατανοεί και να εργαστεί αναλυτικά πάνω σε αυτή.

Ο Stone (1973) έχει περιγράψει αυτή τη μορφή μεταβιβαστικής αντίστασης από μία αναπτυξιακή σκοπιά. Σύμφωνα με την άποψή του, η αντίσταση στη μεταβίβαση αναπτύσσεται προκειμένου να αποφευχθεί ο ψυχικός αποχωρισμός του ατόμου από τα πρώιμα αντικείμενα αγάπης, όπως αυτά έχουν εγκαθιδρυθεί στον ψυχισμό του και όπως ενσαρκώνονται στην παρούσα σχέση μεταβίβασης με τον θεραπευτή. Παράλληλα, η αντίσταση στη μεταβίβαση αναπτύσσεται προκειμένου να αποφευχθεί ο αποχωρισμός και από το ίδιο το πρόσωπο του θεραπευτή, ως μεταβιβαστικό αντικείμενο και ταυτόχρονα ως φορέα ελπίδας για επανόρθωση των παλαιών τραυμάτων. Καθώς η μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου αντανakλά τη σχέση του τελευταίου με τα πρωταρχικά αντικείμενα της ζωής του, ιδιαίτερα δε τη σχέση με την παντοδύναμη μητέρα της βρεφικής ηλικίας, ως τέτοια η μεταβιβαστική σχέση εμπερικλείει την έμμονη προσπάθεια του θεραπευόμενου για ικανοποίηση των παλαιών επιθυμιών, αλλά και την προσδοκία του για επαναβίωση ή / και για αποκατάσταση της σχέσης του με τα γονεϊκά εσωτερικά αντικείμενα. Εντούτοις, κάθε φορά που η αντίσταση στη μεταβίβαση επιλύεται, επέρχεται κι ένας ψυχικός αποχωρισμός και μάλιστα διττός: από τη μια πλευρά αποχωρισμός από τα εσωτερικευμένα αντικείμενα κι από την άλλη αποχωρισμός από την αντανάκλαση αυτών των αντικειμένων στο πρόσωπο του θεραπευτή. Σύμφωνα με τον Stone, ο αποχωρισμός που επέρχεται με τη λύση της μεταβίβασης παραπέμπει, καταρχήν, στον πρωταρχικό αποχωρισμό από τη μητέρα της βρεφικής ηλικίας (Stone, 1973). Τότε που επικρατούσε η συμβιωτική σχέση δυαδικής ενότητας, όταν μητέρα και βρέφος δεν είχαν διαφοροποιηθεί ακόμη ως δύο ξεχωριστά όντα, μέσω της διαδικασίας αποχωρισμού-εξατομίκευσης. Όπως άλλοτε, ο λόγος και η κατάκτηση του λόγου –ως βασικό «εργαλείο» στη διαδικασία συγκρότησης ανεξάρτητης ταυτότητας και αποχωρισμού από το συγκύτιο της δυαδικότητας με τη μητέρα– συνέτεινε στο διαχωρισμό

της δυαδικής σχέσης μητέρας-βρέφους, έτσι ο θεραπευτικός λόγος και ιδιαίτερα η ερμηνεία διευρύνουν τα κριτήρια της διαφορετικότητας και της πραγματικότητας ανάμεσα στα δύο υποκείμενα του θεραπευτικού ζεύγους. Υπό αυτή την αναπτυξιακή οπτική, η μεταβιβαστική αντίσταση μπορεί να συντηρεί μια ψυχική κατάσταση από όπου εκλείπει κάθε έννοια αποχωρισμού.

Μία τέτοια προσέγγιση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ερμηνεία στην ψυχαναλυτική πρακτική δεν είναι πάντοτε θεραπευτική και σε αυτές τις περιπτώσεις προκαλεί αναπόφευκτα αντίσταση από την πλευρά του θεραπευόμενου. Κάτι τέτοιο αντανακλά τις θέσεις πολλών θεωρητικών των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, σύμφωνα με τις οποίες η ερμηνεία του υλικού που φέρνει ο θεραπευόμενος και ιδιαίτερα η ερμηνεία του μεταβιβαστικού υλικού μπορεί να βιωθεί καταδιωκτικά, όταν αυτή δίνεται σε χρόνο, ή με τρόπο, τέτοιο που ο θεραπευόμενος δεν μπορεί να την αντέξει ψυχικά (βλ. Φαλάρας, 1999). Αυτό ενέχει ιδιαίτερη σημασία για τους ασθενείς εκείνους που δεν έχουν καταφέρει να διαμορφώσουν μια αίσθηση ενός συγκροτημένου εαυτού. Στις περιπτώσεις αυτές, η ερμηνεία χάνει τη θεραπευτική της αξία κι αντίθετα βιώνεται από τον θεραπευόμενο ως μέσο διαχωρισμού της ενότητας θεραπευτή-θεραπευόμενου. Η ενότητα αυτή φαίνεται να είναι απαραίτητο να μη διαταραχθεί για κάποιο χρονικό διάστημα στη θεραπεία, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες των ασθενών που ο εσωτερικός τους κόσμος είναι κατακερματισμένος και παρουσιάζουν βασικά ελλείμματα στη συγκρότηση μιας ενιαίας ταυτότητας. Η εγγύηση μιας αίσθησης ασφάλειας –μιας ασφάλειας που «θυμίζει» την ασφάλεια της πρωταρχικής σχέσης ενότητας με τη μητέρα– φαίνεται να αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για οποιαδήποτε περαιτέρω ψυχική επεξεργασία για αυτούς τους ασθενείς.

Αντίσταση προερχόμενη από το δευτερογενές όφελος της ασθένειας

Πρόκειται για μία ακόμη μορφή αντίστασης που εκπορεύεται από την ψυχική δομή του Εγώ. Λειτουργώντας συμπληρωματικά με το πρωτογενές όφελος από την ψυχική ασθένεια που αφορά σε λιβιδινικές, ή επιθετικές, επιθυμίες του θεραπευόμενου, το δευτερογενές όφελος σχετίζεται περισσότερο με ικανοποιήσεις ναρκισσιστικής φύσεως (May, 1996). Παρά την κατ' αρχήν παραδοξότητα του φαινομένου, πολύ συχνά το σύμπτωμα δεν αποτελεί κάτι το οποίο προκαλεί αποκλειστικά ψυχική δυσφορία κι ως τέτοιο επιθυμεί κανείς να απαλλαγεί από αυτό. Αντίθετα, το σύμπτωμα –είτε αφορά με τη στενή έννοια σε φοβία, καταναγκασμό, παρόρμηση, ή σε σωματοποιήσεις, είτε ευρύτερα σε δυσκολία προσαρμογής ή σχέσεων– μπορεί να προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα και ικανοποιήσεις. Ο υποχονδριακός ασθενής που απασχολεί διαρκώς τα μέλη της οικογένειάς του με το ενδεχόμενο κάποιας ασθένειας, αντλεί ναρκισσιστική (και σαδομαζοχιστική) ικανοποίηση από το έκδηλο ενδιαφέρον και τη φροντίδα των οικείων. Η ψυχαναγκαστική ασθενής που έχει περιορίσει τις κινήσεις του συζύγου της μέσα στο σπίτι ώστε να αποφύγει να «μολυνθεί» ο χώρος, απολαμβάνει τον έλεγχο και την εξουσία που ασκεί επάνω του. Ο θεραπευόμενος που παρουσιάζει χρόνιο σωματικό πόνο χωρίς οργανική βάση και συχνά καθηλώνεται στον καναπέ του σπιτιού του, αποφεύγει να αναλάβει τις ευθύνες της ζωής του. Η μητέρα που παραπονιέται για τη σχολική αποτυχία της έφηβης κόρης, ενώ ταυτόχρονα με τη στάση της εξωθεί το πρόβλημα, διατηρεί τη σχέση εξάρτησης με την κόρη και αποφεύγει την αυτονόμησή της. Ο σύζυγος που διαμαρτύρεται για την ψυχρή και εγωκεντρική συμπεριφορά της συντρόφου του, πιθανόν παίρνει μια κάποιας μορφής ικανοποίηση από την απόσταση που υπάρχει ανάμεσα τους. Μια σχέση εγγύτητας με τη σύζυγό του –όσο κι αν προβάλλεται ως το επιθυμητό– θα του προκαλούσε έντονο φόβο κι αποστροφή. Γενικότερα, το δευτερογενές όφελος αφορά όλες εκείνες τις περιπτώσεις που πίσω από ένα χρόνιο

πρόβλημα υπάρχει η ικανοποίηση μιας ασυνείδητης επιθυμίας, κυρίως ναρκισσιστικού τύπου (Strean, 1990).

Κάθε θεραπευτική προσπάθεια να αναδειχθεί η «ευχάριστη πλευρά» του συμπτώματος και το ασυνείδητο κίνητρο που την διακινεί, αναπόφευκτα, προκαλεί αντιστάσεις. Ο θεραπευόμενος αρνείται να εγκαταλείψει κάτι που του προσφέρει μια κάποιας μορφής ικανοποίηση. Ο Lorand (1967) αποδίδει αυτή τη δυσκολία στο γεγονός ότι η αντίσταση που προκαλείται από το δευτερογενές όφελος της ασθένειας λειτουργεί σε σημαντικό βαθμό στη βάση της φροϋδικής «αρχής της ευχαρίστησης», στοιχείο που χαρακτηρίζει σε μικρότερο ή σε μεγαλύτερο βαθμό και τα υπόλοιπα τέσσερα είδη αντίστασης του Freud. Είναι, σε κάποιο βαθμό, αυτό που αναφέρει σχετικά ο Freud (1920/1955b/2001), ότι *«κάθε νευρωτική δυσσάρεσκεια είναι μια ηδονή την οποία το άτομο δεν μπορεί να αισθανθεί ως τέτοια»* (σελ. 21). Το δευτερογενές όφελος φαίνεται να συνιστά έναν συμβιβαστικό σχηματισμό του Εγώ ανάμεσα στις δυσάρεστες σκέψεις και τα επώδυνα συναισθήματα που απωθούνται με τη δημιουργία του συμπτώματος από τη μια πλευρά και στις ικανοποιήσεις που το ίδιο το σύμπτωμα παράγει σε ένα δεύτερο επίπεδο. Είναι σαν να υπάρχει μια, κατά το ήττον ή μάλλον, «αποζημίωση» για τον πόνο. Δύσκολα κανείς επιλέγει να στερηθεί την ανταμοιβή και να κρατήσει αποκλειστικά και μόνο το τίμημα. Ο θεραπευτής βιώνεται, τότε, ως εχθρός που επιδιώκει να διαταράξει την εγκατεστημένη ισορροπία, γεγονός που εγείρει αντίσταση. Απαιτείται ιδιαίτερη υπομονή, χρόνος και ενσυναίσθηση εκ μέρους του προκειμένου να βοηθήσει σταδιακά τον θεραπευόμενο να αναγνωρίσει ότι η όποια «αποζημίωση» είναι ρηχή και φανακιστική μπροστά στο βάρος του τιμήματος του συμπτώματος.

Όπως τοποθετείται χαρακτηριστικά από τον Laplace (1988), *«Είναι προφανές ότι οποιοδήποτε υποκείμενο βρίσκεται σε (ψυχ)ανάλυση ... αργά ή γρήγορα θα μας φέρει αντιμέτωπους με το γεγονός ότι πάσχει, ενώ η κατεύθυνση προς την οποία κινείται η θεραπεία είναι ακριβώς το να δείξει πώς το ίδιο το υποκείμενο προκαλεί τις συνθήκες που το κάνουν να*

υποφέρει, στο όνομα κάποιας αναζήτησης της ευχαρίστησης, σε έναν άλλο τόπο» (σελ. 197). Επομένως, σύμφωνα με την έννοια του δευτερογενούς οφέλους από το σύμπτωμα, η αντίσταση δεν εκδηλώνεται μόνο ως μέσο αποφυγής του ψυχικού πόνου, αλλά παράλληλα και ως μέσο περιφρούρησης της ψυχικής ευχαρίστησης. Η θέση αυτή έχει προεκτάσεις και στην επόμενη κατηγορία αντίστασης, κατά Freud, την αντίσταση προερχόμενη από το Εκείνο.

Αντίσταση προερχόμενη από το Εκείνο

Η αντίσταση που έχει ως πηγή προέλευσης το Εκείνο αφορά την προσκολλητικότητα της λιβιδούς, όπως αυτή εκφράζεται μέσω του καταναγκασμού για επανάληψη. Εννοιολογικά, η προσκολλητικότητα της λιβιδούς δηλώνει τις υπάρχουσες λιβιδινικές επενδύσεις που παραμένουν καθηλωμένες σε πρωϊμότερα αναπτυξιακά στάδια, ή σε παλαιότερα αντικείμενα, και δεν μεταφέρονται σε νέα, από φόβο μήπως δεν βρεθεί εκεί ένα πλήρως ικανοποιητικό υποκατάστατο (Laplace & Pontalis, 1986). Στη θεραπεία, οι αντιστάσεις που πηγάζουν από την προσκολλητικότητα της λιβιδούς εμφανίζονται με τη τάση του θεραπευόμενου να επαναλαμβάνει στο παρόν με τρόπο καταναγκαστικό δυσάρεστα βιώματα του παρελθόντος, να παραμένει καθηλωμένος σε παλιές, πρώιμες καταστάσεις ικανοποίησης, αντί της ικανοποίησης μέσω πιο ώριμων καταστάσεων, να εξελίσσεται με πολύ αργό ρυθμό στη θεραπεία αποφεύγοντας να από-επενδύσει από προηγούμενες παρελθούσες συμπεριφορές, ή σχέσεις. Γενικότερα, πάντως, οι αντιστάσεις αυτού του είδους συνδέονται με την ευρύτερη δυσκολία να αλλάξει κανείς τα ειωθότα, να απαρνηθεί παγιωμένες συνήθειες, εδραιωμένα σχήματα και πρότυπα λειτουργίας και να υιοθετήσει καινούργια (Sandler, Holder, & Dare, 1970). Οι Blatt και Erlich (1982) ονομάζουν αυτού του είδους την αντίσταση ως τη «βασική αντίσταση απέναντι στην αλλαγή» (*fundamental resistance to change*), καθώς η επανάληψη των παρελθόντων τρόπων προσαρμογής στο παρόν, παρόλο

που συνήθως είναι απρόσφορη ή επώδυνη, από την άλλη πλευρά είναι οικεία και προβλέψιμη. Ως εκ τούτου, διασφαλίζει την κεκτημένη εσωτερική σταθερότητα και ισορροπία.

Κλινικά παραδείγματα τέτοιων αντιστάσεων απέναντι στην αλλαγή θα μπορούσαν να αποτελούν οι ασθενείς εκείνοι που εξακολουθούν να διατηρούν τη θέση του «παντοδύναμου βρέφους», εκφράζοντας ασυνείδητα την απαίτηση προς τους άλλους για απεριόριστη κάλυψη των αναγκών τους. Οι ασθενείς αυτοί στη θεραπεία αποζητούν να γίνουν το «βρέφος του θεραπευτή», λαχταρώντας να είναι ο/η αγαπημένος/-η θεραπευόμενος/-η, προβάλλοντας διαρκείς απαιτήσεις στον θεραπευτή για φροντίδα και επιβεβαίωση (π.χ. ζητώντας συμβουλές, καλώντας τον τηλεφωνικά ανάμεσα στις συνεδρίες), θυμώνοντας απέναντι στις οριοθετήσεις και τις ματαιώσεις του θεραπευτικού πλαισίου (Strean, 1990). Μοιάζει σαν αυτοί οι ασθενείς να έχουν καθλωθεί σε ένα πρωϊμότερο βρεφικό στάδιο, το οποίο επαναλαμβάνουν και στην ενήλικη ζωή τους. Ιδιαίτερα δύσκολη στο χειρισμό είναι όταν η αντίσταση εκφράζεται μέσα από μια υποτιθέμενη αλλαγή του θεραπευόμενου στη ζωή του, για να διαπιστωθεί στη συνέχεια ότι η αλλαγή αυτή δεν είναι τίποτα άλλο παρά μια ακόμη επανάληψη προηγούμενων καταστάσεων. Παραδείγματος χάριν, μια θεραπευόμενη παίρνει διαζύγιο από τον σύζυγό της και σχετίζεται με έναν «διαφορετικό» από εκείνον άντρα, ο οποίος, ωστόσο, έχει τελικά τα ίδια χαρακτηριστικά προσωπικότητας με τον σύζυγο. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας της, ανακλύπει ότι ο καταναγκασμός της επανάληψης αυτής της θεραπευόμενης ξεκινά από πρωϊμότερα στάδια και συγκεκριμένα από τη σχέση που είχε διαμορφωθεί ανάμεσα σε εκείνη και τη μητέρα της, σχέση την οποία επαναλάμβανε καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της στις σχέσεις με τους ερωτικούς συντρόφους της.

Στο ερώτημα γιατί κανείς να επαναλαμβάνει δυσάρεστα βιώματα και συναισθήματα του παρελθόντος στο παρόν, ο Freud προβάλλει μια ενστικτική βάση και για αυτό το λόγο κατατάσσει την αντίσταση του καταναγκασμού της επανάληψης ως προερχόμενη από το

Εκείνο. Ακολουθώντας δύο διαφορετικούς δρόμους, ο Freud (1920/1955b) εξηγεί τον καταναγκασμό της επανάληψης άλλοτε ως συνδεδεμένο με την ενστικτική αρχή της ευχαρίστησης κι άλλοτε με το ένστικτο του θανάτου. Στην πρώτη περίπτωση, μέσα από την επανάληψη δυσάρεστων βιωμάτων, διατηρώντας το ίδιο σενάριο αλλά με νέα πρόσωπα αυτή τη φορά να παίζουν τους ρόλους, το άτομο βιώνει σε συνειδητό επίπεδο δυσανεξία, αλλά σε ασυνείδητο επίπεδο αισθάνεται την ευχαρίστηση της εκτόνωσης και της κατακυρίευσης της αρνητικής ανάμνησης, καθώς και την απόλαυση της εκδικητικότητας, αφού το κακό που είχε κάποτε υποστεί παθητικά, τώρα το προξενεί ενεργητικά, παίρνοντας έτσι εκδίκηση στο πρόσωπο αυτού του αντικαταστάτη. Στην περίπτωση της ενόρμησης του θανάτου, ο Freud κάνει λόγο για την ενστικτική τάση προς την «ψυχική αδράνεια», δηλαδή για την τάση μείωσης των εντάσεων μέχρι το σημείο της πλήρους εκφόρτισης, το σημείο της πλήρους αδράνειας, προς το σημείο μηδέν, προς την επιστροφή του έμβιου όντος στην ανόργανη κατάσταση απόλυτης ηρεμίας, τη Νιρβάνα (Freud, 1920/1955b). Τη δεύτερη αυτή θέση προτάσσει προκειμένου να εξηγήσει φαινόμενα ακραίας επιθετικότητας, όπως τον μαζοχισμό, την αυτοκαταστροφικότητα και την ανάγκη να υποφέρει κανείς, ως εκδηλώσεις του ενστίκτου θανάτου.

Καθώς, όμως, ο ρόλος του ενστίκτου του θανάτου έχει αποτελέσει αντικείμενο γενικότερης αμφισβήτησης (βλ. Greenson, 1967. Laplace, 1988), φαίνεται πως από κλινικής πλευράς υπερισχύει η σχετική άποψη του Greenson (1967), «τον ψυχαναγκασμό για επανάληψη μπορούμε να τον χειριστούμε θεραπευτικά καλύτερα, εννοώντας τον ως μια προσπάθεια καθυστερημένης κυριάρχησης πάνω σε μια παλιά τραυματική κατάσταση. Ενδέχεται η επανάληψη να αντιπροσωπεύει την ελπίδα μιας ευτυχέστερης έκβασης μιας παλιάς ματαίωσης...σε τελική ανάλυση, τόσο για την αντίσταση όσο και για την άμυνα το βασικό κίνητρο είναι το ίδιο: η αποφυγή του ψυχικού πόνου» (σελ. 127). Η άποψη αυτή, που φαίνεται να συνάδει περισσότερο με τη φροϋδική αρχή της ευχαρίστησης σε σχέση με τις αντιστάσεις,

διαμορφώνει ένα πιο γόνιμο έδαφος για την αντιμετώπιση μιας τόσο ισχυρής αντίστασης, όπως είναι ο καταναγκασμός της επανάληψης.

Εξάλλου, αυτό που επικρατεί τελικώς είναι ότι για τις παρορμήσεις που επί χρόνια εκφράζονται με έναν συγκεκριμένο τρόπο είναι εξαιρετικά δύσκολο να αρχίσουν ξαφνικά να διοχετεύονται με έναν άλλο τρόπο (Freud, 1925-1926/1959). Για το λόγο αυτό, ιδιαίτερη θεραπευτική αξία στην αντιμετώπιση αυτής της μορφής αντίστασης έχει η «δι-επεξεργασία» (*working-through*). Δηλαδή, η κατ' επανάληψη επεξεργασία και ερμηνευτική διεργασία των ασυνείδητων σκοπών της αντίστασης, όπως αυτοί συνδέονται με τα συναισθήματα, τις ενστικτικές παρορμήσεις, τις μνήμες και τα γεγονότα στο παρόν και το παρελθόν του θεραπευόμενου (Greenson, 1967). Ο κατονομασμός της αντίστασης δεν επαρκεί από μόνος του για την άρση της, ιδιαίτερα σε αυτή την περίπτωση που η παρόρμηση για επανάληψη του παρελθόντος στο παρόν προβάλλεται με ισχυρή δύναμη. Έτσι, απέναντι στην ισχύ του ψυχαναγκασμού της επανάληψης προτάσσεται θεραπευτικά η «ερμηνευτική επανάληψη»: η ασίγηστη προσπάθεια του θεραπευτή να επαναλαμβάνει στη θεραπευτική σχέση με τρόπο δημιουργικό, και παράλληλα τόσο λεκτικά όσο και μη-λεκτικά, τις ερμηνευτικές διεργασίες που αφορούν τα αίτια και τους σκοπούς της αντίστασης, με τελικό στόχο την αποδυνάμωσή της.

Συμπερασματικά, ο καταναγκασμός της επανάληψης, αν και αποτελεί μια ιδιαίτερα άκαμπτη μορφή αντίστασης, μπορεί αφενός μεν να συμβάλλει στην κατανόηση των βαθύτερων ενδοψυχικών δυσκολιών του ασθενούς, αφετέρου δε να οδηγήσει σε σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα, εάν και εφόσον αντιμετωπιστεί μέσα από ένα θετικό πρίσμα. Όπως αναφέρει η Alizade (2010), ο καταναγκασμός για επανάληψη, ως φαινόμενο που λειτουργεί στην υπηρεσία των ενστίκτων ζωής, δεν έχει λάβει τη δέουσα έμφαση στην ψυχαναλυτική θεωρία και έρευνα.

Αντίσταση προερχόμενη από το Υπερεγώ

Οι αντιστάσεις που προέρχονται από το ασυνείδητο αίσθημα ενοχής και την ανάγκη τιμωρίας έχουν ως πηγή προέλευσης το Υπερεγώ (Freud, 1925-1926/1959). Ένα αυστηρό Υπερεγώ που έχει σχηματιστεί από τις πρώιμες γονεϊκές επιταγές, απαγορεύσεις και απαιτήσεις προκαλεί συναισθήματα ενοχής, αυτό-μομφής και αυτό-τιμωρίας κάθε φορά που μη-αποδεκτές, απωθημένες λιβιδινικές ή επιθετικές επιθυμίες εκτίθενται στη θεραπεία. Πρόκειται για τις περιπτώσεις εκείνες που η θεραπεία προχωρά μεν –υπάρχει επεξεργασία ασυνείδητου ψυχικού υλικού, επιτυγχάνεται κάποιος βαθμός κατανόησης, αρχίζουν να πραγματοποιούνται ίσως μερικές αλλαγές– κι εντούτοις, επειδή ο θεραπευόμενος αισθάνεται ενοχή για τη βελτίωση του, εναντιώνεται απέναντι στην ψυχική του εξέλιξη και εν συνεχεία χειροτερεύει. Για τους ασθενείς αυτούς η ασθένεια αποτελεί εργαλείο αυτό-τιμωρίας (Freud, 1925-1926/1959). Δεν μπορούν να αντέξουν το άγχος που προκαλείται όταν πάνε καλά στη θεραπεία τους και τιμωρούν τον εαυτό τους με επιδείνωση της κατάστασής τους, η οποία συχνά οδηγεί σε αδιέξοδα στη θεραπεία, ακόμη και σε πρόωρη διακοπή της.

Σύμφωνα με τον Strean (1990), τρεις είναι οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίζονται αντιστάσεις που σχετίζονται με ενοχή και ανάγκη τιμωρίας: (α) ο θεραπευόμενος υποτάσσεται ασυνείδητα σε κάποια γονεϊκή επιταγή κι αισθάνεται ενοχή όταν αποκλίνει από αυτή (π.χ. *«δεν έχεις το δικαίωμα να απολαμβάνεις και να χαίρεσαι»*), (β) υπάρχει μια ασυνείδητη εσωτερική σύγκρουση σε σχέση με τους γονείς, ή γενικότερα τους σημαντικούς άλλους, κι όταν η κατάσταση του ασθενή βελτιώνεται ως αποτέλεσμα της θεραπείας, ο ασθενής βιώνει ενοχή λόγω του αισθήματος προσωπικού θριάμβου και ταπείνωσης των άλλων, οπότε τιμωρεί τον εαυτό του χειροτερεύοντας (π.χ. η επιθυμία να είναι το αγαπημένο από όλα τα αδέρφια παιδί των γονέων ανακινεί συναισθήματα ενοχής όταν στη θεραπεία διαμορφώνονται οι συνθήκες να εξελιχθεί περισσότερο από τους άλλους), και γ) υπάρχει η ασυνείδητη ανάγκη να επιτεθεί, να υποτάξει και να καταστρέψει τον θεραπευτή, οπότε η

επιδείνωση της κατάστασης του θεραπευόμενου είναι ένα μέσο προς αυτό το σκοπό. Ο Kernberg (1984) αποδίδει την τελευταία μορφή αντίστασης είτε στην ανάγκη του ασθενούς να καταστρέψει ό,τι λαμβάνει από τον θεραπευτή εξ αιτίας ασυνείδητου φθόνου (σύνηθες σε ναρκισσιστικές προσωπικότητες) είτε να τον καταστρέψει ως καλό αντικείμενο εξ αιτίας ασυνείδητης ταύτισης με το πρωτογενές σαδιστικό αντικείμενο που απαιτεί υποταγή, πόνο και ταλαιπωρία ως προϋπόθεση για να δοθεί αγάπη (σύνηθες σε οριακούς και σε σχιζοφρενείς ασθενείς).

Οι ασθενείς που κατατρύχονται από ενοχές και ασυνείδητες φαντασιώσεις τιμωρίας προβάλλουν συνήθως τους φόβους τους αυτούς στον εξωτερικό κόσμο αναμένοντας ότι ο κίνδυνος θα προκύψει από εξωτερικές πηγές. Δεν μπορούν να αντιληφθούν ότι η πηγή του κινδύνου βρίσκεται στον εσωτερικό ψυχικό τους κόσμο και ότι είναι οι ίδιοι που αυτό-σαμποτάρουν κάθε επιτυχημένη τους προσπάθεια. Έτσι, ασυνείδητα δημιουργούν τις συνθήκες εκείνες που θα προκαλέσουν μια κάποια μορφή τιμωρίας, καταφέροντας με αυτό τον τρόπο να διατηρήσουν μια αίσθηση ελέγχου του άγχους τους, με επιβεβαίωση της ψευδούς πεποίθησης ότι ο κίνδυνος έρχεται πράγματι έξωθεν. Η σχετική μεταφορά του Miller (2003) αποδίδει εύστοχα την ασυνείδητη αυτή διεργασία: είναι σαν οι ασθενείς αυτοί να έχουν δει ταινίες τρόμου όλη τη νύχτα και κατόπιν να οργανώνουν στο μυαλό τους όλους τους θορύβους του σπιτιού με τρόπο τέτοιο που να πιστεύουν ότι ο αδίστακτος κακοποιός караδοκεί από γωνία σε γωνία. Τότε, ξαπλώνουν στο κρεβάτι με τρόμο, αναμένοντας έναν κίνδυνο που δεν υφίσταται στην πραγματικότητα.

Η «αρνητική θεραπευτική αντίδραση» (*negative therapeutic reaction*), όπως έχει κατονομάσει ο Freud (1920/1955b) την αντίσταση που δείχνει ο θεραπευόμενος στη θεραπεία του μέσω της μη-βελτίωσης, ή της επιδείνωσης, της κατάστασής του, απαιτεί από τον θεραπευτή ιδιαίτερες ικανότητες, ευαισθησία και προσωπική ανάλυση, καθώς εγείρει πολλές δυσκολίες στην αντιμεταβίβαση. Ο ασθενής που έχει εμποτιστεί ψυχικά με τη

γονεϊκή επιταγή ότι στη ζωή θα πρέπει να παιδεύεται, να κακοπαθαίνει και να υποφέρει, θα προκαλέσει έντονα την θεραπευτική ταυτότητα και τις προσδοκίες του θεραπευτή να είναι όσο το δυνατόν βοηθητικός και αποτελεσματικός στο ρόλο του. Συχνά θα τον φέρει ενώπιον σοβαρών διλημμάτων και μπορεί να τον ωθήσει να απομακρυνθεί από τη θεραπευτική ουδετερότητα και να γίνει παρεμβατικός. Τα έντονα ενοχικά συναισθήματα του θεραπευόμενου μπορεί να προκαλέσουν τη λύπη του θεραπευτή και να τον ωθήσουν να γίνει απρόσφορα υποστηρικτικός, ή πρόωρα ερμηνευτικός, ή να προβεί σε μια διαδικασία να διαβεβαιώνει συνεχώς τον θεραπευόμενο για το αβάσιμο των ενοχών του, παρεμβάσεις που όλες τους απέχουν από το να είναι θεραπευτικές (May, 1996). Ο θεραπευτής κινδυνεύει να γίνει, επίσης, παρεμβατικός όταν ο θεραπευόμενος βρίσκεται παράλληλα σε ψυχοθεραπεία και σε φαρμακευτική αγωγή. Η αντίσταση του ασθενή απέναντι στη βελτίωση μπορεί τότε να εκφράζεται με την αυτόβουλη τροποποίηση, ή ακόμη και τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, ή όταν ο θεραπευτής καλείται να γίνει «κυνηγός» των συμπτωμάτων, καθώς αλλάζει το ένα φάρμακο μετά το άλλο μιας και κανένα δεν αποδεικνύεται αποτελεσματικό (Gruber & Wood, 1978). Αλλά και γενικότερα, η συνήθης χρήση της προβλητικής ταύτισης ως μηχανισμός άμυνας σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει στον θεραπευτή συναισθήματα προσωπικής απαξίας, ανικανότητας, ματαίωσης, θυμού, ή ακόμη, ασυνείδητη επιθυμία για εκδικητικότητα και τιμωρία του «δύσκολου» αυτού ασθενή (Robbins, 2000).

Ο θεραπευόμενος που στο πρόσωπο του θεραπευτή παίρνει εκδίκηση απέναντι στους γονείς του είτε μέσα από τη βελτίωση του –οπότε συνοδά συναισθήματα ενοχής μπορεί να τον οδηγήσουν σε επακόλουθη χειροτέρευση– είτε μέσα από την πείσμονα άρνηση να βελτιώσει την ψυχική του υγεία –σε αντιστοιχία πιθανόν με την εποχή που ως παιδί τιμωρούσε τους γονείς του επιδεικνύοντας «κακή διαγωγή»– προβάλλει στον θεραπευτή του όλα εκείνα τα συναισθήματα που σχετίζονται με το πόσο ευάλωτος, αδύναμος, πληγωμένος

και αβοήθητος αισθάνεται στην πραγματικότητα, ενώ παράλληλα ο ίδιος κρατά μέσα από τον μηχανισμό της προβλητικής ταύτισης μια αίσθηση παντοδυναμίας κι ελέγχου.

Ο «αθεράπευτος» ασθενής φέρνει αντιμέτωπο τον θεραπευτή με μια κατάσταση διαρκούς αποτυχίας. Η απαξιωτική, χειριστική και ανταγωνιστική συμπεριφορά του, η οποία μηνύει πως ό,τι κι αν κάνει ο θεραπευτής θα αποδειχθεί ανεπαρκές, δοκιμάζει ριζικά τις επαγγελματικές και προσωπικές αντοχές του θεραπευτή. Όπως επισημαίνει ο Robbins (2000), η ερμηνεία της επιθετικότητας δεν είναι απαραίτητα βοηθητική σε αυτές τις περιπτώσεις, καθώς μπορεί να εκληφθεί από τον θεραπευόμενο ως κριτική κι ως τέτοια να ενισχύσει τις ακυρωτικές του τάσεις απέναντι στη θεραπεία. Κυρίως, οι αντιστάσεις που προέρχονται από την ασυνείδητη απειλή τιμωρίας, φαίνεται πως προϋποθέτουν μια θεραπευτική σχέση που να μπορεί να αντέξει και να οριοθετήσει μέσα στο χρόνο την καταστροφικότητα του ασθενή· να αξιοποιήσει τα αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα για να κατανοήσει τη βαθιά ασυνείδητη ενοχή και το φόβο του απέναντι σε μια διαρκώς εναργή «δαμόκλεια σπάθη»· να προσφέρει ένα πλαίσιο σταθερότητας και ασφάλειας μέσα στο οποίο θα μπορούν να επεξεργαστούν και να μεταβολιστούν η τάση του θεραπευόμενου να αυτό-ηττάται, οι ενοχές και η οργή του. Ίσως, πριν από οτιδήποτε άλλο, ο θεραπευτής καλείται να αναγνωρίσει ότι η αρνητική θεραπευτική αντίδραση δεν είναι τίποτα άλλο παρά η προσπάθεια του ασθενή να διατηρήσει το *status quo* μέσα στο οποίο έχει βρει μιας κάποιας μορφής εσωτερική ασφάλεια. Παραδείγματος χάριν, ο Eidelberg (1948) έχει εξηγήσει την τάση των μαζοχιστικών ασθενών να προκαλούν οι ίδιοι ναρκισσιστικές ματαιώσεις για τους εαυτούς τους ως μια προσπάθεια να ελέγξουν τις ναρκισσιστικές ματαιώσεις που έχουν προκληθεί από εξωτερικές πηγές, ενώ πιο πρόσφατα ο Robbins (2000) αποδίδει τις επιθετικές ενέργειες του ασθενή σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης της βαθύτερης ευαλωτότητας και του εσωτερικού κατακερματισμού που βιώνει. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η ανάλυση των αντιστάσεων του Υπερεγώ και η σταδιακή αντικατάσταση ενός

αυστηρού, τιμωρητικού Υπερεγώ με ένα πιο καλοήθεος αποτελεί ένα από τα δυσκολότερα έργα κατά τη θεραπευτική διαδικασία (Freud, 1923/1961).

Περαιτέρω ταξινομήσεις των αντιστάσεων

Μετά την ταξινόμηση των αντιστάσεων από τον Freud σύμφωνα με την πηγή προέλευσής τους, ακολούθησαν πολλοί άλλοι ψυχαναλυτές που προέβησαν σε, λιγότερο ή περισσότερο, καινοφανείς κατηγοριοποιήσεις.

Εστιάζοντας στην αιτιολογία των αντιστάσεων, οι Sandler, Holder και Dare (1970a) αποπειράθηκαν μια εξαντλητική ταξινόμηση όσων είχαν γραφτεί μέχρι τότε για τις διάφορες πηγές αντίστασης. Εντόπισαν δώδεκα διαφορετικούς τύπους αντίστασης. Οι πρώτοι τέσσερις προκύπτουν από τη γενικότερη κατηγοριοποίηση του Freud. Πρόκειται για: (1) τις αντιστάσεις απώθησης και των άλλων μηχανισμών άμυνας, αναφερόμενοι εδώ στις αντιστάσεις που προκαλούνται από την απειλή που εγείρει η θεραπεία στις προσωπικές προσαρμογές που έχει επιλέξει το άτομο προκειμένου να ανταπεξέλθει τόσο στις εσωτερικές όσο και στις εξωτερικές πιέσεις, (2) τις αντιστάσεις μεταβίβασης, (3) τις αντιστάσεις που προέρχονται από το δευτερογενές όφελος της ασθένειας, και (4) τις αντιστάσεις που προέρχονται από το Υπερεγώ. Στη συνέχεια, οι Sandler, Holder και Dare (1970a) αναφέρουν: (5) τις αντιστάσεις που προκύπτουν από λανθασμένες και άστοχες παρεμβάσεις του θεραπευτή, (6) τις αντιστάσεις που απορρέουν από το γεγονός ότι οι αλλαγές στον θεραπευόμενο μπορεί να προκαλέσουν έντονες ρήξεις στις σχέσεις του με σημαντικά για εκείνο πρόσωπα (π.χ. ερωτικό σύντροφο), (7) τις αντιστάσεις που σχετίζονται με το φόβο της ολοκλήρωσης της θεραπείας και του συνεπακόλουθου αποχωρισμού από τον θεραπευτή, (8) τις αντιστάσεις που εγείρονται για να προστατεύσουν την αυτό-εκτίμηση του θεραπευόμενου, η οποία απειλείται καθώς η ανακίνηση ενστικτικού υλικού μπορεί να κινητοποιεί έντονη ντροπή, (9) τις αντιστάσεις που πηγάζουν από την άρνηση του

θεραπευόμενου να ξεμάθει, ή να απαλείψει, συνήθειες και παγιωμένες από το παρελθόν στάσεις (συμπεριλαμβανομένων των νευρωτικών συμπτωμάτων), αναφερόμενοι εδώ τόσο στην «αντίσταση προερχόμενη από το Εκείνο» του Freud, αλλά και γενικότερα, (10) τις χαρακτηριστικές αντιστάσεις που εξακολουθούν να παραμένουν άκαμπτες μετά τη μείωση, ή την επίλυση, των αρχικών συγκρούσεων που οδήγησαν κάποιον σε θεραπεία, (11) τις αντιστάσεις που εμφανίζονται ως «φυγή προς την υγεία» (*flight into health*), όταν δηλαδή ο θεραπευόμενος εγκαταλείπει σε άμεσο χρόνο και με τρόπο επιφανειακό τα συμπτώματα ή τα προβλήματα που τον κινητοποίησαν να ζητήσει θεραπεία, από φόβο για το κόστος που μπορεί να προκύψει εάν υπάρξει βαθύτερη επεξεργασία τους, (12) τις «διανοητικές αντιστάσεις» (*intellectual resistances*) που χρησιμοποιούνται προκειμένου να αποφευχθεί η βίωση φοβογόνων συναισθημάτων. Η εκλογίκευση, η διανοητικοποίηση κι ευρύτερα η τάση για ορθολογισμό εντάσσονται σε αυτού του τύπου τις αντιστάσεις.

Τις διανοητικές αντιστάσεις είχε περιγράψει ως ξεχωριστή κατηγορία και η Deutsch (1939), αλλά και ο Fenichel (1945). Ο τελευταίος ανέδειξε τις διανοητικές μανούβρες που χρησιμοποιεί ο θεραπευόμενος προκειμένου να αποφύγει τη θεραπεία: είτε ο ασθενής αποκηρύσσει τη θεωρητική και πρακτική εγκυρότητα της ψυχοθεραπείας προβάλλοντας μια σειρά από «λογικά» επιχειρήματα, είτε αντίθετα κατατείνεται ως ένθερμος υποστηρικτικής της ψυχοθεραπείας, για την οποία ωστόσο θεωρεί ότι δεν αφορά τον ίδιο. Η Deutsch (1939), από την πλευρά της, συμπεριέλαβε τις διανοητικές αντιστάσεις μαζί με άλλους δύο τύπους αντίστασης: τις αντιστάσεις μεταβίβασης, με ιδιαίτερο τρόπο εκφοράς τους τις εκδραματίσεις, καθώς και τις αντιστάσεις εκείνες που προκύπτουν από την ανάγκη του θεραπευόμενου να αμυνθεί απέναντι στην ανάκληση υλικού από την παιδική ηλικία. Οι διανοητικές αντιστάσεις –τυπικές στους ιδιαίτερα διανοητικούς και στους ψυχαναγκαστικούς ασθενείς, καθώς και σε εκείνους που λειτουργούν εγκεφαλικά έχοντας γενικά μπλοκαρισμένο, ή διαταραγμένο, συναίσθημα– λειτουργούν αντικαθιστώντας τη βιωματική

εμπειρία της θεραπείας με την εξ ολοκλήρου διανοητική κατανόηση. Εάν ο θεραπευτής παρασυρθεί σε αυτό το «διανοητικό παιχνίδι», τότε είναι σαν να υπάρχουν στο δωμάτιο δύο μυαλά που συνομιλούν, κατάσταση που πόρρω απέχει από το να είναι θεραπευτική.

Στη βάση ότι οι αντιστάσεις δεν συνιστούν μόνο εμπόδια στη θεραπεία αλλά και πηγές πολύτιμων πληροφοριών για τον ενδοψυχικό τρόπο λειτουργίας του θεραπευόμενου, η Anna Freud (1936) υποστήριξε ότι οι αντιστάσεις μπορούν να προσδιοριστούν σύμφωνα με τον τύπο της άμυνας που χρησιμοποιούν κατά τη θεραπευτική εργασία. Επομένως, διακρίνονται εννέα τύποι αντίστασης κατ' αναλογία με τους εννέα τύπους των μηχανισμών άμυνας τους οποίους περιέγραψε η Anna Freud και τους οποίους ανέλυσε περαιτέρω σε σχέση με τις αντιστάσεις ο Greenson (1967). Παραδείγματος χάριν, ο μηχανισμός άμυνας της απώθησης εκφράζεται ως αντίσταση όταν ο θεραπευόμενος ξεχνά το ραντεβού του, ή όταν δεν μπορεί να θυμηθεί κάτι από το παρελθόν. Η αντίσταση της μόνωσης παρατηρείται κλινικά όταν υπάρχει απόκλιση ανάμεσα σε αυτό που λέει ο θεραπευόμενος και στο συναίσθημα που εκφράζει, ή όταν οι αλλαγές που προκύπτουν μέσα στη θεραπεία δεν συνοδεύονται από αλλαγές στη ζωή του ασθενούς. Επίσης, κατά τον Glover (1955), η παλινδρόμηση εμφανίζεται ως αντίσταση όταν ο ασθενής αλλάζει το υπό επεξεργασία θέμα και παλινδρομεί σε προηγούμενα, πιο ανώδυνα ζητήματα, ενώ οι μηχανισμοί της προβολής, των αντιδραστικών σχηματισμών και της μετάθεσης επιτελούν παρόμοια λειτουργία ως αντιστάσεις, καθώς χρησιμοποιούνται, συνήθως, για να αποκηρύξουν ενστικτικές παρορμήσεις που εμφανίζονται στη μεταβίβαση.

Σε συνδυασμό με τους αμυντικούς μηχανισμούς, ο Greenson (1967) διέκρινε επίσης τις αντιστάσεις σύμφωνα με τη διαγνωστική κατηγορία. Αν και συνηθέστερα καμία απόδοση διάγνωσης δεν παρουσιάζει καθαρή μορφή, αλλά συνυπάρχει με στοιχεία επιπρόσθετων παθολογιών, συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες χρησιμοποιούν ορισμένες κυρίαρχες άμυνες –και κατ' επέκταση αντιστάσεις– που είναι χαρακτηριστικές για αυτές. Διακρίνονται

τέσσερις διαγνωστικές κατηγορίες: (α) οι υστερίες, (β) οι ιδεοψυχαναγκαστικές νευρώσεις, (γ) οι νευρωτικές καταθλίψεις, και (δ) οι χαρακτηρισολογικές νευρώσεις. Στις τελευταίες είχε ήδη αναφερθεί διεξοδικά ο Reich στο άρθρο του «*On character analysis*» (1950a). Πρόκειται για τις αντιστάσεις εκείνες που αποτελούν στοιχεία της ιδιοσυγκρασίας του υποκειμένου, σταθερά εδραιωμένες και εγγεγραμμένες στο Εγώ στάσεις και συμπεριφορές, οι οποίες συνιστούν το *modus vivendi* στον κόσμο. Δεν γίνονται φανερές από τα λόγια και τις πράξεις του θεραπευόμενου, αλλά περισσότερο από τον τρόπο με τον οποίο μιλάει και πράττει. Ο Lorand (1967) θεωρεί ότι μία κατεξοχήν χαρακτηρισολογική αντίσταση είναι η ικανότητα του υποκειμένου να κρύβει ένα συναίσθημα προβάλλοντας κάποιο άλλο, συνήθως το ακριβώς αντίθετο. Λόγου χάρη, η υπομανιακή συμπεριφορά για να κρυφτεί μια βαθύτερη κατάθλιψη, η τάση για διανοητικοποίηση και ορθολογισμό προκειμένου να αποφευχθεί η έκφραση συναισθημάτων, ο κυνισμός και η ειρωνεία για να αποφευχθεί η άμεση επιθετικότητα, η αυτό-κριτική για να αποφευχθεί ο φόβος απέναντι στην κριτική των άλλων. Όλες αυτές οι συμπεριφορές δημιουργούν έναν σκληρό πυρήνα που είναι δύσκολα προσπελάσιμος στη θεραπεία. Γενικότερα, η δυσκολία στον χειρισμό των χαρακτηρισολογικών αντιστάσεων έγκειται στο γεγονός ότι είναι, συνήθως, σύντονες με το Εγώ.

Κατά πόσον μία αντίσταση είναι γενικά εγω-συντονική (δηλαδή, αποδεκτή από το Εγώ), ή εγω-δυστονική (δηλαδή, μη-αποδεκτή από το Εγώ) αποτέλεσε μια ακόμη προσέγγιση ταξινόμησης των αντιστάσεων από τον Greenson (1967). Οι δυστονικές αντιστάσεις προς το Εγώ είναι αυτές που είναι ξένες προς το Εγώ, δηλαδή βιώνονται από το υποκείμενο ως παράδοξες και μη-οικείες. Σε αυτή την περίπτωση, ο θεραπευόμενος αντιλαμβάνεται με τη βοήθεια του θεραπευτή ότι η συμπεριφορά που επιδεικνύει στη θεραπευτική σχέση δεν αντιστοιχεί στην πραγματικότητα –υποκειμενική ή/και δι-υποκειμενική. Αντίθετα, οι σύντονες με το Εγώ αντιστάσεις δεν μπορούν να αναγνωριστούν εύκολα ως αντιστάσεις από τον θεραπευόμενο, καθώς οι εκάστοτε συμπεριφορές βιώνονται ως οικείες, εύλογες και

σκόπιμες, ενώ συνήθως συμβάλλουν στην προσαρμογή και την επιτυχία του ατόμου. Στην ψυχαναλυτική πρακτική, ο Stone (1973) αναφέρει ότι οι σύντονες προς το Εγώ αντιστάσεις σηματοδοτούν ότι ο ασθενής έχει την γνήσια αίσθηση ότι υπερασπίζεται τον εαυτό του απέναντι σε κάποιον που, ως άλλος γονέας, τον αποπλανεί, τον εξαπατά, τον βασανίζει, τον τιμωρεί, ή δεν τον αγαπά, κάποιον που σε τελική ανάλυση θα τον υποσκελίσει. Σύμφωνα με τον Greenson (1967), ο θεραπευτής θα πρέπει να ξεκινά κάθε αναλυτική εργασία με τις εγω-δυστονικές αντιστάσεις, οι οποίες είναι πιο εύκολα αναγνωρίσιμες και αναλύσιμες. Μακρόπνοος στόχος, στο πλαίσιο μιας εγκαθιδρυμένης θεραπευτικής συμμαχίας, είναι οι εγω-συντονικές αντιστάσεις να καταστούν σταδιακά ξένες προς το έλλογο Εγώ του ασθενούς.

Μια τελευταία μορφή ταξινόμησης των αντιστάσεων από τον Greenson (1967) αφορά τα σημεία καθήλωσης στα επιμέρους στάδια ψυχο-σεξουαλικής ανάπτυξης: στοματικό, πρωκτικό, φαλλικό, περίοδος λανθάνουσας σεξουαλικότητας, εφηβεία. Για παράδειγμα, εάν ο ασθενής αποφεύγει τις ανάγκες του για εξάρτηση, κάτι τέτοιο παραπέμπει σε προβλήματα που δημιουργήθηκαν κατά τη στοματική φάση ανάπτυξης. Η ταξινόμηση αυτή αντανακλά την οπτική των θεωρητικών εκείνων που προσεγγίζουν την αντίσταση από μια αναπτυξιακή σκοπιά, καθώς και από τη σκοπιά των αντικειμενότροπων σχέσεων (Erikson, Mahler, Kernberg, Kohut).

Εκπορευόμενες από τις ταξινομήσεις των αντιστάσεων βάσει των αιτιάσεων και των πηγών αντίστασης, ποικίλες μορφές αντιστάσεων αναφέρονται και ως προς την κλινική τους εμφάνιση. Στην περίπτωση αυτή, ωστόσο, υπάρχει μόνο ένα μεμονωμένο παράδειγμα συστηματοποίησης των αντιστάσεων σε επιμέρους κατηγορίες.

Η φαινομενολογία των αντιστάσεων: Προς μια ενιαία κατάταξη

Παρά τις πρότερες πολλαπλές αναφορές στους τρόπους με τους οποίους μπορεί να εκφραστεί η αντίσταση στην κλινική πρακτική, έλειπε μια ομαδοποιημένη κι ενιαία ταξινόμησή τους. Η Akira Otani (1989), αξιοποιώντας όσα είχαν γραφτεί μέχρι τότε στη σχετική βιβλιογραφία, διαμόρφωσε μια ιδιαιτέρως αναλυτική κατηγοριοποίηση, η οποία παραμένει μοναδική μέχρι σήμερα (Πίνακας 2).

Πίνακας 2

Ταξινομική κατάταξη 22 μορφών αντίστασης της Otani Akira (1989)

Κατηγορία Α' (ποσότητα αντίδρασης) Ο ασθενής σιωπάει Μιλά ελάχιστα / «δεν έχει διάθεση να μιλήσει» Πολυλογεί	Κατηγορία Γ' (τρόπος αντίδρασης) Απορρίπτει τα σχόλια του θεραπευτή Ελέγχει τις σκέψεις και τα λόγια του Εκφράζει δυσπιστία / αμφισβητεί / προκαλεί Είναι αποπλανητικός «Αποκαλύπτει» κάτι την τελευταία στιγμή Θέτει όρια στις συνεδρίες (π.χ. αποφεύγει συγκεκριμένα θέματα, αλλάζει θέμα) Προβάλλει τα προβλήματα σε εξωτερικές αιτίσεις Προσπαθεί να ευχαριστήσει / να προσελκύσει τον θεραπευτή «Ξεχνά», δεν θυμάται Δίνει ψευδείς δεσμεύσεις
Κατηγορία Β' (περιεχόμενο αντίδρασης) Ο ασθενής επικοινωνεί χωρίς να διακινούνται συναισθήματα (συγκινησιακή απροσφορότητα) / διανοητικού τύπου ομιλία Επίμονη ενασχόληση με τα συμπτώματα Μιλά για ασημαντότητες / επιφανειακά θέματα / εξωτερικά γεγονότα Εκφράζει υπερβολικό συναίσθημα Καθίλωση στο χρόνο (παρελθόν / μέλλον) Απευθύνει ρητορικές ερωτήσεις	Κατηγορία Δ' (παραβίαση πλαισίου) Καθυστερεί στις συνεδρίες / ακυρώνει ή χάνει συνεδρίες Δεν πληρώνει / καθυστερεί να πληρώσει τις συνεδρίες Ζητά προσωπικές χάρες (π.χ. συναντήσεις εκτός θεραπευτικού πλαισίου)

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, οι βασικές μορφές με τις οποίες ο θεραπευόμενος εκδηλώνει την αντίστασή του στην ψυχοθεραπεία ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες: (α) την ποσότητα της αντίδρασης, δηλαδή αν φέρνει υλικό στις συνεδρίες και πόσο υλικό φέρνει, (β) το περιεχόμενο της αντίδρασης, ήτοι τι υλικό είναι αυτό που φέρνει στις συνεδρίες, (γ) τον τρόπο αντίδρασης, που αναφέρεται στο πώς αντιδρά γενικότερα ο θεραπευόμενος στη σχέση με τον θεραπευτή, και (δ) μορφές αντίστασης που αφορούν την παραβίαση του

θεραπευτικού πλαισίου (Otani, 1989). Η ταξινόμηση αυτή, αν και δεν μπορεί οπωσδήποτε να είναι εξαντλητική ως προς τις διάφορες εκδηλώσεις αντίστασης, εντούτοις είναι αρκετά πλήρης και κατατοπιστική, ώστε ο θεραπευτής να μπορεί να διαπιστώνει έγκαιρα επιμέρους μορφές αντίστασης του ασθενή. Θα πρέπει, βέβαια, να επισημανθεί ότι κάθε εκδήλωση συμπεριφοράς από όσες περιλαμβάνονται στην ταξινόμηση δεν αποτελεί κατ' ανάγκη και απαρέγκλιτα αντίσταση, αλλά αντίσταση είναι τότε μόνο όταν εκφράζεται με κάποια συστηματικότητα, ή με τρόπο άγονο προς τη θεραπευτική διαδικασία.

Οι εκδηλώσεις αντιστάσεις που αναφέρονται στην κατηγοριοποίηση της Otani έχουν περιγραφεί παλαιότερα από άλλους συγγραφείς με ασυστηματοποίητο, όμως, τρόπο. Για παράδειγμα, τη χρήση αποστειρωμένης γλώσσας (π.χ. διανοητικού τύπου ομιλία) ως ένδειξη αντίστασης είχαν επισημάνει τόσο ο Stein (αναφ. στο Kohut, 1957, σελ. 553) όσο και ο Greenson (1967). Επίσης, η σιωπή του θεραπευόμενου θεωρείται, γενικά, ως η τυπικότερη και συχνότερη μορφή αντίστασης (Fenichel, 1945. Greenson, 1967. Lorand, 1967). Μολονότι, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι αρκετοί συγγραφείς καταδεικνύουν πως η σιωπή μπορεί να μην είναι απαραίτητα αντίσταση, αλλά να αντιπροσωπεύει την αναβίωση αρχαϊκών εμπειριών στη θεραπευτική διαδικασία (βλ. Φαλάρας, 1999). Εξάλλου, με τις λεγόμενες «σιωπηρές» αντιστάσεις, οι οποίες αφορούν σε συμπεριφορές που δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμες ως αντίσταση (π.χ. υπερβολική συγκαταβατικότητα και συμμόρφωση), έχει ασχοληθεί πλήθος μελετητών (Dewald, 1980. Fenichel, 1945. Glover, 1955. Streat, 1990).

Οι εκφάνσεις αντίστασης που φαίνεται να παραλείπονται στην ταξινόμηση της Otani (1989), ενώ έχουν αναφερθεί από άλλους συγγραφείς, περιλαμβάνουν τη χρησιμοποίηση φράσεων κλισέ ή τεχνικών όρων (π.χ. «*ξέρετε τώρα*», «*κτλ., κτλ...*», «*υστερικά συμπτώματα*»), την παρατεταμένη ευφορία στις συνεδρίες και την επανεμφάνιση συμπτωμάτων ή παλαιότερων συμπεριφορών, καθώς επίσης την ακαμψία γύρω από συνήθειες (π.χ. σταθερά

πρόωρη προσέλευση στη συνεδρία), την απουσία ονείρων, ή αντίθετα τον κατακλυσμό της συνεδρίας με όνειρα και την πλήξη του ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (Greenson, 1967). Επίσης, η παραπομπή άλλων πελατών από τον θεραπευόμενο, οι σωματοποιήσεις, οι συμπεριφορές εκδραμάτισης γενικότερα και η φυγή προς την υγεία αποτελούν περαιτέρω εκδηλώσεις αντίστασης (Stearn, 1990). Αναμφίβολα, η μέγιστη εμφάνιση αντίστασης είναι όταν ο θεραπευόμενος διακόπτει πρόωρα τη θεραπεία, στερώντας με αυτό τον τρόπο από τον θεραπευτή οποιαδήποτε δυνατότητα παρέμβασης.

Συμπερασματικά, οι αντιστάσεις εμφανίζονται με περίπλοκους τρόπους και μέσα από ποικίλους συνδυασμούς, τόσο που οποιαδήποτε συμπεριφορά μπορεί να υπηρετήσει τη λειτουργία της αντίστασης. Όλες οι επιμέρους προσπάθειες κατάταξης των αντιστάσεων έχουν νόημα σε κλινικό επίπεδο, καθώς συμβάλλουν να διερευνηθεί το *πώς*, το *γιατί* και το *πότε* ένας θεραπευόμενος εκφράζει μια συγκεκριμένη αντίσταση, διαδικασία η οποία αποτελεί την ελάχιστη προϋπόθεση για την αντιμετώπιση των αντιστάσεων. Η επιλογή μιας συγκεκριμένης μορφής αντίστασης αποτελεί πολύτιμη πηγή πληροφόρησης για την κατάσταση που επικρατεί στον ψυχικό κόσμο κάθε ασθενή, στη δεδομένη φάση. Επομένως, οι αντιστάσεις δεν εγκυμονούν αποκλειστικά, ή απαραίτητα, κινδύνους, αλλά παράλληλα εγκυμονούν και καρπούς. Από ποια πλευρά θα κλίνει περισσότερο η πλάστιγγα εξαρτάται από πολλαπλούς και μοναδικούς, σε κάθε περίπτωση, παράγοντες. Γενικότερα, πάντως, φαίνεται να προέχει αυτό που επισήμανε η Deutsch (1939), ότι η θεραπευτική διαδικασία θα πρέπει να διαμορφώσει μια καλύτερη ψυχική οικονομία στον εσωτερικό κόσμο του ασθενή, ώστε να αντικατασταθεί με κάτι θετικότερο για την ψυχική υγεία αυτό το οποίο η αντίσταση έρχεται να προστατεύσει. Όπως το περιγράφει χαρακτηριστικά ο Brenner (1982), τη ρύθμιση της εσωτερικής δυσaráσκείας, η οποία προκαλείται είτε από αγχώδες είτε από καταθλιπτικό συναίσθημα. Τη θετική αυτή οπτική της αντίστασης επισημαίνουν οι σύγχρονοι θεωρητικοί της ψυχαναλυτικής / ψυχοδυναμικής θεωρίας, όπως περιγράφεται στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η θετική διάσταση της αντίστασης: σύγχρονες θεωρητικές και κλινικές απόψεις

Ένας από τους θεωρητικούς πυλώνες της ψυχαναλυτικής θεωρίας, η αντίσταση, ορίστηκε εξ αρχής από τον εμπνευστή της ως φαινόμενο που συνοδεύει τη θεραπεία βήμα προς βήμα και το οποίο αφορά σε οτιδήποτε λέει ή κάνει ο θεραπευόμενος που εμποδίζει την πρόοδο της αναλυτικής εργασίας (Freud, 1912/1958a, 1920/1955b). Ο διττός αυτός ορισμός έχει πολλαπλές θεωρητικές και κλινικές επιπτώσεις στον τρόπο αντιμετώπισης της αντίστασης μέχρι σήμερα, πολλές εκ των οποίων μάλιστα υποπίπτουν σε αντιφάσεις. Η πλέον προφανής αντίφαση έγκειται στο εξής: εάν όντως η αντίσταση είναι τόσο κεντρική στην ψυχοθεραπεία ώστε να είναι πανταχού παρούσα, τότε πώς είναι δυνατό να αφορά μόνο σε αρνητικές ψυχολογικές παραμέτρους; Πώς μπορεί να έχει αποκλειστικά αρνητικό ρόλο –ως εμπόδιο και αντίθεση προς τους στόχους της θεραπείας– όταν συνοδεύει *κάθε* αντίδραση του θεραπευόμενου; Τα ερωτήματα αυτά ήρθαν στο προσκήνιο σχετικά πρόσφατα στο πεδίο της ψυχανάλυσης και απασχολούν μέχρι και σήμερα ερευνητές και κλινικούς. Για παράδειγμα, ο Luborsky (Luborsky, Barber, & Crits-Cristoph, 1990), ένας από τους σημαντικούς ερευνητές στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, έχει προτάξει την αντίσταση ως μία από τις βασικές έννοιες που χρήζουν περαιτέρω εμπειρικής διερεύνησης. Πέραν όμως της ερευνητικής τεκμηρίωσης, πολλοί σύγχρονοι θεωρητικοί της ψυχανάλυσης ασχολήθηκαν με την αντίσταση, προτείνοντας ένα πιο ολιστικό πρίσμα κατανόησης και αντιμετώπισής της, το οποίο, παρότι δεν διαφοροποιεί αυτόν καθ' αυτόν τον τρόπο ορισμού της, δηλώνει μια μεταστροφή στη σημασία που αποδίδεται στην αντίσταση κατά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Αμφισβήτηση της (αρνητικής) σημασίας της έννοιας της αντίστασης

Το βέβαιο είναι ότι στη φροϋδική θεωρία, η αντίσταση ορίστηκε ως ένα ενδοψυχικό φαινόμενο που αντανακλά την εσωτερική σύγκρουση του θεραπευόμενου ανάμεσα στις δυνάμεις εκείνες που κατατείνουν προς τη θεραπεία και την ψυχική αλλαγή και τις αντίθετες δυνάμεις που εμποδίζουν έναν τέτοιο προσπορισμό. Όπως το περιγράφει η Ornstein (αναφ. στο Samberg, 2003, σελ. 6), πρόκειται για τα ασυνείδητα εμπόδια να αλλάξει κανείς ό,τι επιθυμεί συνειδητά. Στα φροϋδικά κείμενα, η αντίσταση επικράτησε ως αμυντική διεργασία του Εγώ, συνδεδεμένη με όρους αρνητισμού και αντίθεσης, και παρά τις όποιες αιχμές για μια πιο διευρυμένη αντιμετώπισή της στο πλαίσιο της μεταβίβασης, η αντίσταση παρέμεινε τελικά ένα αρνητικό ενδοπροσωπικό φαινόμενο που αντίκειται στη θεραπεία. Ως συνέπεια των φροϋδικών ορισμών, το παράδοξο φαινόμενο, ο ασθενής που προσέρχεται για θεραπεία προκειμένου να επιλύσει κάποια προβλήματά του να προτάσσει τα ίδια αυτά προβλήματα ενάντια στην προσπάθεια επίλυσής τους, αποδόθηκε διαχρονικά με όρους αρνητικούς. Η μονομερής αρνητική αντιμετώπιση της αντίστασης αντανακλάται και σε σχετικό ορισμό ότι *«αντίσταση είναι πάντοτε το κίνητρο για αρνητική συμπεριφορά σε μια (ψυχ-) ανάλυση»* (Lorand, 1967, σελ. 174).

Η αντίσταση συνδέθηκε με την τάση του θεραπευόμενου για έλλειψη συνεργασιμότητας και ανταγωνισμό προς τον θεραπευτή (Messer, 2002), με την αντίδρασή του απέναντι στους κανόνες της θεραπείας και απέναντι στην εξουσία του θεραπευτή να θέσει το θεραπευτικό πλαίσιο (Adler & Bachant, 1998), με συμπεριφορές εναντίωσης και αντιπαλότητας (Lewis & Evans, 1986) και με αρνητικά ψυχολογικά φαινόμενα, όπως η αρνητική θεραπευτική αντίδραση, η αρνητική μεταβίβαση, οι εκδραματίσεις και ο πρόωρος τερματισμός της θεραπείας (Strean, 1990). Ακόμα και σήμερα, οι θεραπευτές συνηθίζουν να εξηγούν προβλήματα που ανακύπτουν στη θεραπευτική σχέση, ή γενικότερα στη θεραπευτική διαδικασία, με όρους ενδογενούς αντίστασης του θεραπευόμενου, υποδηλώνοντας ότι τα

προβλήματα αυτά προκύπτουν από υπαιτιότητα του θεραπευόμενου λόγω των προσωπικών δυσκολιών και της παθολογίας του.

Συνδεδεμένη διαχρονικά με όρους αρνητικούς και ως φαινόμενο που περικλείει τα πάντα της θεραπευτικής διαδικασίας, η αντίσταση αποτέλεσε μια «προκατειλημμένη» έννοια που, ενίοτε, απορρίφθηκε συλλήβδην. Ο Kohut (1956) αμφισβήτησε τον αρχικό ορισμό του Freud για την αντίσταση, λόγω της πλατιάς και ενδοψυχικής της διάστασης. Ο Tuckett (2003) υποστήριξε ότι η έννοια της αντίστασης ανήκει σε μια ιστορική φάση, μια φάση που ο θεραπευτής ήταν αυτός που «γνώριζε» και ο θεραπευόμενος αυτός που αντιστεκόταν σε αυτή τη «γνώση». Κατά τον Tuckett (2003), η έννοια της αντίστασης έχει υπερκεραστεί στο πέρασμα του χρόνου από περισσότερο περιεκτικές έννοιες, οι οποίες συμβάλλουν καλύτερα στην κατανόηση εκείνων των μηχανισμών που οδηγούν σε ψυχική αλλαγή. Περιορίσε δε τη χρησιμότητά της στο πλαίσιο της αντιμεταβίβασης του θεραπευτή. Ο Cooper (αναφ. στο Samberg, 2003, σελ. 1) αναφέρθηκε στην τάση πολλών ψυχαναλυτών να θεωρούν την αντίσταση έννοια παρωχημένη, καθώς παραπέμπει σε δυναμικά αντιπαλότητας και απολυταρχισμού. Παράλληλα, αμφισβήτησε τη χρησιμότητά της ως κλινικό όρο, μιας και η αντίσταση έχει αναφορές σε πολλά διαφορετικά φαινόμενα της θεραπευτικής διαδικασίας (π.χ. μεταβίβαση, εσωτερικές συγκρούσεις, ναρκισσιστική απειλή απέναντι στην ερμηνεία του θεραπευτή και άγχος απέναντι στην αλλαγή και την απώλεια του οικείου).

Σε αντιδιαστολή, όμως, αυτών των απορριπτικών τάσεων απέναντι στην έννοια της αντίστασης, πλήθος θεωρητικών της ψυχανάλυσης τόνισαν τη σημασία της επικράτησής της τόσο σε θεωρητικό όσο και σε κλινικό επίπεδο. Στο πλαίσιο αυτό, μάλιστα, αναδείχθηκε η ανάγκη επαναπροσδιορισμού και επανατοποθέτησης του παραδοσιακού τρόπου κατανόησης της αντίστασης, υπό το φως σύγχρονων ψυχαναλυτικών θεωρήσεων.

Μεταστροφή προς μια θετική οπτική της αντίστασης

Προς αυτή την κατεύθυνση, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το έργο του Schafer (1973). Ο Schafer εξηγεί το αρνητικό πρόσημο της αντίστασης υποστηρίζοντας ότι μία τέτοια διάσταση ήταν αναπόφευκτη στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής θεωρίας, η οποία έχει θεμελιωθεί στην έννοια της σύγκρουσης. Εξάλλου, σύμφωνα με τον Schafer (1973), στην ψυχαναλυτική θεωρία υπάρχουν μια σειρά από όροι που συνιστούν μια γλώσσα αρνητισμού, αλλά και μια ατελή οπτική των πραγμάτων, κι ως εκ τούτου δυνάμει μη-αναλυτική. Μεταξύ των όρων αυτών βρίσκεται και η αντίσταση. Η έννοια της αντίστασης –όπου η έμφαση βρίσκεται σε αυτό που δεν κάνει κάποιος, σε αυτό στο οποίο είναι *αντί, ενάντια*– καταλήγει αναπόδραστα να έχει αρνητική και εν τέλει μειωτική χροιά. Ωστόσο, όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει ο Schafer (1973), οποιαδήποτε μονομερής εξέταση των πραγμάτων συνιστά την πλέον ισχυρή αντίσταση. Συνεπώς, η απόδοση αρνητικών, κυρίως, διαστάσεων στην έννοια της αντίστασης, συνιστά αντίσταση *per se*.

Υπό ένα διαφορετικό πρίσμα, η αντίσταση του θεραπευόμενου στη θεραπεία του αποτελεί μία αφαίρεση. Είναι, δηλαδή, αυτό που μένει εάν αφαιρέσει κανείς ό,τι δεν κάνει, σε σχέση με το σύνολο της πράξης του, η οποία περιλαμβάνει ταυτόχρονα πολύπλευρες και διαφορετικές συνιστώσες, πολλές εκ των οποίων έχουν κατεξοχήν θετικό χαρακτήρα. Ένας ασθενής, παραδείγματος χάριν, που δεν δέχεται τις ερμηνείες του θεραπευτή σε σχέση με τα προβλήματά του –συμπεριφορά που αποτελεί μια μορφή απόρριψης– μπορεί ταυτόχρονα να επιδιώκει να προστατεύσει την ψυχική του ισορροπία, η οποία χαρακτηρίζεται από ευαλωτότητα (Mander, 2005). Έτσι, μια κατεξοχήν αρνητική συμπεριφορά αποκτά θετική διάσταση όταν την εξετάσει κανείς στο σύνολό της, συμπεριλαμβάνοντας όχι μόνο αυτό στο οποίο εναντιώνεται ο ασθενής, αλλά και αυτό το οποίο επιδιώκει να διασφαλίσει, συχνά την ίδια την αίσθηση της ψυχικής επιβίωσης.

Οι απόψεις του Schafer (1973) θα μπορούσαν να θεωρηθούν η επιτομή της μεταστροφής των ψυχαναλυτικών απόψεων απέναντι στην έννοια της αντίστασης. Οι σύγχρονες τάσεις επικεντρώνονται πλέον σε τρία σημεία για μια πιο ολοκληρωμένη περιγραφή της αντίστασης. Πρώτον, η αντίσταση δεν αντιμετωπίζεται ως «ανταγωνιστής» της θεραπείας, ως τροχοπέδη της θεραπευτικής προόδου, αλλά μάλλον ως «σύμμαχος» της θεραπευτικής διαδικασίας και της θεραπευτικής εξέλιξης (Messer, 2002. Miller, 2003). Δεύτερον, η αντίσταση δεν θεωρείται πια ένα αποκλειστικά ενδοπροσωπικό φαινόμενο που οφείλεται σε εσωτερικές συγκρούσεις, άμυνες και την ευρύτερη ψυχοπαθολογία του θεραπευόμενου, αλλά αντίθετα έχει διαπροσωπική διάσταση, καθώς συν-κατασκευάζεται στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου (Adler & Bachant, 1998. Blatt & Erlich, 1982. Karlsson, 2004. Samberg, 2003. Van Denburg & Kiesler, 2002). Τρίτον, η αντίσταση δεν αποτελεί μια αναχρονιστική έννοια στο πεδίο της ψυχοθεραπείας, αλλά τουναντίον η ανάλυση των αντιστάσεων θεωρείται πως *είναι* η θεραπεία αυτή καθ' εαυτή (Messer, 2002. Samberg, 2003). Οι σύγχρονες αυτές διαστάσεις της αντίστασης αλληλοσυμπληρώνονται. Η μία εκπορεύεται από την άλλη και ταυτόχρονα καθεμία συνεπάγεται την άλλη. Παρόλο που δείγματα αυτών των διαστάσεων ενυπήρχαν τόσο στα φροϋδικά κείμενα, όσο και αργότερα στην πορεία της ψυχανάλυσης, το καινοτόμο στοιχείο έγκειται στη διευρυμένη νοηματοδότηση όσον αφορά την έννοια της αντίστασης, από κάτι κατεξοχήν αρνητικό σε κάτι με προεξάρχουσες θετικές συνιστώσες. Μία τέτοια μετατόπιση στη θετική έμφαση ενισχύει τη θεραπευτική σχέση και εμπνέει ευρύτερες δυνατότητες σε επίπεδο θεραπευτικής παρέμβασης (Wachtel, 1999).

Η θετική διάσταση της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία ανακύπτει σε πολλούς ψυχαναλυτικούς ορισμούς, οι οποίοι αντιμετωπίζουν την αντίσταση από μια πιο ολιστική σκοπιά. Ο Schafer (1973) υποστήριξε ότι η ανάλυση των αντιστάσεων αφορά την ανάλυση ενός ατόμου στην ολότητά του, ή όπως αλλιώς το διατύπωσε, «*η αντίσταση δεν είναι τα*

πάντα, αν και είναι ένας τρόπος να βλέπεις τα πάντα» (Schafer, 1973, σελ. 283). Ο θεραπευόμενος είναι αναγκασμένος να αντιστέκεται, αλλά αυτό δεν συμβαίνει ως κάτι μηχανιστικό και αυθύπαρκτο. Εκδηλώνοντας αντίσταση ο θεραπευόμενος μάλλον αυτό-απατάται και για αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία η αλλαγή νοηματοδότησης της αντίστασης από τον θεραπευτή (Schafer, 1973). Για τον Messer (2002), η αντίσταση είναι ο τρόπος που οι ασθενείς παρουσιάζουν τον εαυτό τους στον κόσμο, γενικότερα, και στον θεραπευτή, ειδικότερα. Η Horner (2005) συσχέτισε την αντίσταση με τα «πυρηνικά συγκρουσιακά πρότυπα σχέσεων» (*core conflictual relationship patterns*), για τα οποία οι Luborsky, Crits-Christoph, Mintz και Auerbach (1988) έδειξαν εμπειρικά ότι οι επιτυχημένες θεραπείες περιλαμβάνουν την αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτών των πυρηνικών προβλημάτων, ανεξάρτητα από τα παρόντα προβλήματα για τα οποία προσέρχεται κανείς σε ψυχοθεραπεία. Όπως γλαφυρά περιέγραψε η Horner (2005), η ενασχόληση με τα προβλήματα γάμου ή δουλειάς για τα οποία μπορεί, για παράδειγμα, να παραπονιέται ένας θεραπευόμενος, χωρίς να συνεξετάζονται οι βαθύτερες ασυνείδητες επιθυμίες, οι φόβοι και οι άμυνες που συνοδεύουν αυτά τα προβλήματα και τα οποία προέρχονται από πρωϊμότερες αναπτυξιακές συγκρούσεις, μοιάζει σαν να κοιτάζεται κανείς στον καθρέφτη, να βλέπει ότι έχει κάποια βρωμιά στη μύτη του και μετά να παίρνει ένα χαρτομάντιλο και να προσπαθεί να καθαρίσει τη βρωμιά στην αντανάκλασή του στον καθρέφτη. Υπό αυτή την έννοια, τα προβλήματα στο εδώ-και-τόρα δεν είναι παρά αντανakλάσεις βαθύτερων συγκρούσεων στο εκεί-και-τότε. Στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, κάτι τέτοιο σημαίνει ότι οι αντιστάσεις του θεραπευόμενου δεν είναι τίποτε άλλο παρά εκφράσεις των βασικών παραμορφώσεων στον τρόπο σχετίζεσθαι με τους άλλους (Blatt & Erlich, 1982).

Θεωρητικά θεμέλια της θετικής διάστασης της αντίστασης

Οι σύγχρονες απόψεις περί των θετικών διαστάσεων της αντίστασης εφορμούνται από το γενικότερο ψυχαναλυτικό ενδιαφέρον, τα τελευταία πενήντα χρόνια, αναφορικά με τους πιο αρχαϊκούς μηχανισμούς άμυνας (π.χ. σχάση, προβλητική ταύτιση, άρνηση), άμυνες που ανήκουν στην προ-οιδιπόδεια περίοδο. Με την ανάπτυξη της θεωρίας των αντικειμενότροπων σχέσεων και της Ανεξάρτητης Σχολής, αναδείχθηκε η κεντρικότητα της προ-οιδιπόδειας φάσης στην οργάνωση της προσωπικότητας. Οι Adler και Bachant (1998) υποστηρίζουν ότι από τη στιγμή που η πρώιμη σχέση μητέρας-παιδιού άρχισε να κατέχει κεντρική θέση στις θεωρίες περί ψυχικής οργάνωσης, η διά βίου εσωτερική πάλη γύρω από θέματα προσκόλλησης και αποχωρισμού, εξάρτησης και ανεξαρτησίας, καθώς και γύρω από τις απώλειες που συνοδεύουν τις ανατροπές της παιδικής ηλικίας τοποθετούνται στον πυρήνα της ανάλυσης των αντιστάσεων. Έκτοτε, η αντίσταση ορίστηκε περισσότερο με όρους διαπροσωπικούς, με την ενδοπροσωπική διάσταση να περιορίζεται στην έννοια της άμυνας (Samberg, 2003). Ως σχεσιακό φαινόμενο, το οποίο αναπτύσσεται στη θεραπευτική дуάδα ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο, η αντίσταση άρχισε σταδιακά να χρησιμοποιείται με πιο θετικό τρόπο, παρά σαν ένα *impasse* της θεραπείας. Η μετατόπιση της ψυχανάλυσης στην προ-οιδιπόδεια φάση ανάπτυξης οδήγησε σε κριτική της ορθόδοξης ψυχαναλυτικής σκοπιάς της αντίστασης. Ο Schafer (1973) περιέγραψε πώς ο τρόπος με τον οποίο ο Freud όριζε την αντίσταση, ως μορφή αντίθεσης του αναλυόμενου απέναντι στην εξουσία του αναλυτή, αφενός μεν δεν άφηνε περιθώρια για μια θετική αντιμετώπιση της αντίστασης, αφετέρου δε συνέδεε την αντίσταση με την οιδιπόδεια εχθρότητα και αντίθεση του παιδιού προς την εξουσία του πατέρα, προτάσσοντας ένα πατριαρχικό μοντέλο κατανόησης της αντίστασης.

Το μοντέλο αυτό, το οποίο έδινε έμφαση στο άγχος ευνουχισμού, απέκλειε τις προγενετήσιες επιδράσεις στην ψυχική οικονομία, επιδράσεις οι οποίες λαμβάνουν χώρα στην

προ-οιδιπόδεια σχέση μητέρας-παιδιού. Σε αντιπαράβολή με την πατρική εξουσία, που μπορεί δυνάμει να απειλήσει τη ναρκισσιστική ακεραιότητα του παιδιού, ο Schafer (1973) αναφέρθηκε στη μητρική εξουσία, η οποία συνδέεται με την αγωνία εκμηδένισης και αφανισμού. Η βιολογική και ψυχοσυναισθηματική εξάρτηση του βρέφους από τη μητέρα για την επιβίωσή του, προσδίδει στη μητέρα τεράστιες δυνάμεις, τέτοιες που το άγχος για την απώλεια της ίδιας, ή της αγάπης της, να προκαλεί άγχος αφανισμού. Άγχος που βάλλει την ίδια την αξία κάποιου να ζει και να υπάρχει, πολλώ δε μάλλον την αξία να αγαπά και να αγαπιέται. Εξάλλου, σε αυτή την αναπτυξιακή φάση, το βρέφος καλείται να αντιμετωπίσει το δίλημμα συγχώνευσης με τη μητέρα και, από την άλλη, να δώσει τη μάχη για τη διαφοροποίησή του από εκείνη. Όπως επισημαίνεται από την Τσαλίκoglou (2008), η επιθυμία συγχώνευσης εναλλάσσεται με την επιθυμία διαφοροποίησης. Η τοποθέτηση της αντίστασης σε αυτή τη θεματική διεύρυνε την κατανόησή της, από κάτι που συνιστά εναντίωση, σε κάτι που δρα προστατευτικά για τον ψυχισμό.

Πιο συγκεκριμένα, ο Schafer (1973) υποστήριξε ότι συχνά η αντίσταση ενός θεραπευόμενου απέναντι στον θεραπευτή του αντανάκλα την αντίσταση του βρέφους απέναντι στην εξουσία της αρχαϊκής μητέρας, στις προσπάθειες του για αποφυγή της συγχώνευσης με εκείνη και παράλληλα για αυτονόμηση, για διαφοροποίηση και για διαμόρφωση της δικής του ξεχωριστής υπόστασης. Έτσι, η εναντίωση απέναντι σε μια παρέμβαση του θεραπευτή, ή γενικότερα, η δύσπιστη και εχθρική στάση ενός θεραπευόμενου, μπορούν να κατανοηθούν με θετικούς όρους, ως μια προσπάθεια διατήρησης της διαφορετικότητας, καθώς κατά τη θεραπευτική διαδικασία θεραπευόμενος και θεραπευτής έρχονται εκ νέου αντιμέτωποι με δυναμικά συγχώνευσης και εξάρτησης.

Ο ρόλος των πολλαπλών λειτουργιών της αντίστασης

Ένα προεξάρχον χαρακτηριστικό της αντίστασης, υπό τη σύγχρονη οπτική της, είναι ότι καλύπτει πολλαπλές λειτουργίες (*multiple function*). Κλινικά, η αντίσταση παίρνει πολλές διαφορετικές μορφές, από την ενσυνείδητη προσπάθεια απόκρυψης προσωπικών στοιχείων έως την ασυνείδητη και παρορμητική συμπεριφορά εκδραμάτισης. Αντίσταση μπορεί να εκφράζεται με τις ακυρώσεις των θεραπευτικών συνεδριών, αλλά και στην καταναγκαστική προσπάθεια να είναι κανείς συνεπής στην ώρα του ραντεβού, στην εκλογίκευση και τη μόνωση του συναισθήματος, αλλά και στην υπερβολική έκφραση συγκεκριμένων συναισθημάτων, στην εμφάνιση νέων συμπτωμάτων, ή την αιφνίδια εξάλειψη των παλαιότερων συμπτωμάτων και τη φυγή προς την υγεία, στην εξαντλητική συζήτηση για τη θεραπευτική σχέση προκειμένου να αποφύγει κανείς να αφεθεί συναισθηματικά σε αυτή, για να αναφερθούν μερικές μόνο από τις πολλαπλές εκφάνσεις της αντίστασης.

Σύμφωνα με τους Bateman και Holmes (1995), ο ρόλος της πολλαπλής λειτουργίας των αντιστάσεων αναδεικνύεται σε διαφορετικές διαστάσεις του ψυχισμού, όπως έχουν αναφερθεί για παράδειγμα η ανάγκη προστασίας της αυτό-εκτίμησης σε οριακούς και ναρκισσιστικούς ασθενείς (Kernberg, 1988. Kohut, 1977. Rosenfeld, 1971), η διατήρηση μιας ευάλωτης ταυτότητας (Erikson, 1968), η διατήρηση της εσωτερικής ασφάλειας (Sandler, 1968), και η αποφυγή ενσωμάτωσης της εμπειρίας (Thoma & Kachele, 1987). Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ερμηνεία της σιωπής του θεραπευόμενου κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής ώρας. Η σταθερά σιωπηλή στάση του θεραπευόμενου στη συνεδρία έχει θεωρηθεί ως μία από τις πλέον καταφανείς εκδηλώσεις αντίστασης (Greenson, 1967). Ο θεραπευόμενος, με τη σιωπή του, αποσιωπά κάτι, δεν το λεκτικοποιεί ούτε το μοιράζεται με τον θεραπευτή του, κι ως εκ τούτου αντιστέκεται σε οποιαδήποτε δυνατότητα περαιτέρω διερεύνησης και επεξεργασίας. Με βάση, ωστόσο, την πολλαπλή λειτουργία των αντιστάσεων, η σιωπή του θεραπευόμενου μπορεί να κατανοηθεί με θετικό τρόπο, εάν λάβει

κανείς υπόψη την ψυχική αναγκαιότητα που επιτάσσει τη σιωπή ενός ασθενούς. Μέσω της σιωπής του, ο θεραπευόμενος διαμηνύει, συχνά, πρώιμες ψυχικές εμπειρίες της προ-λεκτικής περιόδου, τότε που η σχέση με τη μητέρα βασιζόταν σε μη-γλωσσικούς κώδικες. Ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του ασθενούς, τη φάση της θεραπείας και τη στάση του θεραπευτή, η σιωπή του θεραπευόμενου, υπό αυτή την οπτική, μπορεί να έχει διαφορετικές προελεύσεις και προεκτάσεις. Είτε αντανακλά ένα πρώιμο ψυχικό τραύμα (Guttman, 1960), είτε είναι δείγμα παλινδρόμησης του ασθενούς στην υπηρεσία της θεραπείας (βλ. σχετικά στο Φαλάρας, 1999), είτε συνιστά προσπάθεια να εκφραστούν βαθύτερες συναισθηματικές ανάγκες για αγάπη, προσοχή και ενδιαφέρον από τον θεραπευτή (Lorand, 1967), σε κάθε περίπτωση αυτό που εκ πρώτης αντιμετωπίζεται ως αντίσταση στον βασικό κανόνα της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, τον ελεύθερο συνειρμό, αποτελεί τελικά το κύριο έρεισμα για να αναδυθούν βασικά ζητήματα του ασθενούς.

Κατά αντιστοιχία, έχει υποστηριχθεί ότι και άλλες, ιδιαίτερα δύσκολες στο χειρισμό, μορφές αντίστασης, όπως είναι οι συμπεριφορές εκδραμάτισης, δεν θα πρέπει να αποδίδονται μονομερώς στον θεραπευόμενο, αλλά μάλλον θα πρέπει να κατανοούνται ως «κατασκευή» που προκύπτει από κοινού στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης (Kayatekin & Plakun, 2009). Ο ρόλος της θεραπευτικής συμμαχίας, λόγου χάρη, στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των αποπειρών αυτοκτονιών, ως ακραία μορφή αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, θεωρείται τόσο σημαντικός ώστε έχει αναπτυχθεί μια εξειδικευμένη μορφή παρέμβασης βασισμένη στη θεραπευτική συμμαχία (*Alliance-Based Intervention for Suicide-ABIS*) (Plakun, 2009).

Επομένως, με το χαρακτηριστικό των πολλαπλών λειτουργιών, τα διάφορα φαινόμενα αντίστασης συμβάλλουν στις προσπάθειες του θεραπευτή παρά αντιτίθενται προς αυτές, προσδιορίζοντας και αναδεικνύοντας σημαντικές περιοχές του ψυχισμού του ασθενούς που χρήζουν περαιτέρω θεραπευτικής επεξεργασίας, ή/και διαφορετικής θεραπευτικής

αντιμετώπισης (Adler & Bachant, 1998). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Mouque (2005), «η αντίσταση κρατά τα κλειδιά για όλα όσα έχουν απωθηθεί» (σελ. 163).

Η ωφελιμότητα της αντίστασης στην κλινική πράξη

Εάν πλέον το ευκαίο σε μια ψυχοθεραπεία δεν είναι τόσο η αποφυγή, ή η κάμψη, των αντιστάσεων, αλλά μάλλον η θετική νοηματοδότηση και η αξιοποίησή τους για τους σκοπούς της θεραπείας, έχει ιδιαίτερη σημασία να αναφερθεί η ωφελιμότητα της αντίστασης. Με άλλα λόγια, να απαντηθεί το ερώτημα πού οφείλεται το γεγονός η αντίσταση είναι μάλλον ένα φαινόμενο θετικό παρά ένα «ανάθεμα», όπως είχε περιγραφεί αρχικά. Μια πρώτη απάντηση θα μπορούσε να είναι η εξής: διότι η αντίσταση φαίνεται να είναι ο μόνος διαθέσιμος τρόπος του θεραπευόμενου να διαμηνύσει στον θεραπευτή κεντρικά θέματα που τον απασχολούν, τα οποία δεν μπορεί να θίξει διαφορετικά, καθώς του προκαλούν ανυπόφορο ψυχικό πόνο (ή ντροπή, φόβο, ενοχή). Δεν είναι, δηλαδή, οι αντιστάσεις αντίστοιχες μόνο της ονειρικής «λογοκρισίας», όπως παρομοιάστηκαν αρχικά (Freud, 1900/1953b), καθώς συγκαλύπτουν, τροποποιούν και παραμορφώνουν το περιεχόμενο όσων φέρνει ο ασθενής στη θεραπεία. Φαίνεται να είναι, ταυτόχρονα, μία πολύτιμη οδός πρόσβασης στο ασυνείδητο του ασθενούς, αν και σίγουρα η οδός αυτή είναι πιο δύσβατη και τραχεία, αλλά και μια οδός που τη διαβαίνουν πάντοτε ασθενής και θεραπευτής, μαζί¹.

Επομένως, η αντίσταση δεν συνιστά τόσο ένα πρόβλημα ή έναν περιττό περισπασμό που προκαλεί αναστάτωση στη διαδικασία της ψυχοθεραπείας, κι ως τέτοια θα πρέπει να προληφθεί, να ξεπεραστεί και να καμφθεί. Η αποδοχή της ωφελιμότητας της αντίστασης είναι ένας εναλλακτικός τρόπος αντιμετώπισής της. Δηλαδή, η θεώρηση της αντίστασης ως πηγή και δυνατότητα περαιτέρω ενίσχυσης του θεραπευτικού έργου. Οι Davy και Cross (2004) διευρύνουν περαιτέρω τη θετική ερμηνεία των αντιστάσεων, προβάλλοντας τις εξής

¹ Σε αντιδιαστολή με το όνειρο, που έχει περιγραφεί ως η «βασιλική οδός» πρόσβασης στο ασυνείδητο (Freud, 1900/1953b).

θετικές διαστάσεις: (α) η αντίσταση μπορεί να κατανοηθεί ως μια επιπλέον πλούσια πηγή πληροφόρησης για τον θεραπευόμενο, για τα προβλήματα και για τους τρόπους με τους οποίους τα διαχειρίζεται, (β) η αντίσταση μπορεί να ερμηνευθεί ως ανατροφοδότηση εκ μέρους του θεραπευόμενου αναφορικά με τη θεραπεία, ώστε ο θεραπευτής να επιλέξει την τροποποίηση κάποιων θεραπευτικών παρεμβάσεων ή τεχνικών, (γ) η αντίσταση μπορεί να κατανοηθεί ως ένας τρόπος επικοινωνίας ανάμεσα στον θεραπευόμενο και τον θεραπευτή, για ζητήματα που διαφορετικά δεν θα μπορούσαν να ρηματοποιηθούν, και (δ) η αντίσταση μπορεί να κατανοηθεί ως μια ιδιαίτερα γόνιμη ευκαιρία να αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας σημαντικά θέματα του θεραπευόμενου που αφορούν στις σχέσεις του με τους άλλους. Εν κατακλείδι, φαίνεται πως όλες οι προαναφερθείσες θετικές συνιστώσες της αντίστασης βασίζονται στην άποψη ότι η αντίσταση συνιστά τη «φωνή» των αποσιωπημένων, απωθημένων, συγκρουσιακών και αποκηρυγμένων πλευρών του θεραπευόμενου.

Στο παρακάτω κλινικό παράδειγμα, αναδεικνύεται η αντίσταση ως μέσο πρόσβασης στις βασικές εσωτερικές συγκρούσεις του ασθενή. Η θεραπευόμενη, μία εικοσάχρονη κοπέλα, απεύθυνε πληθώρα προσωπικών ερωτήσεων προς τη θεραπεύτρια, στις πρώτες τρεις συνεδρίες, έχοντας συνήθως μια στάση επιθετικότητας και αρνητισμού. Στη συνεδρία που ακολούθησε τη θέσπιση του θεραπευτικού συμβολαίου (4^η συνεδρία) δεν προσήλθε στο προγραμματισμένο ραντεβού, χωρίς ειδοποίηση. Το έκδηλο υλικό που είχε φέρει στην τελευταία συνάντηση αφορούσε στην ανάγκη της να αναπτύσσει «ουσιαστικές και βαθιές» σχέσεις, παρά σχέσεις «απρόσωπες» και «επιφανειακές», όπως αυτές που συνήθιζε να κάνει στο διαδίκτυο. Παράλληλα, όμως, ανέφερε πόσο οι σχέσεις στο διαδίκτυο τη χαλάρωναν και την έκαναν να γελά, ενώ στις στενές φιλικές σχέσεις, που είχε συνάψει μέχρι τότε, είχε εισπράξει απόρριψη, εγκατάλειψη και αφόρητο ψυχικό πόνο. Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ότι η μη-προσέλευση στην τέταρτη συνεδρία, αν και αποτελεί έκδηλη μορφή αντίστασης,

ταυτόχρονα αναδεικνύει σημαντικές ασυνείδητες πτυχές των συγκρούσεων και των βαθύτερων φόβων που βιώνει η κοπέλα αυτή σε ενδοψυχικό και σε διαπροσωπικό επίπεδο. Η μη-προσέλευσή της σε εκείνη τη συνεδρία που ακολούθησε τη θέσπιση του θεραπευτικού συμβολαίου, ως «επίσημο» σημείο έναρξης της θεραπευτικής σχέσης και της δέσμευσης σε αυτή, αντανakλά τις δυσκολίες της θεραπευόμενης σε θέματα εξάρτησης και απόστασης. Τα θέματα αυτά αποκτούν δε ένα πρόσθετο ειδικό βάρος, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικιακή φάση στην οποία βρίσκεται η θεραπευόμενη: πρόσφατη ενηλικίωση και συνεπακόλουθος ψυχικός αποχωρισμός από τη γονική οικογένεια. Η μη-προσέλευση στη συνεδρία, καθώς και οι άλλες μορφές αντίστασης που είχε εκδηλώσει προηγούμενα (συνεχείς προσωπικές ερωτήσεις, απορριπτική στάση) φανερώνει τη συναισθηματική ένταση που προκαλούν τα συγκεκριμένα ζητήματα στην ψυχική οικονομία της ασθενούς.

Χωρίς να συνυπολογίζονται επιπλέον στοιχεία από το ιστορικό, το κλινικό αυτό παράδειγμα δείχνει ότι οι εκδηλώσεις αντίστασης λειτουργούν ως σημαντική πηγή πληροφόρησης και αντανάκλασης των βαθύτερων δυσκολιών του ασθενούς, εφόσον βέβαια ο θεραπευτής προβάλλει «ευήκοον ους» σε αυτές. Επιβεβαιώνεται, δηλαδή, ότι η αντίσταση πάνω από όλα είναι δείκτης του φόβου του ασθενούς και εκεί που εμφανίζεται δείχνει ότι κάτι σημαντικό συμβαίνει, όπως αντιστοίχως ο πόνος δείχνει στον γενικό γιατρό ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης (Schlesinger, 1982a). Ένα πρόσθετο στοιχείο που φαίνεται να ανακύπτει στο συγκεκριμένο κλινικό παράδειγμα είναι ο ρόλος της θεραπευτικής σχέσης στην εκδήλωση των αντιστάσεων. Η συγκεκριμένη ασθενής, με τις αντιστάσεις που εκδήλωσε ευθύς εξ αρχής στη θεραπεία, κατέστησε προφανή τη δυσκολία να συνάψει «βαθιές και ουσιαστικές σχέσεις», παρά την πρόδηλη επιθυμία της για αυτές. Εάν ο θεραπευτής αντιδρούσε κάπως διαφορετικά απέναντι σε αυτή την εσωτερική σύγκρουση, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον για τη θεραπευόμενη, είναι πιθανό οι αρχικές αντιστάσεις να μειώνονταν. Για παράδειγμα, μια προσπάθεια εξισορρόπησης του

«κοντά-μακριά» στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, μπορεί να αύξαινε το αίσθημα ασφάλειας της ασθενούς, ώστε να μην καταφεύγει σε αντίσταση για να πετύχει η ίδια μια κάποια εσωτερική ψυχική ισορροπία, όπως υποστηρίζεται από σύγχρονους θεωρητικούς.

Ο ρόλος της ασφάλειας στη θεωρία των αντιστάσεων

Οι σύγχρονοι θεωρητικοί, διευρύνοντας τη φροϋδική άποψη ότι η αντίσταση αμύνεται ενάντια στην εμφάνιση δυσάρεστων και επώδυνων συναισθημάτων, προβάλλουν πλέον την αντίσταση ως «φύλακα» της ψυχικής ισορροπίας. Συνδέεται, έτσι, η έννοια της αντίστασης με το αίσθημα της εσωτερικής ασφάλειας του ασθενή. Η σύνδεση αυτή, αν και παρούσα σε πολλές αναφορές στο πεδίο της ψυχανάλυσης και της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, δεν έχει δεχθεί την έμφαση που φαίνεται να της αναλογεί. Ήδη ο Freud (1910/1957b) είχε κάνει λόγο για το αίσθημα ασφάλειας που προκύπτει μέσα από το σύμπτωμα, ως πρωτογενή τρόπο επίλυσης της σύγκρουσης. Στη βάση αυτή, το σύμπτωμα δεν θα έπρεπε να είναι κυρίως δείκτης αυτού που δεν «πάει καλά», αλλά μάλλον θα πρέπει να θεωρείται ότι αναδεικνύει τον τρόπο που ο ασθενής έχει εξελικτικά προσπαθήσει να προστατέψει μια ευάλωτη περιοχή του ψυχισμού από περαιτέρω ψυχικό πόνο (Basch, 1982). Σε αντιστοιχία με αυτή τη θετική οπτική του συμπτώματος, αντιμετωπίζεται και η εμφάνιση αντίστασης. Ένας σύγχρονος ορισμός επισημαίνει τη σχέση αντίστασης-ασφάλειας: *«ο πυρήνας της αντίστασης στηρίζεται σε όλες εκείνες τις λίγο πολύ πρωτόγονες άμυνες οι οποίες έπαιζαν, κατά τη διάρκεια της πρώτης παιδικής ηλικίας, σημαντικό ρόλο ενάντια στο άγχος και την αίσθηση κινδύνου και ανασφάλειας»* (Γιαννακούλας & Fizzarotti-Selvaggi, 2007, σελ. 191).

Η αντίσταση αναδεικνύεται πλέον ως ένα αναπόφευκτο και υγιές φαινόμενο στην ψυχοθεραπεία. Προστατεύει το αμυντικό σύστημα του ασθενούς από κάθε ενδεχόμενο κίνδυνο αλλαγής της καθεστηκυίας κατάστασης ψυχικής ισορροπίας, έως ότου βρεθεί μία ικανοποιητική υποκατάστατη λύση. Παραπέμπει, έτσι, στον θεμελιώδη κανόνα της

ψυχοθεραπείας: «μη στερείς από έναν ασθενή τις άμυνες του, αν δεν έχεις τίποτα καλύτερο να του προσφέρεις στη θέση τους» (Yalom, 2007, σελ. 113). Πράγματι, παρόλο που η αντίσταση βασίζεται στους αμυντικούς σχηματισμούς που έχει αναπτύξει κάποιος σε πρώιμο αναπτυξιακό στάδιο, όταν ήταν ανώριμος αντιληπτικά και νοητικά και ευάλωτος συναισθηματικά, οι προσπάθειες αντίστασης ώστε να διαφυλαχθούν αυτοί οι αμυντικοί σχηματισμοί εις το διηνεκές έχουν θεμελιώδη αξία για τη διατήρηση μιας συνεχούς, ενιαίας και ασφαλούς αίσθησης ταυτότητας (Adler & Bachant, 1998. Miller, 2003). Διαχρονικά, τη διάσταση αυτή έχουν αναδείξει σημαντικοί θεωρητικοί, όπως ο Winnicott (1960), ο Kohut (1971), ο Sandler (1976) και ο Langs (1981, 1989) (βλ. Κεφάλαιο 5). Στο επικοινωνιακό μοντέλο θεραπείας του Langs (1981, 1989), παραδείγματος χάριν, επισημαίνεται ότι παρόλο που τα φαινόμενα αντίστασης είναι εμπόδια στη θεραπεία, από την άλλη πλευρά, επιτελούν αναγκαίες προσαρμοστικές λειτουργίες. Με άλλα λόγια, χωρίς τις εκδηλώσεις αντίστασης ο θεραπευόμενος θα αδυνατούσε να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις της θεραπείας.

Το παράδοξο αυτό φαινόμενο, να επιδεικνύει κανείς αντιδραστική συμπεριφορά ειδικά να αδυνατεί να εξοικειωθεί με μία κατάσταση, παίρνει στο πλαίσιο της θεραπείας ιδιαίτερης σημασίας διαστάσεις. Οι Adler και Bachant (1998) υπογραμμίζουν ότι σε καμία άλλη περίπτωση δεν είναι πιο σημαντικό να ευθυγραμμίζεται κανείς με τις δυνατότητες του θεραπευόμενου για ανάπτυξη και ενσωμάτωση της νέας εμπειρίας από όταν έρχεται αντιμέτωπος με την αντίσταση και τα συναισθήματα που την προκαλούν. Οι χειρισμοί που αφορούν την αντίσταση θα πρέπει να γίνονται αντιληπτοί από τον θεραπευτή ως χειρισμοί που βάλλουν τον πυρήνα της αίσθησης ταυτότητας του ασθενούς. Η άποψη αυτή συνάδει με τη Σχολή της Ψυχολογίας του Εαυτού, όπου υποστηρίζεται ότι οι αντιστάσεις είναι σημαντικές για τη διατήρηση του εαυτού, καθώς θεωρούνται ως προσπάθειες να συντηρηθούν ακέραια τα επίπεδα οργάνωσης που παρέχουν ασφάλεια σε έναν εύθραυστο εαυτό (Rowe, 1996). Η άποψη αυτή έχει επιβεβαιωθεί εμπειρικά. Στην έρευνα των Shahar,

Blatt και Ford (2003), βρέθηκε ότι όσο πιο συμπαγές είναι το αμυντικό σύστημα κάποιου, τόσο λιγότερο προσβάσιμο είναι σε οποιαδήποτε παρέμβαση, ή αλλαγή. Σε περίπτωση που ο ασθενής βιώσει την πρόκληση της ψυχικής αλλαγής με όρους μη-ασφαλείς, το πιο πιθανό είναι να ενισχύσει τις προσπάθειες αντίστασης.

Το πρώτο βήμα δε για να αντιμετωπιστεί η αντίσταση με όρους ασφάλειας είναι να έχει εμπεδωθεί από τον θεραπευτή η θετική της σημασία για τον ψυχισμό του ασθενούς. Μόνο αν ο θεραπευτής προσπαθεί εκ προοιμίου να είναι θετικά διακείμενος απέναντι στις εκδηλώσεις αντίστασης, θα μπορέσει να τις αντιμετωπίσει σε ένα πλαίσιο ασφάλειας, στοιχείο απαραίτητο για οποιαδήποτε αλλαγή σε ψυχικό επίπεδο. Όπως αναφέρουν σχετικά οι Adler και Bachant (1998), όταν ο θεραπευτής αντιμετωπίζει συμπεριφορές αντίστασης που ματαιώνουν, θυμώνουν, απειλούν, ή γενικά, προκαλούν δυσχέρειες στη θεραπευτική διαδικασία, θα πρέπει να έχει κατά νου ότι οι αμυντικές αυτές προσπάθειες είναι «λύσεις» που έχει βρει ο θεραπευόμενος για να προστατεύσει, να φροντίσει και να επικοινωνήσει τον εαυτό του. Ως τέτοιες, ο θεραπευτής καλείται να τις αναγνωρίσει, να τις επιβεβαιώσει και να τις αντιμετωπίσει ως σύμμαχο παρά ως εχθρό, σε κάθε εις βάθος θεραπευτική διαδικασία (Adler & Bachant, 1998). Η θετική κατανόηση και νοηματοδότηση της αντίστασης εκ μέρους του θεραπευτή, ως απαραίτητη προϋπόθεση για μια αποτελεσματική θεραπεία, έχει τονιστεί και από σύγχρονους κλινικούς για την αντιμετώπιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών, όπως είναι οι ψυχωτικές διαταραχές (Shapiro, 2009. Tillman, 2008), η μεταιχμιακή / οριακή διαταραχή προσωπικότητας (Choi-Kain & Gunderson, 2010) και οι διαταραχές διατροφής (Kaplan & Strasburg, 2009).

Οι θετικές και προστατευτικές λειτουργίες της αντίστασης είναι παρούσες ακόμα και στις αντιστάσεις που προέρχονται από το Υπερεγώ, οι οποίες διακρίνονται από έντονες μαζοχιστικές και σαδιστικές τάσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της μορφής αντιστάσεων είναι η οριζόμενη ως «αρνητική θεραπευτική αντίδραση» (Freud, 1920/1955b),

η οποία αφορά τη μηδενική βελτίωση, ή την επιδείνωση, της κατάστασης του ασθενούς, παρ' όλες τις θεραπευτικές προσπάθειες. Ένας θεραπευόμενος μπορεί, λόγου χάρη, να εκδηλώνει αντίσταση με τη μορφή αρνητικής θεραπευτικής αντίδρασης, όταν αμέσως μόλις παρουσιάσει κάποια βελτίωση στα συμπτώματα για τα οποία προσήλθε σε θεραπεία, εμφανίζει νέα συμπτώματα, διαφορετικά από τα πρώτα. Ακόμα και σε αυτές τις περιπτώσεις, η αντίσταση στη θεραπεία επιτελεί έναν προστατευτικό ρόλο. Σύμφωνα με τον Miller (2003), οι αντιστάσεις του Υπερεγώ προκύπτουν ως «λύση» στο βίωμα έντονου άγχους και ενοχής. Σε αυτή την περίπτωση, οι επιθυμίες είναι σε τέτοιο μέγεθος συγκρουσιακές που επισύρουν φαντασιωσικά κάποια μορφή (αυτό-) τιμωρίας. Το σύμπτωμα εξυπηρετεί τότε την αυτό-τιμωρητική αυτή λειτουργία και παρά τα συνοδά προβλήματα, το σύμπτωμα καταφέρει μια δυναμική ισορροπία ανάμεσα στην επιθυμία, την άμυνα και τις απαιτήσεις της πραγματικότητας. Οτιδήποτε στη θεραπεία προκαλεί αυτή την ισορροπία απειλεί το άτομο με νέα σύγκρουση και άγχος. Η αίσθηση επιτυχίας και η ευχαρίστηση που αποκομίζει ο θεραπευόμενος όταν σημειώνει πρόοδο στη θεραπεία του, μπορεί να ανακινήσει φαντασιώσεις τιμωρίας και να αυξήσει το άγχος. Οι «απαγορευμένες» επιθυμίες αναβιώνουν και οι φαντασιωσικοί φόβοι επαναδραστηριοποιούνται. Η αντίσταση εξυπηρετεί στη διατήρηση της υπάρχουσας σταθερότητας και στην προστασία από το άγχος. Επιτελεί, δηλαδή, έναν ρυθμιστικό ρόλο και προστατεύει τον θεραπευόμενο από την έκθεσή του στις φοβίες, τα τραύματα και τις φαντασιώσεις της παιδικής του ηλικίας (Miller, 2003. Mouque, 2005).

Γενικότερα, πάντως, η θετική διάσταση της αντίστασης ως μηχανισμός αυτό-προστασίας εντάσσεται σε μία μετα-μοντέρνα θεώρηση (Frankel & Levitt, 2006). Σύμφωνα με τη θεώρηση αυτή, η αντιμετώπιση της αντίστασης δεν διέπεται από τη λογική επίλυσης ενός προβλήματος (*problem resolution*), αλλά μάλλον από τις στρατηγικές εκείνες που θα οδηγήσουν προς μια «προσωπική επανάσταση» (*self-revolution*). Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια

της κοινής θεραπευτικής ευθύνης, καθώς επίσης, η ολιστική αντιμετώπιση της αντίστασης έναντι μιας πιο ατομοκεντρικής άποψης για αυτήν, αποκτούν σημαίνοντα ρόλο.

Η σημασία της αμοιβαίας θεραπευτικής ευθύνης

Ως μηχανισμός προστασίας των λειτουργικών συνθέσεων της ενήλικης ψυχικής οργάνωσης από τις δυνάμει διασπαστικές επιδρομές και απαιτήσεις του ασυνείδητου (Stone, 1973), η αντίσταση στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία κατανοείται πλέον με όρους κοινής θεραπευτικής ευθύνης. Απομακρύνεται, δηλαδή, από το χώρο του ενδοψυχικού –ως μονομερής εκδήλωση των ενδοπροσωπικών συγκρούσεων και παθογενειών– και εντάσσεται στο πεδίο της διαπροσωπικής σχέσης και διαντίδρασης. Η γέφυρα που συνδέει τις δύο αυτές πλευρές της αντίστασης (ενδοψυχικό-διαπροσωπικό) φαίνεται να είναι η ασφάλεια. Η αντίσταση είχε, εξ αρχής, οριστεί ως εναντίωση απέναντι σε οτιδήποτε δυσάρεστο για τον ψυχισμό. Στην πρώτη ταξινόμηση των αντιστάσεων από τον Freud (1925-1926/1959), η αποφυγή της αίσθησης δυσαρέσκειας και η επικράτηση της αρχής ευχαρίστησης προεξάρχουν και στους πέντε τύπους αντίστασης (Lorand, 1967). Μετέπειτα αναστοχασμοί διευρύνουν την έννοια της αντίστασης. Χωρίς να απορρίπτονται οι αρχικοί ορισμοί, η αντίσταση θεωρείται ότι προκύπτει όχι μόνο όταν διακυβεύεται η αρχή της ευχαρίστησης, αλλά και όταν το άτομο απειλείται με αποστέρηση του αισθήματος της ασφάλειας, ή/και της θέσης του (Adler & Bachant, 1998. Tuckett, 2003. Silverman, 1998).

Οπότε, αυτό που αρχικά θεωρούνταν ως αντίσταση, η προστασία του απωθημένου ώστε να αποφευχθεί η (επανα-) βίωση δυσάρεστων συναισθημάτων (Freud, 1905/1953c), συνδέθηκε τα τελευταία χρόνια με την προσπάθεια του ατόμου να βρίσκει προσαρμοστικές λύσεις που, μέσω της επαναληψιμότητας και της προβλεψιμότητάς τους, παρέχουν ένα αίσθημα ασφάλειας. Εάν άλλοι τρόποι υπάρξουν διαθέσιμοι προκειμένου να αποκτηθεί το αίσθημα της ασφάλειας, τότε εναλλακτικές και περισσότερο πρόσφορες λύσεις μπορεί να

αναπτυχθούν και να υιοθετηθούν (Sandler, Holder, & Dare, 1970). Στο σημείο αυτό, ανακύπτει η σημασία της κοινής θεραπευτικής ευθύνης και η σπουδαιότητα της θεραπευτικής σχέσης για την αντιμετώπιση των αντιστάσεων.

Ασφάλεια, κοινή θεραπευτική ευθύνη και αντίσταση στη θεωρία προσκόλλησης

Σύμφωνα με τη θεωρία προσκόλλησης του Bowlby (1988), δεν είναι η αρχή της ευχαρίστησης που έχει την πρωτοκαθεδρία στον ψυχισμό του ατόμου αλλά η ανάγκη για ασφάλεια. Δεν είναι, δηλαδή, η ενστικτώδης τάση για ικανοποίηση και ευχαρίστηση που προεξάρχει στις ανθρώπινες δράσεις και διαντιδράσεις, αλλά η ανάγκη για εγγύτητα, ασφάλεια και σχέση. Με την κάλυψη της ανάγκης για ασφάλεια, το άτομο επιτυγχάνει να ρυθμίζει τα συναισθήματά του, ή τουλάχιστον, να έχει την ψευδή αίσθηση ότι τα ρυθμίζει. Στην ψυχοθεραπεία, ο παράγοντας της ασφάλειας υπεισέρχεται αναφορικά με την αντίσταση με πολλαπλούς τρόπους. Καταρχήν, ως ερμηνευτικό πλαίσιο των αντιστάσεων: ο ασθενής αντιστέκεται απέναντι στην αλλαγή γιατί απειλείται το *status quo*, το ήδη οικειοποιημένο και γνωστό, με το οποίο αισθάνεται ασφαλής. Εξάλλου, ο ασθενής αντιστέκεται απέναντι στην αλλαγή, καθώς αυτή επέρχεται πάντοτε μέσα από μια διαδικασία πένθους για την απώλεια των κερτημένων (Parkin, 1986). Ως κερτημένο, ή ως κτήμα του ασθενούς, μπορεί να θεωρηθεί και η αντικειμενότητα σχέση με ένα άλλο πρόσωπο.

Σύμφωνα με τη θεωρία προσκόλλησης, ο ασθενής αντιστέκεται προκειμένου να διατηρήσει ζωντανό τον εσωτερικευμένο δεσμό με κάποιο σημαντικό πρόσωπο του παρελθόντος. Η απώλεια της εσωτερικευμένης σχέσης ισοδυναμεί με απώλεια του αισθήματος ασφάλειας που η σχέση αυτή προσφέρει —έστω και φαντασιωσικά— και συνδέεται με έντονο άγχος και ψυχικό πόνο. Η συγκεκριμένη άποψη συνάδει με τη θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων αναφορικά με την αντίσταση, σύμφωνα με την οποία κάθε αντίσταση συνδέεται, με κάποιο τρόπο, με μία αντιμειμενότητα σχέση, είτε παρόντος είτε

παρελθόντος αντικειμένου (Blatt & Erlich, 1982). Προκειμένου ο θεραπευόμενος να καταφέρει να αντέξει το αίσθημα ανασφάλειας και τα δυσάρεστα συναισθήματα που δημιουργούνται κατά τη θεραπευτική εργασία, ένα νέο, προσφορότερο σύστημα ασφάλειας θα πρέπει να αναπτυχθεί ανάμεσα στο θεραπευτικό ζεύγος, το οποίο θα υποκαταστήσει το ισχύον (Blatt & Erlich, 1982. Silverman, 1998). Κάτι τέτοιο δεν σημαίνει, σε καμία περίπτωση, ότι ο θεραπευτής θα λειτουργήσει ως γονεϊκό υποκατάστατο, αλλά μάλλον αφορά την έννοια της επανορθωτικής εμπειρίας στο πλαίσιο της θεραπευτικής αλληλεπίδρασης.

Βασική προϋπόθεση είναι ο τρόπος που γίνονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, και ειδικότερα ο τρόπος που δίνονται οι ερμηνείες από τον θεραπευτή, να είναι τέτοιος που ο θεραπευόμενος θα μπορέσει να αντέξει τη ματαίωση και τα συναισθήματα άγχους και θλίψης που αναπόδραστα γεννώνται (Miller, 2003. Tuckett, 2003). Οι Γιανακούλας και Fizzarotti-Selvaggi (2007) αναφέρουν ότι η ερμηνεία θα πρέπει να διατυπώνεται λαμβάνοντας υπόψη την τρωτότητα του ασθενούς όσον αφορά τις αντιστάσεις και με σεβασμό στην ανάγκη του να προστατευθεί και να υποστηριχθεί. Ο Tuckett (2003) υποστηρίζει ότι κάθε ερμηνεία δημιουργεί ένα είδος σύγκρουσης στον θεραπευόμενο. Από τη μια πλευρά, έχει τη δυνατότητα να αποδεχτεί την ερμηνεία ως έγκυρη και αληθή, πράγμα όμως που ισοδυναμεί με ναρκισσιστικό πλήγμα και με αποστέρηση των ασυνείδητων φαντασιωσικών ικανοποιήσεων και του αισθήματος ασφάλειας. Από την άλλη πλευρά, ο θεραπευόμενος μπορεί να απορρίψει την ερμηνεία ως άκυρη, πράγμα όμως που θα έθετε υπό αίρεση τη θεραπευτική σχέση και την «αγάπη» του θεραπευτή. Το ενδεχόμενο αυτό κατέχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς θεωρείται ότι η απειλή απώλειας του δεσμού με τον θεραπευτή είναι αυτή που ωθεί τον θεραπευόμενο στη θεραπευτική εργασία (Nunberg, 1932). Αυτό που τελικά προτείνει ο Tuckett (2003), ως θεμελιώδες για την επιτυχή αντιμετώπιση των αντιστάσεων, είναι να μπορέσει ο θεραπευτής να διατηρήσει μια δυναμική ισορροπία

ανάμεσα στα συναισθήματα αγάπης και μίσους που προκαλούνται στον θεραπευόμενο, στη σχέση μαζί του.

Η άποψη αυτή παραπέμπει στην έννοια της «άριστης ματαίωσης» (*optimal frustration*) του Kohut (1984), σύμφωνα με την οποία η ματαίωση που προκαλείται στη θεραπεία θα πρέπει να είναι τέτοια κάθε φορά, ώστε το άγχος που προκαλείται να είναι σε ανεκτά και αφομοιώσιμα επίπεδα. Ο Basch (1982) αντιστοίχως, έχει κάνει λόγο για την «άριστη άρση των ψευδαισθήσεων» (*optimal disillusionment*), εννοώντας ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που αφορούν τις αυτό-ηττώμενες συμπεριφορές των θεραπευόμενων θα πρέπει να προσαρμόζονται, κάθε φορά, στις ψυχικές τους δυνατότητες. Η περίφημη ψυχαναλυτική ουδετερότητα, λόγου χάρη, έχει υποστηριχθεί ότι συνδέεται στενά με την εμπειρία ασφάλειας του ασθενούς στο θεραπευτικό πλαίσιο (Greenberg, 1986. Schafer, 1983). Εντούτοις, μπορεί να οξύνει τις αντιστάσεις σε εκείνους τους θεραπευόμενους που έχουν σημαντικά αναπτυξιακά ελλείμματα, όπως εξίσου ισχύει και για τις ερμηνείες γενετικού περιεχομένου, εκείνες, δηλαδή, που αφορούν στις πρώιμες σχέσεις με τους γονείς (Basch, 1982). Η ανάγκη για ευελιξία του θεραπευτή προβάλλεται ως βασική προϋπόθεση αντιμετώπισης των αντιστάσεων (Horner, 2005. Lorand, 1967. Milman, 1987. Stark, 1994a, 1994b). Η ανάγκη αυτή ανακύπτει και εξαιτίας της πολυμορφίας των αντιστάσεων, καθώς ανάλογα με τον τύπο της αντίστασης απαιτείται και διαφορετικός χειρισμός (Blatt & Erlich, 1982).

Οι συγκεκριμένοι παράγοντες αποκλείουν τη δυνατότητα να οριστούν γενικεύσιμες κατευθυντήριες γραμμές, ή πρότυπα διαμόρφωσης συνθηκών ασφάλειας, για τον χειρισμό των αντιστάσεων στην ψυχοθεραπεία. Εντούτοις, θεμελιώδεις αρχές αντιμετώπισης των αντιστάσεων στη σύγχρονη βιβλιογραφία, ο ορισμός της αρχής της ασφάλειας από τον Sandler (1960), καθώς και η αντιμεταβιβαστική στάση του θεραπευτή απέναντι στις

αντιστάσεις προσδιορίζουν ένα ευρύ πλαίσιο κατανόησης και απάντησης στην αντίσταση με θετικό τρόπο.

Θεμελιώδεις αρχές αντιμετώπισης των αντιστάσεων

Αρχής γενομένης από τον χειρισμό των αντιστάσεων, είναι χαρακτηριστική η άποψη των Adler και Bachant (1998), ότι *«η κατάρρευση της ασφάλειας από τις λύσεις που είχαν δοθεί κατά την παιδική ηλικία δεν είναι ποτέ εύκολη υπόθεση ο θεραπευτής είναι σε καλύτερη θέση όταν σέβεται το τεράστιο προσωπικό κουράγιο που καλούνται να βρουν οι ασθενείς του για να μπορέσουν να αμφισβητήσουν, να αντιμαχθούν και να αποκηρύξουν τις τάσεις αντίστασης»* (σελ. 12). Για τους συγγραφείς, αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία, ώστε η αντίσταση του θεραπευόμενου από εχθρός να γίνει σύμμαχος της θεραπείας, είναι να αναπτύσσεται ένα πλαίσιο νοηματοδότησής της. Στόχος του θεραπευτή θα πρέπει να είναι η όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη εκτίμηση του νοήματος που έχει η αντίσταση για τον θεραπευόμενο στη δεδομένη φάση, κι όχι η αλλαγή της στάσης, ή της συμπεριφοράς, που θεωρείται αντίσταση.

Ένα θετικό πλαίσιο νοηματοδότησης της αντίστασης περιλαμβάνει την προσπάθεια του θεραπευτή να απαντήσει σε μια σειρά από ερωτήματα. Ποιο επώδυνο συναίσθημα προσπαθεί να αποτρέψει ο θεραπευόμενος; Ποια απειλή στην υπάρχουσα συναισθηματική ισορροπία φοβάται; Ποια φαντασίωση ενεργοποιείται; Ποιο πρότυπο σχετίζεται συντηρείται; Πώς η στάση, οι προσδοκίες και η συμπεριφορά του θεραπευτή μπορεί να διαμορφώνονται σε σχέση με τις ασυνείδητες προθέσεις του ασθενούς; (Adler & Bachant, 1998). Στο ίδιο μήκος κύματος, η Horner (2005) προβάλλει δύο σχετικά ερωτήματα που αφορούν στην αρχή της ασφάλειας: Τι κάνει ο θεραπευόμενος προκειμένου να αισθάνεται ασφαλής; Πώς συμπεριφέρεται ώστε να διατηρείται το αίσθημα ασφάλειας στις σχέσεις του; Στην προσπάθεια νοηματοδότησης της αντίστασης θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται η αναγνώριση

της πηγής, του στόχου και της λειτουργίας των αντιστάσεων (Lorand, 1967), ή αλλιώς, να κατανοείται απέναντι σε «τι», «γιατί» και «πώς» αντιστέκεται ο θεραπευόμενος (Greenson, 1967).

Παραδείγματος χάριν, στο προηγούμενο κλινικό παράδειγμα, η θεραπευόμενη αντιστεκόταν στη θεραπεία απευθύνοντας αλληπάλληλες προσωπικές ερωτήσεις προς τον θεραπευτή με τρόπο επιθετικό και με μη-προσέλευση στις συνεδρίες (το «πώς» της αντίστασης). Η συμπεριφορά αυτή αποτελούσε αντίσταση απέναντι στον κίνδυνο που ελλόχευε αν αφηνόταν συναισθηματικά στη θεραπευτική σχέση (το «τι» της αντίστασης). Με βάση το ιστορικό της θεραπευόμενης, η οποία είχε μια ιδιαίτερα νοσοφοβική μητέρα που έμενε συχνά κλινήρης για μεγάλα χρονικά διαστήματα, μπορεί να γίνει η υπόθεση ότι η αντίσταση στη θεραπεία πιθανά αντανakλούσε την ανάγκη της θεραπευόμενης για έλεγχο στις σχέσεις, τη βαθύτερη επιθυμία της για εγγύτητα αλλά παράλληλα και τον φόβο συγχώνευσης, καθώς και την ανέκφραστη οργή της για τη συναισθηματικά απούσα, εξαρτητική, «άρρωστη» μητέρα (το «γιατί» της αντίστασης). Στην περίπτωση του συγκεκριμένου κλινικού παραδείγματος, η θεραπευόμενη φαίνεται πως δομούσε ένα αίσθημα εσωτερικής ασφάλειας, μέσω της απόστασης που προκαλούσε στη θεραπευτική σχέση. Η αναγνώριση του πώς αντιστέκεται, τι αποκρούει και του γιατί το κάνει, σημαίνει πρακτικά ότι ο θεραπευτής καλείται να ρηματοποιήσει, στον κατάλληλο χρόνο και με τον κατάλληλο τρόπο, τόσο τον κίνδυνο από τον οποίο προστατεύει τον θεραπευόμενο η αντίστασή του, αλλά παράλληλα και την ασυνείδητη επιθυμία που υπάρχει πίσω από την αντίσταση (Horner, 2005).

Η θέση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της σχέσης αντίστασης-ασφάλειας, εάν αναλογιστεί κανείς ότι η ασφάλεια είναι μια έννοια διττή. Η έννοια της ασφάλειας μπορεί να αφορά σε «ασφάλεια από» κάτι, παραπέμποντας στην τάση αποφυγής ενός κινδύνου, αλλά μπορεί επίσης να αφορά σε «ασφάλεια για» κάτι, όπως είναι, για παράδειγμα, όταν ο

θεραπευόμενος αντιστέκεται για να συγκαλύψει επιθυμίες και φόβους, αλλά και όταν αισθάνεται ασφαλής στη θεραπεία για να εκφράσει επώδυνα και αποκηρυγμένα συναισθήματα και σκέψεις. Στην οικοδόμηση δε του αισθήματος ασφάλειας κατά τη θεραπευτική διαδικασία συμβάλλει αυτή καθ' εαυτή η αναγνώριση και η ρηματοποίηση της αντίστασης από τον θεραπευτή, -πάντοτε βέβαια σε πνεύμα θετικής κατανόησης και με τρόπο αφομοιώσιμο από τον θεραπευόμενο. Όπως τονίζει σχετικά ο Dewald (1982), σε περίπτωση που ένας ασθενής γνωρίζει ήδη ότι εκδηλώνει κάποια μορφή αντίστασης και στον θεραπευτή, από την άλλη, διαφεύγει η παρουσία της, είναι πιθανό ο ασθενής να ερμηνεύσει αυτή την κατάσταση ως αδυναμία του θεραπευτή να αντιμετωπίσει οτιδήποτε διαμηνύει η συγκεκριμένη αντίσταση, με συνεπακόλουθο την περαιτέρω όξυνση των αντιστάσεων.

Βέβαια, η αναγνώριση, η επισήμανση, η ερμηνεία και η δι-επεξεργασία (*working through*) των αντιστάσεων (Greenson, 1967), θα πρέπει να γίνονται υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Θεωρητικοί και κλινικοί της ψυχανάλυσης, όπως ο Balint (1968), ο Winnicott (1971) και ο Khan (1963), αλλά και ο May (1996), ο Dewald (1982) και ο Schlesinger (1982a), υποστηρίζουν ότι ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να έχει τόσο διεισδυτικό και ερμηνευτικό ρόλο, αλλά αντίθετα θα πρέπει να επιτρέπει στον ασθενή να εγκαταλείπει από μόνος του τις αντιστάσεις που χρησιμοποιεί, όταν πια θα είναι ψυχικά έτοιμος για κάτι τέτοιο και όταν δεν θα τις έχει πια ανάγκη.

Στο πνεύμα αυτό, ο ασθενής θα πρέπει να αισθανθεί ότι έχει επαρκή χώρο και χρόνο για να εκφράσει τις όποιες επιφυλάξεις και αντιστάσεις απέναντι στη θεραπεία και απέναντι στην προσωπική αλλαγή. Ο Schlesinger (1982a) περιγράφει αυτή τη διαδικασία διακριτικής επαγρύπνησης που πρέπει να διακρίνει τον θεραπευτή απέναντι στις αντιστάσεις του ασθενή του, ως «συμπόρευση με την αντίσταση» (*go along with the resistance*) και ως «παραμονή στη μεταφορά» (*stay in the metaphor*), όταν πρόκειται για αντίσταση στο πλαίσιο της σχέσης μεταβίβασης με τον θεραπευτή. Η Sherman (2007a, 2007b) έχει αναφερθεί, εξίσου, στην

αναγκαιότητα που υπάρχει ο θεραπευτής να «συντάσσεται με την αντίσταση» (*siding with the resistance*), με άλλα λόγια, να παίρνει την αντίσταση «με το μέρος του» και να την καθιστά σύμμαχό του.

Συνεπώς, σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, είναι κυρίως ο ίδιος ο θεραπευόμενος εκείνος που μπορεί να τροποποιήσει, να μειώσει, ή να απορρίψει τις αντιστάσεις του. Ο θεραπευτής συμβάλλει στην προσπάθεια αυτή καταδεικνύοντας τις αντιστάσεις, δημιουργώντας ένα ασφαλές θεραπευτικό περιβάλλον που ενισχύει τις ψυχικές δυνατότητες του θεραπευόμενου και επιτρέποντας επαρκή χρόνο και επανάληψη, ώστε η θεραπευτική διαδικασία να εσωτερικευθεί από τον ασθενή και να οδηγήσει προς ψυχική αλλαγή. Η «φιλική» στάση του θεραπευτή απέναντι στην αντίσταση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημιουργία ενός θεραπευτικού πλαισίου που θα διαπνέεται από ασφάλεια (May, 1996. Mouque, 2005).

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η δημιουργία ενός ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος δεν σημαίνει άνευ όρων δοτικότητα, υποστήριξη και ενθάρρυνση εκ μέρους του θεραπευτή (Lorand, 1967). Η ανάγκη του ασθενούς για καθοδήγηση και επιβεβαίωση, όταν αυτή ικανοποιείται από τον θεραπευτή, θα πρέπει, σε κάποια δεδομένη στιγμή, να επισημαίνεται και να αναλύεται, έτσι ώστε η υποστηρικτική στάση του θεραπευτή να διατηρεί τον θεραπευτικό της χαρακτήρα.

Η «αρχή της ασφάλειας» του J. Sandler

Η ισόρροπη θεραπευτική στάση μεταξύ δοτικότητας και ματαίωσης, ικανοποίησης και αποστέρησης, ως απαραίτητο συστατικό στην ανάπτυξη του αισθήματος ασφάλειας στον θεραπευόμενο παρουσιάζει αναλογίες με την «αρχή της ασφάλειας» (*safety principle*), έννοια την οποία εισήγαγε για πρώτη φορά ο Sandler (1960). Η αρχή της ασφάλειας θεωρείται ότι διαμεσολαβεί στην ανάπτυξη της αρχής της πραγματικότητας –σύμφωνα με την οποία το

άτομο αντιλαμβάνεται και αποδέχεται το γεγονός ότι οι επιθυμίες του υπόκεινται στα όρια και τους περιορισμούς της πραγματικότητας— από την αρχή της ευχαρίστησης, —βάσει της οποίας μοναδικός σκοπός είναι η αποφυγή της δυσαρέσκειας, η ευχαρίστηση, η εκπλήρωση της επιθυμίας.

Με άλλα λόγια, στην πορεία προς την ανάπτυξη πιο ώριμων και προσαρμοστικών ψυχικών λειτουργιών είναι απαραίτητο να βιωθεί το αίσθημα της ασφάλειας, ώστε να καταστεί δυνατός ένας βαθμός ανοχής απέναντι στη δυσαρέσκεια, οπότε αναγκαστικά να μετακινηθεί κανείς από τον άναρχο και ενστικτώδη κόσμο της αρχής της ευχαρίστησης σε εκείνον της πραγματικότητας. Σύμφωνα με τον Sandler (1960), το αίσθημα ασφάλειας γεννάται όταν το άτομο αντιλαμβάνεται τις διάφορες αισθήσεις και καταφέρνει να τις οργανώσει και να τις ενσωματώσει, οπότε και να τις ελέγξει τρόπον τινά. Η αντίληψη, ως νοητική και ψυχική λειτουργία, υποστηρίζεται ότι είναι στην υπηρεσία της αρχής της ασφάλειας. Το αίσθημα ασφάλειας είναι τόσο ζωτικό και αναπόσπαστο μέρος του εαυτού που θεωρείται, συνήθως, ως κάτι δεδομένο. Αυτό το αίσθημα ασφάλειας, όπως περιγράφεται εδώ, δεν συνιστάται απλώς στην απουσία άγχους ή δυσαρέσκειας, αλλά κατέχει μια πολύ σαφή ποιότητα συναισθήματος στο Εγώ. Ως επακόλουθο όλων αυτών, σημαντικό μέρος της καθημερινής ανθρώπινης συμπεριφοράς μπορεί να θεωρηθεί ως μέσο για τη διατήρηση ενός ελάχιστου επιπέδου αισθήματος ασφάλειας, ενώ πλείστες κλινικές περιπτώσεις (ιδιαίτερα δε οι ψυχώσεις και οι εξαρτήσεις) μπορούν να κατανοηθούν πληρέστερα ως προσπάθειες του Εγώ να συντηρήσει αυτό το ελάχιστο επίπεδο ασφάλειας (Sandler, 1960).

Σε κλινικό επίπεδο, η σημασία του αισθήματος ασφάλειας αναφαίνεται σε πολλούς θεωρητικούς και σε διαφορετικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας. Για να αναφερθούν μερικά μόνο παραδείγματα, ο Winnicott (1965) έχει μιλήσει για το «περιβάλλον κρατήματος» (*holding environment*) που θα πρέπει να υπάρχει στη θεραπεία, ο Bion (1967) ανέδειξε την ανάγκη για εμπερίεξη (*containment*) των μη-απαρτιωμένων μερών του ασθενούς, ο Rogers

(1961) εισήγαγε την έννοια της ενσυναίσθησης (*empathy*) που καλείται να διακρίνει τον θεραπευτή, ο Kohut (1977), επίσης, τόνισε τη σημασία της ενσυναισθητικής ανταπόκρισης (*empathic responsiveness*) στις ανάγκες του θεραπευόμενου, ο Sullivan (1970) έκανε λόγο για το προσωπικό-σύστημα (*self-system*) το οποίο έχει στόχο να οργανώνει τις ψυχικές λειτουργίες έτσι ώστε να διατηρείται ασφαλής η αυτό-εκτίμηση του ατόμου, ο Gilbert (1993) ανέπτυξε ένα βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο της ανθρώπινης συμπεριφοράς το οποίο βασίζεται στην τάση του ανθρώπου για άμυνα και για ασφάλεια.

Εκείνη η θεραπευτική προσέγγιση, πάντως, που θέτει άμεσα το αίσθημα της ασφάλειας στον πυρήνα της ψυχοθεραπείας είναι η θεωρία Control-Mastery του Alan Rappoport (1997). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία, ο βαθμός ασφάλειας που βιώνει ο θεραπευόμενος στη σχέση με τον θεραπευτή είναι κεντρικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Ο θεραπευόμενος μπορεί να κατακτήσει ενόραση στα προβλήματά του μόνο όταν αισθάνεται ασφαλής για να το πράξει. Το σύνολο της δράσης τόσο στη ζωή του, γενικά, όσο και ειδικότερα στο πεδίο της θεραπείας μπορεί να θεωρηθεί ως μια προσπάθεια αναζήτησης του αισθήματος ασφάλειας. Όταν ο θεραπευτής προβαίνει σε κάποια ερμηνεία, υποδηλώνει την πεποίθησή του ότι αυτό που λέγεται μέσω της ερμηνείας είναι ασφαλές και για τον θεραπευόμενο, αλλά και για τον ίδιο τον θεραπευτή, να καταστεί συνειδητό. Ο ρόλος του θεραπευτή έγκειται στην προσφορά της απαραίτητης βοήθειας, ώστε ο θεραπευόμενος να καταλήξει τελικά πως είναι ασφαλές, τόσο για τον ίδιο όσο και για τους άλλους, να απαρνηθεί τις παθολογικές προσαρμογές που είχε κάνει μέχρι τούδε. Αναφορικά δε με τις αντιστάσεις, αυτές θεωρούνται ως δοκιμασίες (*tests*), ενώ στο πλαίσιο της θεωρίας, οποιαδήποτε παρέμβαση του θεραπευτή βοηθά τον θεραπευόμενο να αισθανθεί ασφαλής είναι, εκ προοιμίου, θεραπευτική, αφού η ασφάλεια θεωρείται ως η μοναδική προϋπόθεση για ψυχική αλλαγή. Εντούτοις, παρόλο που η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση προσφέρει χρήσιμα στοιχεία για την κλινική πρακτική εν γένει, φαίνεται να προβάλλει τον

παράγοντα της ασφάλειας ως πανάκεια, ενώ παράλληλα δεν αναγνωρίζει το ρόλο της αντιμεταβίβασης του θεραπευτή στο χειρισμό των αντιστάσεων.

Ο ρόλος της αντιμεταβίβασης του θεραπευτή

Η αντιμεταβίβαση στην αντίσταση αφορά την ικανότητα του θεραπευτή να έρχεται αντιμέτωπος με τις δικές του αντιστάσεις στη θεραπεία ενός ασθενούς (Blatt & Erlich, 1982. Schoenewolf, 2005), αφού «όλοι οι θεραπευτές επιθυμούν να διατηρήσουν το *status quo* τους» (Strean, 1993, σελ. 2). Ο Freud (1910/1957b) είχε πρώτος επισημάνει ότι καμία (ψυχ-) ανάλυση δεν μπορεί να προχωρήσει πέρα από όσο θα επιτρέψουν οι εσωτερικές αντιστάσεις του αναλυτή. Καθώς οι σύγχρονοι τρόποι προσέγγισης της αντίστασης δίνουν έμφαση στις διαπροσωπικές συνιστώσες και τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου για την αντιμετώπιση των αντιστάσεων, ο ρόλος της αντιμεταβίβασης του θεραπευτή αποκτά πρόσθετη σημασία.

Όπως επισημαίνουν οι Adler και Bachant (1998) είναι η αντίσταση κι όχι η μεταβίβαση που συν-κατασκευάζεται από το θεραπευτικό ζεύγος, κι ως εκ τούτου το τι θα αποτελέσει το επίκεντρο της θεραπευτικής διαδικασίας και τι θα μείνει στην αφάνεια ως αποτέλεσμα αντίστασης, είναι κάτι που διαμορφώνεται στην αμοιβαία διαντίδραση. Παρόλο που η θεραπευτική ουδετερότητα συμβάλλει ώστε ο θεραπευτής να μην επιβάλλει κάποιο συγκεκριμένο τρόπο στον θεραπευόμενο, αυτό δεν αποκλείει το γεγονός ότι ο θεραπευτής έχει κάποιες «ιδέες», ή ίσως και «επιθυμίες», σχετικά με τις αλλαγές που θα ήταν καλό να γίνουν, ιδιαίτερα σε σχέση με τις τάσεις και τις εκδηλώσεις αντίστασης στο θεραπευτικό πλαίσιο (Adler & Bachant, 1998. Schoenewolf, 1996).

Σε συνδυασμό με τα δικά του «τυφλά σημεία» (*blind spots*), η αντιμεταβίβαση του θεραπευτή αφορά, κυρίως, στους ρόλους που ο θεραπευόμενος προκαλεί ασυνείδητα στον θεραπευτή να παίζουν. Ο Sandler (1976) έχει περιγράψει τη θεραπευτική σχέση ως «σχέση

ρόλων» (*role relationship*), καθώς ο θεραπευόμενος υιοθετεί έναν ρόλο για τον εαυτό του και, αντιστοίχως, καλεί τον θεραπευτή να υιοθετήσει έναν συμπληρωματικό προς τον δικό του ρόλο. Η δυναμική και ασυνείδητη αυτή διαδικασία, έχει ως πιθανό επακόλουθο να υπάρχουν αμοιβαίες ενδραματίσεις (*enactments*) κατά τη θεραπευτική διαδικασία (Tuckett, 2003), ή/και να συνάπτονται ασυνείδητες συμπαιγνίες (*collusions*) μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου (Fox & Carey, 1999. Karlsson, 2004).

Παραδείγματος χάριν, ένας θεραπευόμενος με συναισθήματα κατωτερότητας και με χαμηλή αυτό-εκτίμηση μπορεί αντιμεταβιβαστικά να ωθήσει τον θεραπευτή σε έναν ρόλο ιδιαίτερα ερμηνευτικό, τύπου «*μα δεν βλέπεις το προφανές*», προκειμένου να επικυρώσει σε ασυνείδητο επίπεδο τις αρνητικές ιδέες για τον εαυτό του, στο πλαίσιο της σχέσης μεταβίβασης.

Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Tuckett (2003), «*όσο μεγαλύτερος είναι ο πιθανός εφιάλτης που ο ασθενής επιδιώκει να μην γνωρίζει και να μην βιώσει, τόσο βαρύτερα θα είναι η αντιμεταβίβαση και τα θέματα τεχνικής*» (σελ. 12). Υπό αυτό το πρίσμα, ο ρόλος του θεραπευτή δεν είναι να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο τον βιώνει ο θεραπευόμενος. Αντιθέτως, καλείται να αξιοποιήσει τα όσα συμβαίνουν αντιμεταβιβαστικά, ώστε να κατανοήσει καλύτερα τον ασθενή του, αλλά και να επικοινωνήσει, σε κάποια κατάλληλη στιγμή, την ενόραση αυτή σε εκείνον (Messer, 2002. Miller, 2003). Η συμπαιγνία, ως αμοιβαία αντίσταση μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου, είναι μία από τις πολλές μορφές αντίστασης που διαδραματίζονται στο πλαίσιο της θεραπευτικής αλληλεπίδρασης. Όπως συμβαίνει με κάθε άλλη μορφή αντίστασης, έτσι και η περίπτωση της συμπαιγνίας έχει αρνητική, αλλά ταυτοχρόνως, και θετική λειτουργία.

Από τη μια πλευρά, αφορά σε εγκλωβισμό του θεραπευτικού ζεύγους σε μια κοινή φαντασίωση καταστροφής του πρωταρχικού αντικειμένου (μητέρα), σε περίπτωση που η θεραπεία προχωρήσει. Από την άλλη πλευρά όμως, θεωρείται ότι δρα προστατευτικά της

ίδιας της θεραπείας που παραλλήλως αντιμάχεται, εμποδίζοντας την πρόωρη εξάλειψη των ψευδαισθήσεων για αδιαφοροποίητη ενότητα ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο, απώλεια που παραπέμπει στη δυαδικότητα και ως εκ τούτου εγείρει συναισθήματα εξάρτησης, μοναξιάς, φόβου εγκατάλειψης, και εν τέλει, φόβου θανάτου (Karlsson, 2004).

Η Horner (2005) ανέλυσε μια σειρά από άλλες μορφές αντιμεταβιβαστικής αντίστασης που μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπεία. Ο ασυνείδητος φόβος μην προκληθεί η οργή ενός δύσκολου και απαιτητικού ασθενή, η ανάγκη για αυτό-επιβεβαίωση σε έναν ασθενή που προκαλεί την αξία του θεραπευτή, ή τη σημασία της θεραπείας, η αντίσταση να εδραιώσει τους όρους του θεραπευτικού πλαισίου ώστε να μην κατηγορηθεί ως αυστηρός και άκαμπος, η ανάγκη να αποδείξει ότι είναι «καλός θεραπευτής», η ανάγκη να θεωρείται υπολογίσιμος και να αναγνωρίζεται από τον ασθενή του, όλα αυτά είναι μερικά μόνο παραδείγματα αντιμεταβιβαστικών αντιστάσεων.

Το σημαντικό στοιχείο που ανακύπτει από αυτές τις μορφές αντίστασης εκ μέρους του θεραπευτή, είναι ότι η διαμόρφωση ενός ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος δεν θα πρέπει να συγχέεται με τη δοτικότητα ή την καλοσύνη του θεραπευτή, ή ακόμα να αφορά σε παρερμηνείες της συμπεριφοράς του που στην πραγματικότητα πρόκειται για λανθασμένη εφαρμογή της θεωρίας (π.χ. υποτάσσεται κανείς στις βουλήσεις του ασθενούς στο όνομα της ενσυναίσθησης). Σε τέτοιες περιπτώσεις ελλοχεύουν οι εξής δύο κίνδυνοι. Πρώτον, η θεραπεία να δομηθεί γύρω από ένα σχήμα απαίτησης (*demand structure of treatment*), όπου η μία απαίτηση του ασθενούς διαδέχεται την άλλη (Friedman, 1997). Οι Choi-Kain και Gunderson (2010) έχουν επισημάνει, για παράδειγμα, την τάση των οριακών και ναρκισσιστικών ασθενών να αντιστέκονται στη θεραπεία τους μέσω της συνεχούς απαίτησης για «ειδική μεταχείριση», θέτοντας το δίλλημα στον θεραπευτή σχετικά με το αν πρέπει να ικανοποιήσει, ή αντίθετα να ματαιώσει, αυτές τις μη-ρεαλιστικές απαιτήσεις. Ο δεύτερος κίνδυνος που ανακύπτει είναι όταν η υποστηρικτική και ενθαρρυντική στάση του θεραπευτή

κινδυνεύει να εκληφθεί από τον θεραπευόμενο ως απαίτηση για βελτίωση (Horner, 2005). Αποκορύφωμα, βέβαια, της αντιμεταβίβασης του θεραπευτή, είναι όταν οι αντιστάσεις που εκδηλώνουν οι θεραπευόμενοι χρησιμοποιούνται ως άλλοθι για μια μη-επιτυχημένη θεραπεία (Lewis & Evans, 1986), καθώς και ως ευφημισμός της συνοδής ματαίωσης που νιώθει ο θεραπευτής (Basch, 1982).

Από τις θέσεις που παρατέθηκαν μέχρις αυτό το σημείο, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε κλινικό επίπεδο, καταλήγει κανείς στο ακόλουθο συμπέρασμα όσον αφορά τη σύγχρονη κατανόηση της αντίστασης. Η αντίσταση στη θεραπεία μπορεί να αποτελεί τη μεγαλύτερη, ίσως, πρόκληση για θεραπευτές και θεραπευόμενους, αλλά συνάμα έχει θετική και καλοήγη διάσταση, ως βασικός μηχανισμός αυτό-προστασίας του ψυχισμού, της εσωτερικής ισορροπίας και της ταυτότητας του ατόμου. Η θετική αυτή οπτική, παρόλο που με ρητό τρόπο είχε αρχικά αναδειχθεί σε γραπτά ψυχοθεραπευτών της ανθρωπιστικής και υπαρξιακής σχολής (Mahoney, 1991), τις τελευταίες δεκαετίες έχει πλέον επικρατήσει και στην ψυχοδυναμική/ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Ο Schafer (1973) αναφέρει, χαρακτηριστικά, ότι ο θετικός τρόπος σκέψης των ψυχαναλυτών όσον αφορά την αντίσταση συνάδει με την αντίληψη του Freud (1915/1957d) για το Ασυνείδητο, σύμφωνα με την οποία το ασυνείδητο είναι εκείνη η περιοχή που δεσπόζει η επιθυμία, η ελπίδα και η κατάφαση. Ως εκ τούτου, «*η ψυχανάλυση είναι η αναζήτηση των καταφάσεων*» (Schafer, 1973, σελ. 281). Η ισόρροπη αυτή κατανόηση της αντίστασης, ανάμεσα στις αρνητικές και τις θετικές πλευρές της, παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία για την τεχνική και τροποποιεί την υπάρχουσα αντίληψη για την ψυχανάλυση, όπως υποστηρίζει ο Schafer (1973). Όπως διαφάνηκε, επίσης, οι θετικές συνιστώσες της αντίστασης σχετίζονται και με διαδικαστικά θέματα της θεραπείας, αλλά και με την αντιμεταβίβαση του θεραπευτή (Stone, 1973).

Κοινός παρονομαστής όλων αυτών φαίνεται να είναι ο τρόπος που η αντίσταση ξετυλίγεται στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης και αλληλεπίδρασης, ιδιαίτερα δε σε

σχέση με το αίσθημα της ασφάλειας, που εμφανίζεται να αποτελεί κινητήριο δύναμη στις προσπάθειες του ατόμου για ψυχική αλλαγή. Το σύγχρονο πεδίο ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας της θεωρίας προσκόλλησης του Bowlby (1988) θέτει τον παράγοντα της ασφάλειας σε κεντρικό σημείο και μάλιστα συνδέοντάς τον με τα φαινόμενα απώλειας και αποχωρισμού, τα οποία επηρεάζουν καθοριστικά τη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου. Στο επόμενο κεφάλαιο, η από κοινού εξέταση αυτών των μεταβλητών σε σχέση με την αντίσταση στην ψυχοθεραπεία αναμένεται να ενισχύσει περαιτέρω τη θετική οπτική και κατανόηση της αντίστασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η κατανόηση της αντίστασης υπό το πρίσμα της θεωρίας προσκόλλησης

Η θεωρία προσκόλλησης τονίζει τη σπουδαιότητα που έχει ο συναισθηματικός δεσμός του βρέφους με τη μητέρα του για την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη, και ειδικότερα για την ανάπτυξη ενός ασφαλούς μοντέλου εαυτού και σχέσεων με τους άλλους, το οποίο συνοδεύει όλη την ενήλικη ζωή. Οι εφαρμογές της θεωρίας προσκόλλησης έχουν διευρυνθεί και στο χώρο της ψυχοθεραπείας μέσω της εμπειρικής τεκμηρίωσης του ρόλου της στην κλινική πράξη. Εντούτοις, οι επιμέρους αναφορές στη σχέση μεταξύ της θεωρίας προσκόλλησης και της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία παραμένουν, κατά βάση, έμμεσες. Πιθανή εξήγηση για αυτό αποτελεί ενδεχομένως η θεμελιώδης διαφορά εστιασμού που ενυπάρχει ανάμεσά τους. Η αντίσταση είναι μια έννοια που εξ αρχής ταυτίστηκε με ενδοπροσωπικές συνιστώσες (π.χ. ενορμήσεις, κίνητρα, εσωτερικές συγκρούσεις) και με ιδιοσυστασιακούς μηχανισμούς (π.χ. φαντασιώσεις, αναπαραστάσεις). Από την άλλη πλευρά, η θεωρία της προσκόλλησης προκρίνει τη σημασία των πραγματικών εμπειριών του ατόμου και ερμηνεύει τη συμπεριφορά του με όρους διαπροσωπικής συναλλαγής και αναζήτησης ασφάλειας, παρά με τους όρους των σεξουαλικών / επιθετικών ενορμήσεων και των ενδοψυχικών συγκρούσεων, που επικρατούν στην κλασική ψυχαναλυτική σχολή (Holmes, 1994. Silverman, 1998).

Μια ενδελεχής μελέτη της θεωρίας προσκόλλησης, ωστόσο, αναδεικνύει την ύπαρξη ενός νέου ερμηνευτικού πλαισίου μέσα από το οποίο η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία μπορεί να κατανοηθεί, να αναγνωριστεί και να αντιμετωπιστεί υπό μια νέα οπτική με έμφαση στις παραμέτρους του σχετίζεσθαι, της ασφάλειας και της εσωτερικής συνοχής εαυτού. Η οπτική αυτή δεν αντικρούει απαραίτητα τις αρχικές θέσεις της ψυχαναλυτικής προσέγγισης για την κατανόηση και την ερμηνεία των αντιστάσεων, αλλά λειτουργεί συμπληρωματικά με αυτές

μετατοπίζοντας το κέντρο βάρους προς μια θετικότερη θεραπευτική στάση απέναντι στα φαινόμενα αντίστασης. Η έμφαση που δίνεται, λόγου χάρη, στις εμπειρίες αποχωρισμού και απώλειας, καθώς και στους τρόπους με τους οποίους το άτομο έχει προσπαθήσει να αντιμετωπίσει τα επώδυνα αυτά βιώματα και να κατακτήσει ένα ελάχιστο επίπεδο ψυχικής ασφάλειας, διανοίγουν μια νέα οπτική στην κατανόηση της αντίστασης. Υπό αυτή την οπτική, η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία θεωρείται ένας κατεξοχήν προστατευτικός μηχανισμός που διαμεσολαβεί ανάμεσα στους δύο αυτούς παράγοντες: τις εμπειρίες απώλειας και την ανάγκη του ανθρώπου για ασφάλεια. Επομένως, ως ενδιάμεση μεταβλητή αυτό-προστασίας, η αντίσταση παύει να θεωρείται ένα αποκλειστικά ενδο-προσωπικό χαρακτηριστικό και αντ' αυτού τοποθετείται στο πλαίσιο της (θεραπευτικής) σχέσης.

Η νέα οπτική που δημιουργείται βάσει της θεωρίας προσκόλλησης επιτρέπει τον επαναπροσδιορισμό της αντίστασης, από ένα κατεξοχήν αρνητικό ενδογενές χαρακτηριστικό, σε ένα αναπόσπαστο στοιχείο της θεραπείας με ιδιαίτερα θετική και έντονη διαπροσωπική διάσταση. Παρά τις σύγχρονες ψυχαναλυτικές θέσεις, η αντίσταση έχει επικρατήσει έως τούδε να θεωρείται τροχοπέδη στη θεραπεία (Freud, 1900/1953a), καθώς εναντιώνεται στη θεραπευτική διαδικασία και την ψυχική αλλαγή, υπερασπίζοντας τη νεύρωση και το *status quo* του ασθενή (Greenson, 1967). Όπως θα αναλυθεί διεξοδικά παρακάτω, στον αντίποδα αυτών των θέσεων, η θεωρία της προσκόλλησης επιτρέπει να αναδειχθούν, αφενός μεν, ο λειτουργικός ρόλος της αντίστασης στη ρύθμιση των συναισθημάτων και στη διατήρηση της ασφάλειας και της εσωτερικής συνοχής του ατόμου (Silverman, 1998), αφετέρου δε, οι σχεσιακές της καταβολές, όπως αυτές μεταφέρονται στις ενήλικες διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά και στη θεραπεία (Bartholomew & Horowitz, 1991. Bowlby, 1988. Farber et al., 1995. Mallinckrodt, 2005. Sable, 1997a).

Όπως περιγράφηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο (Κεφάλαιο 4), η συγκεκριμένη μετατόπιση στην κατανόηση της αντίστασης, δηλαδή η αντιμετώπισή της με πιο θετικούς

όρους, ως προστατευτικός μηχανισμός της ψυχικής συνοχής του ατόμου, δεν αποτελεί καινούργιο τόπο. Εντούτοις, η συγκεκριμένη προσέγγιση της αντίστασης παραμένει, κυρίως, σε επίπεδο θεωρητικό, αφού οι σχετικές ερευνητικές μελέτες παραμένουν αποσπασματικές σε σχέση με επιμέρους μεταβλητές της θεραπείας (π.χ. θεραπευτική συμμαχία, θεραπευτικές παρεμβάσεις) και σε κάθε περίπτωση δεν εξετάζεται η θετική διάσταση της αντίστασης. Σε αντιδιαστολή, η θεωρία προσκόλλησης φαίνεται να προσφέρει το κατάλληλο πλαίσιο για έναν συνεκτικό και ολιστικό επαναπροσδιορισμό των αντιστάσεων. Κι αυτό διότι ο επαναπροσδιορισμός αυτός των αντιστάσεων εκπηγάζει και θεμελιώνεται αφενός μεν θεωρητικά, μέσα από τις βασικές αρχές της θεωρίας προσκόλλησης. Αφετέρου δε, κλινικά και ερευνητικά, καθώς προκύπτουν εμπειρικά δεδομένα με σαφή προσανατολισμό προς μια θετική αντιμετώπιση της αντίστασης, από τα οποία, μάλιστα, προκύπτουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες για τη βελτίωση της θεραπευτικής πρακτικής και του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Θεωρητική πλαισίωση: Η αντίσταση στη θεωρία της προσκόλλησης

Στόχος του κεφαλαίου είναι να αναδειχθεί η σχέση ανάμεσα: (α) στην αντίσταση του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία, (β) στο αίσθημα ασφάλειας, και (γ) στη βίωση απώλειας, με την ευρύτερη έννοια. Δηλαδή, τη βίωση μιας απώλειας η οποία είναι είτε ποσοτική (π.χ. απουσία ανταπόκρισης στις ανάγκες του ατόμου, μη-διαθεσιμότητα αντικειμένου), είτε ποιοτική (π.χ. ανεπαρκής ή ακατάλληλη απάντηση στις ανάγκες του ατόμου). Μέσω της αλληλεξάρτησης των τριών παραμέτρων διαφαίνεται η θετική σημασία της αντίστασης, καθώς λειτουργεί προστατευτικά για το άτομο ως «εγγυητής της ασφάλειας». Μιας ασφάλειας που δεν προέκυψε ποτέ ως τέτοια, αλλά που ατελεύτητα το άτομο προσπαθεί να την αδράξει, ακόμη κι αν αυτό γίνεται με τρόπο που εν τέλει τον απομακρύνει από εκείνη.

Προκειμένου να διαφανεί αυτή η αναλογία, θα πρέπει να ληφθεί ως δεδομένο ότι η θεωρία της προσκόλλησης έχει έναν μάλλον αντικειμενόμενο προσανατολισμό, παρά έναν ενορμητικό. Για τον Bowlby και τους άλλους υποστηρικτές της θεωρίας προσκόλλησης, οι άμυνες –και γενικότερα οι αμυντικοί μηχανισμοί όπως είναι η αντίσταση, αν και η θεωρία δεν κάνει σαφή αναφορά σε αυτή– αποτελούν μάλλον διαπροσωπικούς παρά ενδοπροσωπικούς μηχανισμούς (Bowlby, 1977. Gunderson, 1996). Έτσι, η αποφυγή του ψυχικού πόνου –το κοινό βασικό κίνητρο ανάμεσα στην άμυνα και την αντίσταση (Greenson, 1967)– έχει την αφετηρία της στη σχέση και όχι στο άτομο αυτό καθ' εαυτό.

Στο πλαίσιο αυτό, τρεις είναι οι κύριες διαστάσεις της θεωρίας προσκόλλησης μέσω των οποίων κατανοείται η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία, υπό το πρίσμα ενός νέου ερμηνευτικού πλαισίου:

1. Η σχέση «ασφάλεια vs. εξερεύνηση», από την οποία αναδεικνύεται η σχεσιακή δυναμική της αντίστασης.
2. Η σχέση «ασφάλεια vs. απώλεια», η οποία φανερώνει τον προστατευτικό ρόλο της αντίστασης.
3. Η λειτουργία των εσωτερικών μοντέλων εργασίας (*working models*), τα οποία προβάλλουν συνδυαστικά τόσο τον προστατευτικό ρόλο όσο και τη διαπροσωπική διάσταση της αντίστασης.

Οι τρεις αυτές διαστάσεις αναλύονται διεξοδικά στις ενότητες που ακολουθούν.

Σχέση «ασφάλεια vs. εξερεύνηση».

Σύμφωνα με τις βασικές θεωρητικές θέσεις του Bowlby (1969), οι οποίες έχουν επιβεβαιωθεί εμπειρικά από το ερευνητικό έργο της Mary Ainsworth (1967) και από άλλους (π.χ. Sroufe, 1983. Goldsmith & Alansky, 1987. Hoffman, Marvin, Cooper, & Powell, 2006), η συμπεριφορά του βρέφους διέπεται από δύο συμπληρωματικά συστήματα: (α) την επιδίωξη

εγγύτητας, και (β) την εξερεύνηση. Τα συστήματα αυτά είναι συμπληρωματικά, καθώς όταν είναι ενεργό το ένα αδρανεί το άλλο, και αντιστρόφως. Ξεκινώντας από μια ηθολογική θεώρηση, ο Bowlby (1969) υποστήριξε ότι στη βρεφική ηλικία το βρέφος αναμένεται να κατακτήσει αναπτυξιακά τη διαμόρφωση μιας πρωτογενούς σχέσης με το βασικό πρόσωπο φροντίδας, την οποία κατονόμασε ως σχέση προσκόλλησης. Από τη σχέση προσκόλλησης με τη μητέρα (ή με το κύριο πρόσωπο φροντίδας, γενικότερα) εξαρτάται η ίδια η επιβίωση του βρέφους κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Η εγγύτητα με το πρόσωπο φροντίδας είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση της τροφής και για την κάλυψη των ευρύτερων αναγκών του βρέφους, όπως εξάλλου και για τη διασφάλιση της προστασίας του από εξωτερικούς κινδύνους.

Η εγγύτητα και η διαθεσιμότητα του προσώπου φροντίδας να ανταποκριθεί στις ανάγκες του βρέφους είναι ταυτόσημη με την έννοια της «βιωμένης ασφάλειας» (Sroufe & Waters, 1977), η οποία δηλώνει το αίσθημα που δομείται εσωτερικά στο βρέφος ότι μπορεί να εμπιστευθεί το πρόσωπο φροντίδας για την προστασία του τόσο από εξωτερικές πηγές κινδύνου όσο και από εσωτερικές «απειλές» (π.χ. πείνα, πόνος, άγχος). Επομένως, η εγγύτητα με το πρόσωπο φροντίδας, όταν είναι σταθερή και αξιόπιστη, συμβάλλει στη ρύθμιση του άγχους και των άλλων επώδυνων συναισθημάτων και, κατ' αυτόν τον τρόπο, διαμορφώνει προοδευτικά για το άτομο μια βάση ασφάλειας (*secure base*) (Bowlby, 1988). Πρόκειται για εκείνον τον προστατευτικό μηχανισμό απέναντι στα διάφορα σήματα κινδύνου –όπως αυτά εκπηγάζουν έσωθεν και έξωθεν– ο οποίος προσφέρεται σε αυτή τη φάση από μια εξωτερική πηγή ασφάλειας, εκείνη του προσώπου φροντίδας. Κατά τους Goldberg, Grusec και Jenkins (1999), η σχέση εγγύτητας / προσκόλλησης με το πρόσωπο φροντίδας ορίζεται αποκλειστικά ως προστασία από το άγχος και τη συναισθηματική φόρτιση. Ως εκ τούτου, δεν θα πρέπει να συγχέεται με ευρύτερες ποιότητες ενός καλού γονικού προτύπου (π.χ.

τρυφερότητα, οριοθέτηση, παιχνίδι). Η σχέση προσκόλλησης, επομένως, συνίσταται στη συσχέτιση της εγγύτητας με τη δυνατότητα για επιβίωση.

Αν και συμπληρωματικά τα δύο συστήματα εγγύτητας-εξερεύνησης, λόγω του προστατευτικού χαρακτήρα του πρώτου, το σύστημα εγγύτητας προκρίνεται έναντι αυτού της εξερεύνησης, καθώς είναι αυτό που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την οργανική αλλά και την ψυχική επιβίωση του βρέφους. Με άλλα λόγια, το βρέφος θα «αποποιηθεί» την εγγύτητα προς χάριν της εξερεύνησης τότε μόνο όταν θα έχει νιώσει αρκετά ασφαλές, όταν δηλαδή θα έχει εγκαθιδρυθεί η απαραίτητη βάση ασφάλειας (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978. Bowlby, 1988). Μάλιστα, σε περίπτωση που βιώσει αυξημένο άγχος, ή κάποιο είδος απειλής στο περιβάλλον του, τότε το βρέφος θα επαναπροσεγγίσει το πρόσωπο φροντίδας, ώστε μέσω της εγγύτητας να αποκαταστήσει το διακυβευμένο συναίσθημα ασφάλειας τόσο όσο είναι απαραίτητο στη δεδομένη φάση προκειμένου να μπορέσει ξανά να προβεί σε μία νέα εξερεύνηση (Sroufe & Waters, 1977).

Η λειτουργία της *βάσης ασφάλειας*, ως βασική προϋπόθεση για την εξερεύνηση του καινούργιου, διαμορφώνεται μεν στους πρώτους μήνες ζωής του ατόμου, εφαρμόζεται όμως σε όλη τη ζωή του (Bowlby, 1969, 1980, 1988). Όπως χαρακτηριστικά το διατυπώνει ο Bowlby (1988), *«από την κούνια έως τον τάφο»* (σελ. 163). Έτσι, η πρόκριση της ασφάλειας έναντι της εξερεύνησης του καινούργιου συνοδεύει όλα τα αναπτυξιακά στάδια της ζωής: κανείς δεν δοκιμάζει το άγνωστο εάν δεν έχει προηγουμένως αισθανθεί αρκετά ασφαλής. Η εξερεύνηση του καινούργιου πραγματοποιείται μόνο εφόσον προϋπάρχει μια βάση ασφάλειας, η οποία θα επιτρέπει τη ρύθμιση του άγχους που εκ προοιμίου συνοδεύει καθετί ανοίκειο και καινούργιο. Έτσι, η συμπεριφορά προσκόλλησης που έχει αναπτυχθεί κατά τη βρεφική ηλικία και η οποία επιδιώκει έναν αναγκαίο βαθμό ασφάλειας, μεταφέρεται καθ' όλη την πορεία ζωής του ατόμου, ιδιαίτερα δε ενεργοποιείται σε περιόδους κρίσης ή απειλής (Bowlby, 1979). Η διαχρονικότητα της βάσης ασφάλειας ως απαραίτητη προϋπόθεση για την

εξερεύνηση του καινούργιου, εκτός από κοινή αποδοχή ανάμεσα σε πολλούς πρεσβευτές της θεωρίας προσκόλλησης (Bartholomew & Horowitz, 1991. Hazan & Shaver, 1994. Lopez & Brennan, 2000), έχει υποστηριχθεί και ερευνητικά.

Σχετικές έρευνες έχουν δείξει την προγνωστική σταθερότητα της ασφαλούς προσκόλλησης από τη βρεφική στην παιδική και την εφηβική ηλικία μέχρι και την ενήλικη ζωή (Fraley, 2002. Hamilton, 2000. Kobak & Sceery, 1988. Main & Cassidy, 1988. Waters et al., 2000). Τα βρέφη που χαρακτηρίζονται από ασφαλή τύπο προσκόλλησης με το πρόσωπο φροντίδας επιδεικνύουν περισσότερο ενθουσιασμό, θετική διάθεση και επιμονή στην επίλυση προβλημάτων (Matas, Arend, & Sroufe, 1978), ενώ γενικότερα προβάλλουν μεγαλύτερη συμπεριφορά εξερεύνησης του περιβάλλοντος τους κατά τη νηπιακή ηλικία (Ainsworth, 1979), σε σύγκριση με εκείνα που έχουν ανασφαλή σχέση προσκόλλησης. Κατ'αντιστοιχία, οι ενήλικες με ασφαλή τύπο προσκόλλησης είναι πιο ανοιχτοί στην εξερεύνηση, διαχειρίζονται με μεγαλύτερη ευχέρεια το άγχος που συνοδεύει τις νέες εμπειρίες (Bartholomew & Horowitz, 1991. Hazan & Shaver, 1994. Lopez & Brennan, 2000), δείχνουν προσήλωση και επιμονή στην επίτευξη των στόχων τους και δεν διακατέχονται από φόβο αποτυχίας (Elliot & Reis, 2003). Στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, οι ενήλικοι με ασφαλή τύπο προσκόλλησης αποδίδουν ιδιαίτερη αξία και εμπιστοσύνη στο δεσμό διατηρώντας μια ισορροπία ανάμεσα στην οικειότητα και την αυτονομία (Bartholomew & Horowitz, 1991), ενώ επιδεικνύουν καλύτερα επίπεδα αυτό-αποκάλυψης, ενσυναισθητικής κατανόησης και συνεργασιμότητας ως προς την επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων (Hazan & Shaver, 1987. Pistole, 1989. Miculincer & Nachson, 1991).

Έρευνα των Mikulincer και Orbach (1995) επιβεβαίωσε παλαιότερα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία τα άτομα ασφαλούς προσκόλλησης είναι σε θέση να αναγνωρίζουν περισσότερο τα συναισθήματά τους όταν βρίσκονται σε φόρτιση και μπορούν να αντέχουν τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις χωρίς να κατακλύζονται από αρνητικές σκέψεις και

συναισθηματισμούς (Kobak & Sceery, 1988. Mikulincer et al., 1990, 1993). Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με ασφαλή προσκόλληση έχουν μειωμένα επίπεδα άγχους και χρησιμοποιούν τον αμυντικό μηχανισμό της απώθησης με τρόπο προσφορότερο από ό,τι τα άτομα με ανασφαλή τύπο προσκόλλησης. Επίσης, δεν χρησιμοποιούν τον μηχανισμό της μόνωσης συναισθήματος, αφού εκφράζουν αβίαστα τα συναισθήματά τους όταν ανασύρουν αρνητικές μνήμες. Παράλληλα, τα σχετικά αρνητικά συναισθήματα που προκύπτουν από την ανάκληση δυσάρεστων μνημών δεν δρουν συσσωρευτικά, ούτε επιβαρύνουν τη γενικότερη ψυχική κατάσταση. Σε αντιδιαστολή, τα άτομα με ανασφαλή τύπο προσκόλλησης είτε κατακλύζονται από άγχος όντας «παραδομένα» σε οτιδήποτε αρνητικό και επώδυνο, είτε επιδεικνύουν αυτό που οι ερευνητές ονομάζουν ως «αδιαφοροποίητη αμυντικότητα», δηλαδή την τάση του ατόμου να εναντιώνεται απέναντι στη γνωστική και συναισθηματική πρόσβαση σε αρνητικά βιώματα, χωρίς ωστόσο να μειώνονται και τα επίπεδα του συνοδού άγχους (Mikulincer & Orbach, 1995).

Καθώς προκύπτει από τις σχετικές έρευνες, η ύπαρξη μιας ασφαλούς βάσης κατά τη βρεφική περίοδο, μέσα από τη βίωση μιας σταθερής και αξιόπιστης σχέσης προσκόλλησης με τη μητέρα, είναι αυτή κυρίως που θα γαλουχήσει, ούτως ειπείν, «μικρούς εξερευνητές». Μεγαλώνοντας, αυτοί οι «εξερευνητές» θα έχουν τα εφόδια ώστε να μπορούν, με μικρό σχετικά άγχος, να διερευνήσουν τόσο τον εξωτερικό όσο και τον εσωτερικό τους κόσμο, με τρόπο τέτοιο ώστε να προάγεται η αυτοπραγμάτωση, η εκπλήρωση των δυνατοτήτων, η αρμονική σχέση με τους άλλους και εν τέλει η ψυχική υγεία. Το κατεξοχήν πεδίο προσωπικής διερεύνησης είναι αυτό της ψυχοθεραπείας, και δη το πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης. Στην ψυχοθεραπεία, το άτομο καλείται να έρθει αντιμέτωπο, να αναγνωρίσει, να επεξεργαστεί και να μεταβολίσει δυσάρεστα βιώματα και δυσχερείς καταστάσεις. Η διαδικασία αυτό-διερεύνησης και αυτό-αποκάλυψης αποτελεί κεντρικό σημείο κάθε τύπου ψυχοθεραπείας, με δεσπόζουσα την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία στην οποία η αρχή του

ελεύθερου συνειρμού – η προτροπή, δηλαδή, προς τον θεραπευόμενο να λέει οτιδήποτε περνά από το νου – αποτελεί τον βασικό κανόνα (Freud, 1913/1958b). Ωστόσο, παρά τη σημαντική θεραπευτική αξία της αυτό-διερεύνησης, από σχετική μετα-ανάλυση προκύπτει ότι ποσοστό 50% των ατόμων σε ψυχοθεραπεία κρατούν μυστικά από τους θεραπευτές. Το περιεχόμενο αυτών των μυστικών άπτεται συνήθως σε θέματα διαπροσωπικών δυσκολιών, σεξουαλικότητας και αποτυχίας (Farber, Berano, & Capobianco, 2004).

Βάσει των παραπάνω απόψεων και των εμπειρικών δεδομένων σχετικά με την πρόκριση της ασφάλειας έναντι της εξερεύνησης, θα ήταν αναμενόμενο οι δύο αυτές παράμετροι να συσχετίζονται και στο πεδίο της ψυχοθεραπείας. Πράγματι, τα πολλαπλά οφέλη της ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης αναφορικά με τη διαδικασία της εξερεύνησης μεταφέρονται και στη θεραπευτική σχέση, καθώς ο θεραπευτής ενσαρκώνει εκείνα τα χαρακτηριστικά που τον συνιστούν πρόσωπο προσκόλλησης (Bowlby, 1988. Farber, Lippert, & Nevas, 1995).

Καταρχήν, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με ασφαλή τύπο προσκόλλησης έχουν απευθυνθεί σε μεγαλύτερο βαθμό για θεραπεία από ό,τι οι τύποι ανασφαλούς προσκόλλησης, γεγονός που υποδηλώνει, αφενός μεν, την αυξημένη εμπιστοσύνη αυτών των ατόμων προς τους άλλους, αφετέρου δε τη μεγαλύτερη ευχέρεια να «εξερευνήσουν», ή αλλιώς να διερευνήσουν, την όποια δύσκολη κατάσταση τους φέρνει στη θεραπεία (Riggs, Jacobvitz, & Hazen, 2002). Το τελευταίο επιβεβαιώνεται και από έρευνες σχετικές με τη θεραπευτική διαδικασία. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι θεραπευόμενοι με ασφαλή τύπο προσκόλλησης είναι σε θέση να περιγράφουν με μεγαλύτερη σαφήνεια παλαιότερες διαπροσωπικές εμπειρίες –θετικές και αρνητικές– και παράλληλα να ερμηνεύουν και να απαρτιώνουν παρελθόντα βιώματα (Buchheim & Mergenthaler, 2000). Πρόσφατη έρευνα σε δείγμα 38 ασθενών σε βραχύχρονη ψυχοθεραπεία έδειξε ότι όταν στη θεραπευτική σχέση επικρατεί ασφαλής προσκόλληση μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου τότε οι θεραπευτικές

συνεδρίες χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερο βάθος και ομαλότητα (Mallinckrodt, Porter, & Kivlighan, 2005). Σύμφωνα με τους ερευνητές, το βάθος και η ομαλότητα της συνεδρίας είναι εκείνες οι μεταβλητές που ορίζουν λειτουργικά την παράμετρο της διερεύνησης μέσα σε ένα ασφαλές πλαίσιο, καθώς συνδυάζουν την εις βάθος επεξεργασία προσωπικών ζητημάτων με τη βίωση μειωμένου άγχους, τέτοιου ώστε η ομαλότητα της θεραπευτικής διαδικασίας να μην διαταράσσεται. Μάλιστα, για πολλούς ασθενείς η ενδο-συνεδριακή ομαλότητα έχει φανεί ότι είναι ταυτόσημη με τη βίωση ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση (Stiles & Snow, 1984).

Ενδιαφέρον, επίσης, παρουσιάζει το εύρημα μιας άλλης πρόσφατης έρευνας η οποία εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στη μεταβίβαση του θεραπευόμενου και την ασφαλή προσκόλληση με τον θεραπευτή (Woodhouse, Schlosser, Crook, Ligiero, & Gelso, 2003). Συγκεκριμένα, σε δείγμα 51 θεραπευτικών ζευγών, οι θεραπευτές του δείγματος έκριναν κάτι που θα μπορούσε να θεωρηθεί ως «παράδοξο», ότι δηλαδή όταν υπάρχει ασφαλής προσκόλληση στη θεραπευτική σχέση, η μεταβίβαση του θεραπευόμενου προς τον θεραπευτή είναι εντονότερη και αρνητικότερη. Παρά την αρχική αντίφαση που εμφανίζει ένα τέτοιο εύρημα, μία πιθανή ερμηνεία βάσει της σχέσης «ασφάλεια vs. εξερεύνηση» φαίνεται να οδηγεί σε εύλογα συμπεράσματα. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η εντονότερη και η αρνητική μεταβίβαση σε αυτούς τους θεραπευόμενους φαίνεται να οφείλεται στη δυνατότητα που τους δίνει η ασφάλεια που βιώνουν στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης να εκθέσουν, να διερευνήσουν και να έρθουν αντιμέτωποι με βαθύτερα και πιο επώδυνα συναισθήματα, όπως αυτά εκδηλώνονται μέσω της αρνητικής μεταβίβασης, ή της μεταβίβασης συνολικότερα.

Παρά τη σημασία που αποδίδεται στη σχέση μεταξύ της ασφάλειας και της διερεύνησης, η σχέση αυτή δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας. Μια από τις θεμελιώδεις θέσεις της θεωρίας προσκόλλησης είναι ότι ο θεραπευτής λειτουργεί για τον

θεραπευόμενο ως βάση ασφάλειας (Bowlby, 1988). Υπό αυτή την προϋπόθεση μόνο μπορεί ο θεραπευόμενος να αντέξει το άγχος και τα επώδυνα συναισθήματα που αναπόφευκτα συνοδεύουν τη διαδικασία της θεραπευτικής διερεύνησης. Όπως έχει διατυπωθεί, μία βασική λειτουργία του θεραπευτή είναι: «...να παρέχει στον ασθενή μια βάση ασφάλειας από την οποία θα μπορεί να εξερευνά τις διάφορες δυσάρεστες και επώδυνες πλευρές της ζωής του, παρελθούσης και παρούσης, για πολλές από τις οποίες του είναι δύσκολο ή ίσως και αδύνατο να τις σκεφτεί και να τις επανεξετάσει χωρίς κάποιον έμπιστο δίπλα του που θα του παρέχει υποστήριξη, ενθάρρυνση, συμπάθεια και, σε ορισμένες περιπτώσεις, καθοδήγηση (Bowlby, 1988, σελ. 138).

Σε συνδυασμό με τα θετικά οφέλη για τη θεραπευτική διαδικασία, φαίνεται ότι η λειτουργία του θεραπευτή ως βάση ασφάλειας επενεργεί θετικά και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αν και μια τέτοια συνεπαγωγή δεν έχει ερευνηθεί με απευθείας σύνδεση μέχρι τώρα, οι μεταβλητές που έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την ασφαλή θεραπευτική προσκόλληση –η διερεύνηση προσωπικών ζητημάτων, η ενδο-συνεδριακή ομαλότητα και βάθος και η επεξεργασία της μεταβίβασης– βρίσκονται σε θετική συσχέτιση με την έκβαση της θεραπείας (Farber, 2003. Gelso & Hayes, 1998. Mallinckrodt, 1993). Εντούτοις, τόσο η άμεση όσο και η έμμεση θεραπευτική αξία της σχέσης «ασφάλεια vs. εξερεύνηση» χρήζουν περαιτέρω μελέτης, όπως εξάλλου τονίζεται και στο αφιέρωμα που έγινε σε θέματα σχετικά με τη θεωρία προσκόλλησης στο περιοδικό *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (2006, Τόμος 74).

Ασφάλεια και αντίσταση: ανάγκη για περαιτέρω έρευνα.

Τα πεδία που χρήζουν περαιτέρω έρευνας στην ψυχοθεραπεία, σύμφωνα με το συγκεκριμένο αφιέρωμα, αφορούν τα εξής: (α) εμπειρική τεκμηρίωση της σχέσης «ασφάλεια vs. εξερεύνηση» στη θεραπεία, (β) οι παράγοντες που συμβάλλουν ώστε ο θεραπευτής να

αποτελεί για τον θεραπευόμενο βάση ασφάλειας, (γ) ο βαθμός που η βίωση του θεραπευτή ως βάση ασφάλειας αποτελεί από μόνη της μια επανορθωτική συναισθηματική εμπειρία, και (δ) η σχέση ανάμεσα στην ασφαλή προσκόλληση με τον θεραπευτή και το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Eagle, 2006).

Επομένως, ένα νέο ερευνητικό πεδίο που ανακύπτει είναι η σχέση ανάμεσα στην ασφάλεια και την αντίσταση του θεραπευόμενου να διερευνήσει και να επεξεργαστεί τα προσωπικά εκείνα ζητήματα που του προκαλούν αναστάτωση και ψυχικό πόνο. Το βασικό κίνητρο της αντίστασης –η αποφυγή επώδυνων συναισθημάτων (Freud, 1900/1953a. Greenson, 1967)– αποκτά μέσω της θεωρίας προσκόλλησης μια νέα σχεσιακή δυναμική. Η αντίσταση για αυτό-διερεύνηση, ή ακόμα-ακόμα, η γενικότερη αντίσταση στην ψυχική αλλαγή, παύει να ερμηνεύεται αποκλειστικά με όρους ενδοπροσωπικής σύγκρουσης, ή να άπτεται στη δύναμη των ενορμήσεων. Αντί αυτού, κατανοείται περισσότερο ως μια προσπάθεια για «ισοζύγιο» ανάμεσα στο δίπολο «ασφάλεια vs. εξερεύνηση». Γενικότερα δε στο σύνολο των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία παύει να κατανοείται πλέον ως απορρέουσα, κυρίως, από τον θεραπευόμενο. Αντίθετα, προκρίνεται η σημασία της θεραπευτικής σχέσης και διαφαίνεται ο κεντρικός ρόλος της βίωσης ασφάλειας, ώστε ο θεραπευόμενος να απαρνηθεί τις αντιστάσεις του, προς χάριν της διερεύνησης και της αλλαγής. Τηρουμένων των αναλογιών, η σχέση του βρέφους με τη μητέρα μεταφέρεται στη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου: όπως το βρέφος αντιστέκεται να φύγει από την εγγύτητα με τη μητέρα προκειμένου να εξερευνήσει το περιβάλλον, εάν δεν έχει πρώτα εξασφαλίσει μια σταθερή βάση ασφάλειας, κατ' αναλογία η αντίσταση του θεραπευόμενου να διερευνήσει επώδυνα συναισθήματα και πλευρές της ζωής του φαίνεται να συσχετίζεται με το βαθμό ασφάλειας που βιώνει στο πλαίσιο της σχέσης με τον θεραπευτή.

Κατά συνέπεια, η διαδικασία διερεύνησης και επεξεργασίας προσωπικών ζητημάτων, κεντρικό σημείο κάθε ψυχοθεραπείας, θεωρείται ότι μπορεί να επιτευχθεί μόνο εφόσον έχει

πρώτα εξασφαλιστεί ένα βασικό επίπεδο ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση. Διαφορετικά, το άτομο αναμένεται να αντιστέκεται στη διαδικασία αυτό-διερεύνησης και στη γνώση που προκύπτει από αυτή. Μια οπτική της αντίστασης με όρους ασφάλειας, όπως αυτή εκπηγάζει και διαμορφώνεται στο πλαίσιο της σχέσης με τον θεραπευτή, αναδεικνύει καταφανώς τη σχεσιακή δυναμική της αντίστασης, συμπληρωματικά της ιδιοσυστασιακής της προέλευσης. Εκεί ίσως που η αντίσταση συναντάται περισσότερο με ενδοπροσωπικούς, παρά με διαπροσωπικούς όρους, μοιάζει να είναι στην έννοια των εσωτερικών μοντέλων εργασίας της θεωρίας προσκόλλησης. Εντούτοις, ακόμη και τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας ενέχουν μια διαπροσωπική διάσταση, καθώς απορρέουν από την ανεκπλήρωτη ανάγκη για ασφάλεια, εκεί όπου επικρατεί η απώλεια της εγγύτητας. Στο επόμενο κεφάλαιο αναλύονται οι διεργασίες με τις οποίες οι εμπειρίες απώλειας επηρεάζουν, γενικότερα, την ψυχική οργάνωση του ατόμου, και ειδικότερα τις εκδηλώσεις αντίστασης. Μια τέτοια ανάλυση κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να κατανοηθεί ο στόχος της παρούσας μελέτης που είναι η διερεύνηση της επίδρασης της «απώλειας» του θεραπευτή στην αντίσταση του θεραπευόμενου.

Σχέση «ασφάλεια vs. απώλεια».

Πριν από οποιαδήποτε ανάλυση του ρόλου της απώλειας στη διαμόρφωση των αμυντικών μηχανισμών και δη της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, θεωρείται σημαντικό να αναδειχθούν τα σημεία σύγκλισης και απόκλισης της κλασικής ψυχαναλυτικής θεωρίας και της θεωρίας προσκόλλησης αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στην απώλεια και το αίσθημα ασφάλειας. Μέσα από μια τέτοια διαδικασία «αποσαφήνισης» αναμένεται να καταδειχθεί η κεντρικότητα της θέσης των διαπροσωπικών μεταβλητών (π.χ. θεραπευτική σχέση) στη μελέτη της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, η οποία έχει επικρατήσει να συνδέεται περισσότερο με ενδογενείς συνιστώσες.

Σημεία σύγκλισης ανάμεσα στην ψυχανάλυση και τη θεωρία προσκόλλησης.

Μία από τις κεντρικές ιδέες της θεωρίας προσκόλλησης είναι η εξής: καθώς η εγγύτητα με το πρόσωπο φροντίδας είναι ο παράγοντας εκείνος που θεμελιώνει το αίσθημα της εσωτερικής ασφάλειας και της επιβίωσης ενός ατόμου, όταν η εγγύτητα διακυβεύεται (π.χ. χωρισμός, ή ανεπιτυχής ανταπόκριση στη βίωση εσωτερικής έντασης), τότε προκαλείται έντονο άγχος και συναισθηματική φόρτιση και το άτομο απαντά σε αυτά με την ανάπτυξη αμυντικών μηχανισμών. Η θέση αυτή δεν απέχει πολύ από τις πρωταρχικές φρουδικές ιδέες περί ενορμήσεων αυτοσυντήρησης και περί άγχους (Freud, 1905/1953c, 1925-1926/1959), ενώ είναι συναφής και με τη θεωρία των αντικειμενότροπων σχέσεων. Άρα, πέραν από τις σαφείς διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα τους, η θεωρία προσκόλλησης και η ψυχαναλυτική θεωρία παρουσιάζουν, ταυτόχρονα, κοινά σημεία μεταξύ τους. Αυτό είναι σημαντικό να επισημανθεί, αφενός μεν γιατί έτσι προωθείται ένας κοινός τόπος κατανόησης της ψυχοπαθολογίας –και ως εκ τούτου των δυναμικών της ψυχοθεραπείας και δη της αντίστασης– ο οποίος είναι σημαντικός για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανακύπτουν στη θεραπευτική διαδικασία και στην πορεία προς την ψυχική ανάπτυξη. Αφετέρου δε, γιατί η έννοια και ο τρόπος λειτουργίας των αμυντικών διεργασιών πρωτοεμφανίστηκαν στην ψυχαναλυτική θεωρία, οπότε είναι απαραίτητο να φανούν τα σημεία σύγκλισης και απόκλισης με τη νεότερη χρονικά θεωρία προσκόλλησης, η οποία χρησιμοποιεί τους ίδιους όρους.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Silverman (1998), η έννοια της προσκόλλησης ενυπάρχει εμμέσως στην ψυχαναλυτική θεωρία, από τη στιγμή της σύλληψής της. Ο Freud (1905/1953c, 1925-1926/1959) είχε περιγράψει την κατάσταση του βρέφους ως εξαρτώμενου από τη μητέρα για την ανατροφή και την επιβίωσή του και είχε σηματοδοτήσει αυτή τη σχέση ως την πρωταρχική εμπειρία σχετίζεσθαι και αγάπης. Η αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους διεπόταν, σύμφωνα με τον Freud (1905/1953c, 1925-1926/1959), από μη-

σχετιζόμενα με την αρχή της ευχαρίστησης κίνητρα, τα οποία άπτονταν στις ενορμήσεις αυτοσυντήρησης και είχαν ως στόχο την κατασίγαση των ζωτικών αναγκών (π.χ. πείνα) και τη διασφάλιση από βλάβες. Μετέπειτα στη θεωρία του, ωστόσο, επικράτησε να θεωρείται ότι τόσο οι ενορμήσεις αυτοσυντήρησης όσο και οι σεξουαλικές ενορμήσεις διέπονται από την αρχή της ευχαρίστησης, γεγονός που δήλωνε ότι αυτό που έχει σημασία για το άτομο είναι η εκπλήρωση της επιθυμίας, η ικανοποίηση που αποκομίζεται από το αντικείμενο και όχι το μέσο που οδηγεί στην ικανοποίηση, δηλαδή, το ίδιο το αντικείμενο προς το οποίο απευθύνει τη λιβιδινική του ενέργεια. Η επικρατούσα αυτή άποψη δεν φαίνεται να αποδίδει με πλήρη πιστότητα την εξέλιξη των σχετικών φροϋδικών θέσεων για τις ενορμήσεις, ενώ ο ίδιος ο Freud δεν έπαψε να υπογραμμίζει τη σημασία του αντικειμένου, ή με άλλα λόγια, τη σημασία της σχέσης. Έτσι, όρισε το άγχος ως τον τύπο εκείνο της αντίδρασης του βρέφους που προκύπτει από τη βίωση ψυχικής απόγνωσης –ταυτόσημη με τη βιολογική απόγνωση– όταν το βρέφος κατακλύζεται από έντονες διεγέρσεις (εσωτερικές ή/και εξωτερικές), τις οποίες είναι ανίκανο να ελέγξει αφού το αντικείμενο απουσιάζει (Laplace & Pontalis, 1986).

Πράγματι, παρά την υποβόσκουσα σημασία της σχέσης στην ανάπτυξη της ατομικής ψυχοπαθολογίας, είναι γεγονός ότι στις φροϋδικές θέσεις επικράτησε ο ενορμητικός δυϊσμός, η σεξουαλικότητα και η επιθετικότητα, ενώ οι άμυνες ερμηνεύτηκαν ως συμβιβαστικοί σχηματισμοί ανάμεσα σε μια έμφυτη εσωτερική επιθυμία –είτε σεξουαλικού είτε επιθετικού τύπου– και τη σύγκρουση που αυτή η επιθυμία επέφερε. Κατά συνέπεια, η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία παρέμεινε για την κλασική ψυχανάλυση σε ένα πεδίο εσωτερικών συγκρούσεων, ασυνείδητων κινήτρων, φαντασιώσεων και ενδοψυχικών αναπαραστάσεων. Αυτό που αποτελούσε πεδίο εστίασης στην ψυχαναλυτική θεραπεία ήταν περισσότερο ο προσπορισμός ή μη της ικανοποίησης των ασυνείδητων εσωτερικών αναγκών του ατόμου. Η

απώλεια της σχέσης είχε σημασία ως ματαίωση της προσωπικής ικανοποίησης, παρά ως οτιδήποτε άλλο.

Ο Bowlby αντιτάχθηκε στις απόψεις του Freud, αλλά και της πρέσβειρας της θεωρίας των αντικειμενότροπων σχέσεων, της Melanie Klein, οι οποίοι υποστήριζαν ότι η αντίδραση των παιδιών στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου οφείλεται στην απώλεια των υπηρεσιών που αποκομίζονται από το πρόσωπο αυτό. Στη στέρηση, δηλαδή, των προσωπικών ικανοποιήσεων παρά στην απώλεια της ίδιας της σχέσης. Σε αντίθεση προς τις θέσεις αυτές, ο Bowlby (1960) διαπίστωσε ότι τα βρέφη διαμαρτύρονται στον αποχωρισμό ενός προσώπου φροντίδας, ακόμα και όταν, μετά τον αποχωρισμό, οι φροντίδες που απολάμβανε μέχρι τότε από το συγκεκριμένο πρόσωπο, αναπληρώνονται από κάποιον άλλο. Προέκυψε, μάλιστα, ότι συχνά το παιδί αρνείται να δεχθεί τις φροντίδες που του παρέχονται από τους άλλους ανθρώπους, επιβεβαιώνοντας έτσι ότι αυτό που προέχει δεν είναι τόσο η ικανοποίηση των εσωτερικών αναγκών, όσο η ίδια η σχέση με το πρόσωπο προσκόλλησης. Η προεξάρχουσα εγγενής ανάγκη του δεσμού μητέρας-βρέφους, έναντι της ευχαρίστησης που αποκομίζεται από την κάλυψη των άλλων αναγκών, φανερώνεται επίσης από το γεγονός ότι τα παιδιά προσκολλώνται στις μητέρες τους ακόμα και όταν αυτές είναι κακοποιητικές ή απορριπτικές (Bowlby, 1965 στο Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 2006).

Επιπλέον, ο Bowlby διαφοροποιήθηκε από τους προαναφερόμενους θεωρητικούς της ψυχανάλυσης, όσον αφορά την κατανόηση της επιθετικότητας. Ενώ για τον Freud και την Klein, η επιθετικότητα και η καταστρεπτικότητα είναι πρωτογενείς στον ανθρώπινο ψυχισμό –ενυπάρχουν, δηλαδή, ως συστατικά στοιχεία στην ανθρώπινη φύση– ο Bowlby (1965) υποστήριξε ότι η επιθετικότητα είναι δευτερογενής. Δηλαδή, προκύπτει ως αμυντικό κατασκεύασμα, ως αντίδραση του μικρού παιδιού απέναντι στις εμπειρίες απώλειας, αποχωρισμού και αποστέρησης. Η πιο αισιόδοξη αυτή προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία, κάθε αμυντική οργάνωση χάνει την ισχύ της, εάν και εφόσον οι πρώιμες τραυματικές

εμπειρίες επανορθωθούν με κάποιο τρόπο, συγγενεύει με τις αντίστοιχες θέσεις του Winnicott κατά τις οποίες η επιθετικότητα συνδέεται με την έννοια της ελπίδας, «εντεύθεν και επέκεινα της στέρησης και της απώλειας» (Winnicott, 2005, σελ. 12, πρόλογος του μεταφραστή Π. Αλούπη).

Οι θέσεις αυτές, οι οποίες προκρίνουν τη σπουδαιότητα της σχέσης έναντι της ικανοποίησης ενορμήσεων και αναγκών, διαμορφώνουν πρόσφορο έδαφος για μια θετικότερη και πιο «ανθρωπιστική» αντιμετώπιση της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία. Η αντίσταση, εκπεφρασμένη συχνά μέσα από εκδηλώσεις επιθετικότητας και εναντίωσης, κατανοείται περισσότερο ολιστικά ως μια μορφή αντίδρασης στο πλαίσιο της (πραγματικής και μεταβιβαστικής) σχέσης με τον θεραπευτή, παρά ως ένα κατεξοχήν αρνητικό γεγονός που επιβάλλεται από εσωτερικές ενορμήσεις. Μια τέτοια αντιμετώπιση, εξάλλου, αυξάνει τις δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης, καθώς εισάγει στην προβληματική της αντίστασης τον παράγοντα της θεραπευτικής διαντίδρασης.

Διαχείριση συναισθημάτων: ύπαρξη μέσω της συν-ύπαρξης.

Εάν θεωρηθεί ότι η αντίσταση είναι προϊόν προσαρμοστικών αντιδράσεων σε εμπειρίες «απώλειας» στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης –κατ’ αναλογία με τις αμυντικές οργανώσεις του βρέφους απέναντι στην «απώλεια» της μητέρας– είναι ιδιαίτερης σημασίας να κατανοηθούν οι λόγοι που η «απώλεια» της σχέσης κατέχει τόσο κεντρικό ρόλο, τόσο πρωτογενώς, αλλά και κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Ο παράγοντας της διαχείρισης συναισθημάτων (*emotion regulation*) φαίνεται να διαμεσολαβεί, στο σημείο αυτό, στη σχέση «ασφάλεια vs. απώλεια».

Συγκεκριμένα, στη βάση της πρωταρχικής σημασίας που αποκτά ο δεσμός μητέρας-βρέφους, μέσω της θεωρίας προσκόλλησης, προβάλλεται μια άλλη διάσταση για την ψυχική υγεία του ατόμου, η οποία συναρτάται με την παράμετρο της εσωτερικής ασφάλειας: η

διάσταση της επαρκούς και της κατάλληλης διαχείρισης των συναισθημάτων. Αξιοποιώντας τις μέχρι τότε επικρατούσες απόψεις για τα πρώτα αναπτυξιακά στάδια του βρέφους, η θεωρία προσκόλλησης προχώρησε περαιτέρω προβάλλοντας την ασφάλεια ως επιστέγασμα της ανθρώπινης ψυχικής λειτουργίας. Από τη σύνθεση των επιμέρους θεωρητικών θέσεων της ψυχανάλυσης και της θεωρίας προσκόλλησης φαίνεται να προκύπτει ένας διαφορετικός τρόπος κατανόησης της ψυχοπαθολογίας με έμφαση στις παραμέτρους του σχετίζεσθαι και της διωποκειμενικότητας. Η αιτία της μη δυνατότητας διαχείρισης των εντάσεων του βρέφους παρά μόνο μέσω της σχέσης προσκόλλησης με τη μητέρα του άπτεται στο γεγονός ότι σε αυτή τη φάση της συμβιωτικής σχέσης, το βρέφος δεν αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ένα ανεξάρτητο ον, αλλά αντίθετα υπάρχει η αίσθηση ότι βρίσκεται σε αδιαφοροποίητη ενότητα με τη μητέρα. Συνεπώς, η ικανοποίηση των αναγκών στο πλαίσιο της συγκυτιακής αυτής σχέσης, όπου η μητέρα βιώνεται ως αδιαφοροποίητο ον, επιτρέπει στο βρέφος να αναπτύξει υγιή ναρκισσισμό και μέσω της ασφαλούς προσκόλλησης να γίνει ικανό να ρυθμίζει τα συναισθήματά του. Αυτό επιτυγχάνεται, καταρχήν, μέσω της κατάλληλης ανταπόκρισης της μητέρας στις ανάγκες του βρέφους και αργότερα από το ίδιο το βρέφος αφ' εαυτού του, έχοντας ενσωματώσει τις μητρικές καθησυχαστικές λειτουργίες.

Όταν, ωστόσο, η σχέση εγγύτητας με τη μητέρα δεν είναι ασφαλής, οπότε το βρέφος βιώνει την «απώλεια» –ποσοτική ή/και ποιοτική– της μητέρας, αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη βίωση έντονου κατακλυσμιαίου άγχους. Κι αυτό γιατί με την απώλεια της μητέρας απειλείται η ίδια η ύπαρξη του βρέφους, αφού η ύπαρξή του αποτελεί συνέχεια της ύπαρξης της μητέρας, αντιληπτής μέσω της εγγύτητας. Όπως το έχει περιγράψει ο Loewald (Loewald, 1980 στο Φαλάρας, 1999), η απώλεια του αντικειμένου και η αποδιοργάνωση της συμβιωτικής σχέσης, οδηγεί αναπόδραστα στην αποδιοργάνωση του Εγώ. Ως συμπέρασμα, η θεωρία προσκόλλησης αναδεικνύει τη ζωτική σημασία της σχέσης μητέρας-βρέφους για αμοιβαία, σε πρώτη φάση, διαχείριση των συναισθημάτων, η οποία προοδευτικά

ενδοβάλλεται και αναπτύσσεται ως μηχανισμός αυτό-διαχείρισης των συναισθημάτων (Silverman, 1998). Με αυτόν τον τρόπο, η εγγύτητα με το πρωτογενές αντικείμενο δεν διασφαλίζει μόνο τη δυνατότητα απαρτίωσης της ψυχικής εμπειρίας, αλλά παράλληλα, εγγυάται την ψυχική επιβίωση του υποκειμένου. Τα επιτεύγματα αυτά «προικίζουν» τον ψυχισμό του ατόμου για όλη τη ζωή του. Αντίθετα αποτελέσματα επιφέρει η πρόωρη απώλεια της εγγύτητας.

Παρόλο που τόσο η κλασική ψυχαναλυτική θεωρία όσο και η θεωρία προσκόλλησης υπογραμμίζουν τη σημασία της πρωταρχικής σχέσης με τη μητέρα και εξηγούν την ψυχοπαθολογία ως αποτέλεσμα των αμυντικών οργανώσεων του ατόμου, η βασική διαφορά με την ψυχαναλυτική θεωρία είναι ότι εκεί που η τελευταία εστιάζει σε ενορμήσεις και άμυνες ως προς αυτές, η θεωρία προσκόλλησης εξηγεί τις αμυντικές διεργασίες ως το άμεσο προϊόν της απώλειας της σχέσης. Στη θέση των ενορμήσεων, δηλαδή, τοποθετούνται οι διαδικασίες προσκόλλησης. Πλέον, δεν είναι η ικανοποίηση της ανάγκης που έχει την πρωτοκαθεδρία, αλλά η διατήρηση του συναισθηματικού δεσμού και της ασφάλειας. Η ύπαρξη μέσω της συν-ύπαρξης.

Αναλυτικότερα, ως αντίδραση μπροστά στην απώλεια (ή την ανεπαρκή παρουσία) της μητέρας, το βρέφος προσαρμόζει τους τρόπους προσέγγισής της προκειμένου να διαφυλαχθεί ένα ελάχιστο επίπεδο ασφάλειας απαραίτητο για την επιβίωσή του. Αυτό γίνεται είτε μέσω των προσπαθειών για επιδίωξη μιας μεγαλύτερης παρουσίας από πλευράς της μητέρας του (π.χ. γοερό κλάμα), είτε μέσω της άρνησης των αναγκών του, έτσι ώστε να ακυρώνεται ψυχικά η σημασία της απώλειας (π.χ. απόσυρση). Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Bowlby ο τρόπος που αντιδρά κανείς στην απώλεια της ασφαλούς προσκόλλησης με το πρωταρχικό πρόσωπο φροντίδας είναι ο κατεξοχήν ερμηνευτικός παράγοντας των αυτό-ηττώμενων συμπεριφορών που θα αναπτύξει στην πορεία της ζωής του (Bowlby, 1977, 1980). Η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτό-ηττώμενης συμπεριφοράς, που

πολλές φορές εκδηλώνεται ακόμη και με αυτό-καταστροφικούς τρόπους (π.χ. πρόωρη διακοπή της θεραπείας, απόπειρες αυτοκτονίας, εκδραματίσεις) (Γιωτσίδη & Σταλίκας, 2005). Επομένως, μέσω της θεωρίας προσκόλλησης, η αντίσταση κατανοείται ως αποτυχία κατάλληλης αυτό-διαχείρισης των συναισθημάτων, ελλείπει μιας ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με το πρωταρχικό πρόσωπο φροντίδας, τη μητέρα.

Συνεπώς, γενικότερα οι αμυντικές οργανώσεις αναπτύσσονται προκειμένου το άτομο να μπορέσει να αντιμετωπίσει –ατελώς ίσως, αλλά τουλάχιστον σε ένα επίπεδο, επιτυχώς– τον ψυχικό πόνο, τον τρόμο και την απόγνωση που συνοδεύουν την απώλεια του δεσμού προσκόλλησης. Από τη σκοπιά της θεωρίας προσκόλλησης, οι αμυντικές διεργασίες είναι οι τρόποι με τους οποίους το άτομο προσπαθεί να διαχειριστεί τα επώδυνα συναισθήματα της απώλειας και να κρατήσει μια κάποια εγγύτητα με ένα αναξιόπιστο, ή απορριπτικό, πρόσωπο φροντίδας (Holmes, 1993). Επομένως, η άμυνα –και κατ’ επέκταση η αντίσταση κατά τη θεραπευτική διαδικασία– ενεργοποιείται προκειμένου να διατηρήσει, αφενός μεν, ένα ελάχιστο επίπεδο εσωτερικής συνοχής, αφετέρου δε, μια σχέση με το αντικείμενο. Η σχέση και η απώλεια τοποθετούνται, έτσι, στο κέντρο της προβληματικής της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία. Για παράδειγμα, η καταθλιπτική γυναίκα που αντιστέκεται στη θεραπεία της παραμένοντας κατατονική, με το επιχείρημα ότι: *«αυτό το γνωρίζω, μου είναι οικείο, το να είμαι καλά όμως μου είναι άγνωστο, με φοβίζει»*, δεν αντλεί απαραίτητα μαζοχιστική ικανοποίηση από το να παραμένει καθηλωμένη σε ένα πρωϊμότερο ψυχοσεξουαλικό στάδιο όπου υπήρχε μια σαδιστική μητέρα, αλλά εσωτερικά διατηρεί μια σχέση με το αντικείμενο, καταφέρνει δηλαδή να κρατά μέσα της έναν «ζωντανό» δεσμό με αυτή τη μητέρα, που η απώλεια του θα ισοδυναμούσε τότε με το βιολογικό θάνατο και τώρα με ψυχική ανυπαρξία. Είναι, δηλαδή, η διατήρηση του ψυχολογικού δεσμού –αφού ο πραγματικός δεσμός ματαιώθηκε– και η συνοδή αίσθηση ασφάλειας που ο δεσμός αυτός ασυνείδητα προσφέρει, οι λόγοι που καθιστούν κάποιον ασθενή καθηλωμένο στα παθολογικά σχήματα ψυχικής

λειτουργίας. Παρά την αναδυόμενη βαρύτητα που φαίνεται να έχουν για την κατανόηση της αντίστασης ο παράγοντας της σχέσης, καθώς και ο παράγοντας της απώλειας της σχέσης, οι μεταβλητές αυτές δεν έχουν μέχρι τώρα ερευνηθεί. Το γεγονός αυτό, μάλιστα, βρίσκεται σε αντίθεση με την έμφαση που έχει δοθεί στη σημασία της θεραπευτικής σχέσης από διάφορες θεωρητικές σχολές ψυχοθεραπείας.

Η σπουδαιότητα της σχέσης στις θεωρίες των αντικειμενότροπων σχέσεων και της διαπροσωπικής σχολής.

Ίσως όλα όσα αναφέρθηκαν μέχρι τώρα θα μπορούσαν να συνοψισθούν στη φράση της Leal (1982) ότι, «*η σχέση είναι παλαιότερα του ατόμου*» (σελ. 100), η οποία συμπληρώνεται με την ψυχαναλυτική άποψη, όπως έχει διατυπωθεί εύστοχα από τον Καψαμπέλη (1998) ότι, «*η παρουσία του αντικειμένου εμπεριέχει, σαν αναπόφευκτο συμπλήρωμά της, την απώλεια του*» (σελ. 79). Στο πεδίο της ψυχοθεραπείας, η σημασία της σχέσης εν γένει, και ειδικότερα η αναλογία της πρωταρχικής σχέσης μητέρας-βρέφους με αυτή ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο δεν αποτέλεσε καινούργιο τόπο με την είσοδο της θεωρίας προσκόλλησης, αλλά είχε ήδη υπογραμμιστεί στους κόλπους της θεωρίας των αντικειμενότροπων σχέσεων, καθώς και της διαπροσωπικής σχολής.

Ο Winnicott (1965) είχε ήδη επισημάνει τη θεραπευτική αξία της διαμόρφωσης ενός «*περιβάλλοντος κρατήματος*» στη θεραπεία, απαραίτητου για να παρέχει μια αίσθηση προστασίας και ασφάλειας στον ασθενή, μέσω της συγκράτησης και της συνοχής των επώδυνων συναισθημάτων του. Ο Bion (1970) είχε εισάγει τη λειτουργία του θεραπευτή ως «*εμπεριέχοντος*», την ικανότητά του δηλαδή να «*περιέχει*» όσα ο ασθενής προβάλλει σε εκείνον αδυνατώντας να τα αντέξει και να τα διαχειριστεί ο ίδιος, οπότε ο θεραπευτής καλείται να τα δεχθεί, να τα επεξεργαστεί, να τα νοηματοδοτήσει και να τα μεταφέρει με έναν πιο εύληπτο τρόπο στον ασθενή του.

Ο Fairbairn κατανόησε την αντίσταση στην ψυχοθεραπεία ως το άμεσο αποτέλεσμα των διαταραγμένων σχέσεων με τα αντικείμενα του παρελθόντος, προβάλλοντας ότι δεν είναι η αποκόμιση της ικανοποίησης από το αντικείμενο –όπως πρεσβεύει η κλασική ψυχανάλυση– αλλά το ίδιο το αντικείμενο που αποτελεί το τέλος όλης της λιβιδινικής ενέργειας που επενδύεται (Buckley, 1996). Σύμφωνα με τις απόψεις του Fairbairn, η υπερπήδηση της αντίστασης επιτυγχάνεται μόνο όταν ο θεραπευτής αποτελέσει για τον ασθενή του ένα «καλό αντικείμενο» και παρέχει σε αυτόν μια «ικανοποιητική μεταβιβαστική κατάσταση» μέσα στην οποία θα αισθανθεί ασφαλής. Μόνο τότε θα καταστεί δυνατόν να έρθει αντιμέτωπος με τα κακά εσωτερικευμένα αντικείμενά του, να λύσει τους δεσμούς μαζί τους αντέχοντας την απώλεια τους από την υφιστάμενη ψυχική οργάνωση του εαυτού, και να τα αντικαταστήσει με τη νέα αντικειμενότροπο σχέση που προτείνεται στο θεραπευτικό πλαίσιο (Buckley, 1996). Η απελευθέρωση του ατόμου από την «ταγμένη και πείσμων προσκόλληση» σε πρώιμα αντικείμενα θεωρείται το δυσκολότερο έργο στην ψυχοθεραπεία, όχι τόσο γιατί σε αυτές τις πρώιμες σχέσεις το άτομο έχει βρει κάποια ικανοποίηση που το κρατά καθηλωμένο σε αυτές, αλλά γιατί χωρίς αυτές τις σχέσεις ο εσωτερικός κόσμος του ατόμου φαντάζει κενός και έρημος, χωρίς κάποιες συνδέσεις με το εξωτερικό περιβάλλον, χωρίς ελπίδα για ψυχική επιβίωση (Eagle, 2006. Fairbairn, 1952a, 1952b. Mitchell, 1988). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η υιοθέτηση προβληματικών για το άτομο συμπεριφορών έχει ως στόχο τη διατήρηση της ασφάλειας μέσω της διατήρησης της σχέσης με τα εσωτερικευμένα αντικείμενα, τα οποία εάν χαθούν, αυτό ισοδυναμεί με υποκειμενικό ψυχικό θάνατο. Ο ρόλος της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία αποκτά εδώ ζωτική σημασία για την υπόσταση ψυχής του ατόμου. Διαφαίνεται, δηλαδή, πόσο σημαντικό είναι ορισμένες φορές για τους θεραπευόμενους να αντιστέκονται στην ψυχοθεραπεία και την ψυχική αλλαγή, προκειμένου να μην απωλεσθεί η σχέση τους με τα εσωτερικευμένα αντικείμενα, γεγονός που θα έπληττε την ίδια την αίσθηση της προσωπικής τους ύπαρξης.

Παρομοίως ο Kohut (1971), ο πρεσβευτής της ψυχολογίας Εαυτού, περιέγραψε τη διεργασία της «μεταλλακτικής εσωτερίκευσης», κατά την οποία ο θεραπευτής λειτουργεί σε ένα επίπεδο ως ένα «εαυτοαντικείμενο» για τον ασθενή του –αντιπροσωπεύει, δηλαδή, με τη στάση του τον διασφαλιστή της εσωτερικής συνοχής του ασθενούς μέσω της αμοιβαίας ρύθμισης των συναισθημάτων του τελευταίου– διεργασία η οποία προοδευτικά εσωτερικεύεται από τον ίδιο τον ασθενή, γίνεται δική του κατάκτηση και διαμορφώνεται σε ικανότητα αυτό-ρύθμισης της προσωπικής ψυχικής εμπειρίας. Η άποψη του Kohut ότι η ενσυναισθητική ανταπόκριση του προσώπου φροντίδας στις ναρκισσιστικές ανάγκες του βρέφους προάγει την εσωτερική σταθερότητα, την ασφάλεια και την εσωτερική συνοχή, προσομοιάζει στις θέσεις του Bowlby αναφορικά με την εσωτερίκευση της θετικής διαντίδρασης ανάμεσα στο βρέφος και το πρωταρχικό πρόσωπο φροντίδας και τη συνεπακόλουθη διαμόρφωση μιας αυτόνομης εσωτερικής βάσης ασφάλειας (Banai, Mikulincer, & Shaver, 2005). Στο πλαίσιο αυτό, η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία φαίνεται να αποτελεί εκδήλωση των «ψυχικών φραγμάτων» που έχει υψώσει το άτομο για να εμποδίσει τα επώδυνα συναισθήματα που έχουν προκληθεί από τις ματαιώσεις, τις απώλειες και τις απορρίψεις των αναγκών ως προς τα «εαυτοαντικείμενα», αναγκών οι οποίες δεν άπτονται αποκλειστικά στην ικανοποίηση των σεξουαλικών και επιθετικών ενορμήσεων, αλλά αφορούν τη ρύθμιση των συναισθημάτων, το χτίσιμο της αυτό-εκτίμησης, τη συγκρότηση της εσωτερικής συνοχής και την ικανότητα για ασφαλή προσκόλληση με τους άλλους και για γόνιμη ανάπτυξη. Επομένως, υπό αυτό το πρίσμα, η γενικότερη στάση του θεραπευτή και η δυνατότητα που παρέχει για ρύθμιση της ψυχικής εμπειρίας του θεραπευόμενου παίζουν κεντρικό ρόλο στην κάμψη των αντιστάσεων. Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, η προσωρινή απώλεια του θεραπευτή θεωρείται ότι «στερεί» αυτές τις δυνατότητες από τους θεραπευόμενους, κι ως εκ τούτου αναμένεται ότι θα υπάρχουν επιδράσεις στα επίπεδα

αντίστασης. Στην υπόθεση αυτή συνηγορεί και η άποψη της διαπροσωπικής σχολής για την αντίσταση.

Η διαπροσωπική διάσταση στην κατανόηση της παθολογικής συμπεριφοράς έχει τονιστεί και από τη σχολή της διαπροσωπικής ψυχολογίας (Sullivan, 1953a. Sullivan, 1953b). Συγκεκριμένα, έχει υποστηριχθεί ότι η επιδίωξη της αυτό-εκτίμησης μέσω της σχέσης με τους άλλους ανθρώπους αποτελεί τον κινητήριο μοχλό κάθε ανθρώπινης δραστηριότητας, καθώς η αυτό-εκτίμηση βρίσκεται στον αντίποδα του άγχους. Το άγχος είναι πάντοτε διαπροσωπικό: γεννάται από τη μη-αποδοχή ενός ατόμου από τον άλλο. Όταν ένα παιδί αισθάνεται ότι δεν γίνεται αποδεκτό από τους άλλους, αυτό του δημιουργεί άγχος. Αντίθετα, όταν βιώνει αποδοχή, το άγχος αντικαθίσταται από αυτό-εκτίμηση. Όλες οι ανθρώπινες συμπεριφορές διατείνονται στη μείωση του διαπροσωπικού άγχους και στην απόκτηση αυτό-εκτίμησης. Ακόμα και οι συμπεριφορές εκείνες που εφορμούνται από αμυντικούς παθολογικούς σχηματισμούς, οι οποίοι μπορεί να αποβαίνουν δυσμενείς και επώδυνοι για το ίδιο το άτομο, ακόμα και αυτές έχουν ως τελικό στόχο τη μείωση του άγχους και την προστασία ενός ελάχιστου επιπέδου αυτό-εκτίμησης. Η θεραπευόμενη που αρνείται πεισματικά να εμπιστευθεί τον θεραπευτή της, επειδή όταν ήταν παιδί είχε κακοποιηθεί από τα κατεξοχήν πρόσωπα εμπιστοσύνης, τους γονείς της, εκφράζει αναμφίβολα μια συμπεριφορά που παρακωλύει τη θεραπευτική διαδικασία. Από την άλλη πλευρά, όμως, με τη δυσπιστία της προς τον θεραπευτή καταφέρνει να κρατά μειωμένα τα επίπεδα άγχους που θα της προκαλούσανταν εάν παραχωρούσε τον έλεγχο σε εκείνον, ενώ ταυτόχρονα διασώζει μια κάποια αυτό-εκτίμηση, καθώς δεν εκτίθεται στον πιθανό –όπως τον αντιλαμβάνεται η ίδια– κίνδυνο να κακοποιηθεί για μια ακόμη φορά εάν επιτρέψει να εμπιστευθεί ξανά ένα πρόσωπο εξουσίας. Βάσει του παραδείγματος, η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία κατανοείται ως μια επαναλαμβανόμενη προσπάθεια του ατόμου να διατηρήσει έναν παγιωμένο τρόπο αντίδρασης απέναντι στην απώλεια της αυτό-εκτίμησής του, μιας απώλειας η οποία έχει τις

ρίζες της στην απώλεια αποδοχής από τους σημαντικούς άλλους κατά τα πρώτα στάδια ζωής του ατόμου.

Είτε ως εγγυητής της αυτό-εκτίμησης· είτε ως τρόπος διαφύλαξης της εσωτερικής συνοχής· είτε ως μηχανισμός διατήρησης μιας σχέσης με τα πρόσωπα προσκόλλησης· είτε ως προστατευτικός ουδός απέναντι στις παρελθούσες ματαιώσεις των αναγκών και στα επώδυνα συναισθήματα· Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία φαίνεται να συνδέεται άμεσα με την απώλεια της ασφάλειας που εκπορεύεται από τη σχέση εγγύτητας στον πρωταρχικό δεσμό.

Όπως το περιέγραψε μια ασθενής στο πλαίσιο της μεταβίβασης, πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας: *«Δεν είναι ο αποχωρισμός. Περισσότερο είναι που δεν είχα ποτέ αισθανθεί ότι μπορώ να φωλιάσω»*. Ο πατέρας αυτής της ασθενούς, με τον οποίο είχαν μια βαθιά σχέση τρυφερότητας, ήταν ναυτικός, ενώ η μητέρα της περιγραφόταν ως αυταρχική, ελεγκτική και ψυχρή. Προσδίδοντας μια διαγενεαλογική διάσταση, η ασθενής ανέφερε ότι η κόρη της την προηγούμενη μέρα της συνεδρίας τραύλιζε καθώς προσπαθούσε να περιγράψει στους γονείς της το ταξίδι του πουλιού αλμπατρός, που έχει μεγάλο άνοιγμα φτερών αλλά το οποίο φαντάστηκε ότι μπορεί και να χτυπήσει και να πέσει, καθώς πετάει κοιμισμένο στη διαδρομή. Για την ασθενή αυτή δεν ήταν τόσο το ταξίδι που την τρόμαξε, ο αποχωρισμός και ο νόστος του ταξιδιού, όπως αυτός που βίωνε όταν αποχωριζόταν τον πατέρα της. Περισσότερο ήταν ότι εκείνη δεν είχε κάπου να φωλιάσει, παρά έπρεπε να «πετά» ασταμάτητα, ακόμη και στις πιο χαλαρές της ώρες, όπως αυτές του ύπνου. Για αυτήν κάθε αποχωρισμός παρέπεμπε σε μια προηγούμενη πρωταρχική απώλεια. Όπως το έθεσε με δικά της λόγια, *«όταν κάποιος φεύγει σημαίνει ότι δεν με αγαπά»*.

Κατ' αυτήν την έννοια, μοιάζει κάθε φορά ο παράγοντας της ασφάλειας να διατρέχει όλες τις εκφάνσεις και τις εκδηλώσεις του ανθρώπινου ψυχισμού. Μοιάζει, δηλαδή, ο προσπορισμός της ασφάλειας –αντί του προσπορισμού της ικανοποίησης– να αποτελεί τον

πρωτογενή ενοποιητικό παράγοντα, τον κοινό παρονομαστή, των πολλαπλών ανθρώπινων συμπεριφορών. Εάν παρομοιάσει κανείς την ανθρώπινη ψυχική λειτουργία ως ένα κλάσμα, ο αριθμητής μπορεί κάθε φορά να διαφέρει. Άλλοτε να αφορά την επιδίωξη της ικανοποίησης, άλλοτε τον κατασιγασμό των εσωτερικών εντάσεων και των ενορμήσεων, άλλοτε πάλι την ανάγκη για οικειότητα και για κοινωνική συναλλαγή, ή άλλοτε σε περιπτώσεις παθολογίας, την ανάγκη για (αυτό-) τιμωρία και (αυτό-) καταστροφή. Σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, η αναζήτηση και η κατάκτηση της ασφάλειας θα παραμένει πάντοτε ο κοινός παρονομαστής κάθε ανθρώπινης δραστηριότητας, λιγότερο ή περισσότερο «φυσιολογικής». Ο ρόλος δε της απώλειας της ασφάλειας φαίνεται να είναι διαφοροποιητικός: επηρεάζει όχι τον τελικό στόχο της επιδίωξης ασφάλειας, αλλά την κατεύθυνση και τους τρόπους με τους οποίους αναζητάται αυτή η ασφάλεια.

Οι διαφορετικοί τρόποι και κατευθύνσεις αναζήτησης της ασφάλειας αντανακλώνται στους τύπους ενήλικης προσκόλλησης, όπως αυτοί παρουσιάζονται αναλυτικά στην επόμενη ενότητα. Η παρουσίαση αυτή εξυπηρετεί δύο διαφορετικούς στόχους: (α) επιβεβαιώνεται, για άλλη μια φορά, η σύνδεση ασφάλειας και απώλειας / έλλειψης, και (β) διαμορφώνεται ένα πρότυπο περιγραφής της θεραπευτικής σχέσης –ως μια ιδιαίτερη μορφή ενήλικης προσκόλλησης– με όρους ασφάλειας / ανασφάλειας. Το πρότυπο αυτό είναι απαραίτητο στο πλαίσιο διεξαγωγής της παρούσας μελέτης, καθώς σε αυτή διερευνώνται οι παράμετροι της απώλειας και της ασφαλούς / ανασφαλούς θεραπευτικής σχέσης, σε συνδυασμό με τις εκδηλώσεις αντίστασης στην ψυχοθεραπεία.

Επαναλαμβανόμενα πρότυπα / τύποι προσκόλλησης ως απόρροια της απώλειας.

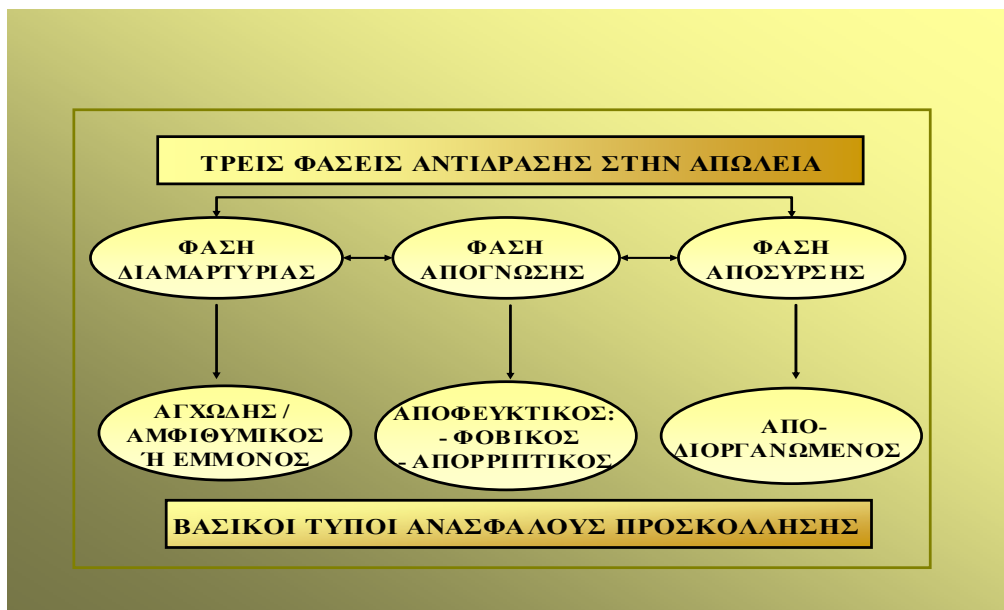
Η απώλεια / έλλειψη –όταν καθίσταται συνήθεια– οδηγεί σε επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, τελικός στόχος των οποίων είναι η επανάκτηση της εγγύτητας, η άρση δηλαδή της απώλειας. Και εδώ πρόκειται είτε για κυριολεκτική άρση (π.χ. έμμονος τύπος

προσκόλλησης) είτε για ψευδαισθητική άρση (π.χ. αποφευκτικός τύπος προσκόλλησης). Στην πρώτη περίπτωση, το άτομο ευελπιστεί ότι θα αποκτήσει την αίσθηση ασφάλειας, εάν καταφέρει την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εγγύτητα με τον άλλον. Ποτέ δεν παίρνει από τον άλλον αρκετά, ποτέ δεν νιώθει αρκετά ασφαλής, συνεχώς ζητά επιβεβαίωση η οποία ποτέ δεν έρχεται στο βαθμό που την έχει ανάγκη. Σε αυτή την κατηγορία μπορούν να αποτελέσουν παράδειγμα τα άτομα εκείνα που ανεξάρτητα από το πόσο (θεραπευτική) βοήθεια τους παρέχεται, για αυτούς δεν είναι ποτέ αρκετή. Στη δεύτερη περίπτωση, αυτή της ψευδαισθητικής άρσης της απώλειας, η απώλεια αίρεται μέσω της άρνησής της. Το άτομο ακυρώνει τον όποιο αντίκτυπο μπορεί να έχει η απώλεια στον ψυχισμό του, αρνείται την εγγύτητα στο σύνολό της και με αυτόν τον τρόπο δημιουργεί μια ψευδή αίσθηση ασφάλειας, ζώντας το παράδοξο να ξεπερνά την απώλεια με το να την επιδιώκει ενεργά και αδιαλείπτως. Οι άλλοι είναι παρόντες στον ψυχισμό του ατόμου διά της απουσίας τους. Υπάρχουν μόνο και μόνο για να μη χρειάζεται να υπάρχουν, θριαμβολογώντας έτσι την «κατάφορη νίκη» του απέναντι στον πόνο μιας προηγηθείσας απώλειας. Σε αυτή την κατηγορία μπορούν να αποτελέσουν παράδειγμα εκείνοι που ζητούν (θεραπευτική) βοήθεια για να την απορρίψουν ευθύς αμέσως μόλις τη λάβουν (παρόλο που κατά βάθος δεν έπαψαν ποτέ να τη χρειάζονται).

Και στις δύο αυτές περιπτώσεις, η βαθύτερη προσμονή για επανάκτηση της εγγύτητας μοιάζει με τους «πίθους των Δαναϊδων»: πάντοτε άδειοι όσο κι αν τους γεμίζουν με νερό. Οι Δαναΐδες, κόρες του Δαναού, μην έχοντας επιτύχει τη λύση του Οιδιπόδειου, αρνούνται το γάμο σκοτώνοντας τους συζύγους τους και υπακούοντας την εντολή του πατέρα. Όταν πια βρίσκονται στον Άδη, παραμένουν αιώνια ανικανοποίητες, καθώς στον κάτω κόσμο μεταφέρουν ακατάπαυστα νερό σε σπασμένους πίθους, ή το αδειάζουν σε ένα απύθμενο δοχείο (Κερένυϊ, 2005). Στον συγκεκριμένο μύθο φαίνεται να βρίσκει κάποια αντιστοιχία η φροϋδική έννοια της «προσκολλητικότητας της *libido*» (Ισακίδου, Γιωτσίδη, Γυφτοπούλου, Ζέικου, Κρύσιλας, Λαζαράτου, Χατζησταυράκης, & Σακελλαρόπουλος, 2009), καθώς οι

υπάρχουσες λιβιδινικές επενδύσεις σε ένα αντικείμενο (π.χ. στον πατέρα) παραμένουν καθηλωμένες σε αυτό και δεν μεταφέρονται σε νέα αντικείμενα (π.χ. σύζυγο), από φόβο μήπως δεν βρεθεί εκεί ένα πλήρως ικανοποιητικό υποκατάστατο (Laplace & Pontalis, 1986).

Τα παραπάνω μπορούν να συνοψισθούν στην άποψη της Sable (1997a), η οποία σε συνέχεια των παρατηρήσεων του Bowlby υποστήριξε ότι οι διαταραχές στις ενήλικες σχέσεις προσκόλλησης προκύπτουν ως αποτέλεσμα ατελούς πένθους μετά από την «απώλεια» αντικειμένου. Μάλιστα, θεώρησε ότι η παράμετρος της απώλειας είναι τόσο άρρηκτα δεμένη με την εξέλιξη των ενήλικων τύπων προσκόλλησης, ώστε συνέκρινε τις τρεις διαφορετικές φάσεις αντίδρασης στην απώλεια με τους βασικούς τύπους ενήλικης προσκόλλησης. Η σύνδεση αυτή απεικονίζεται στο Σχήμα 3.



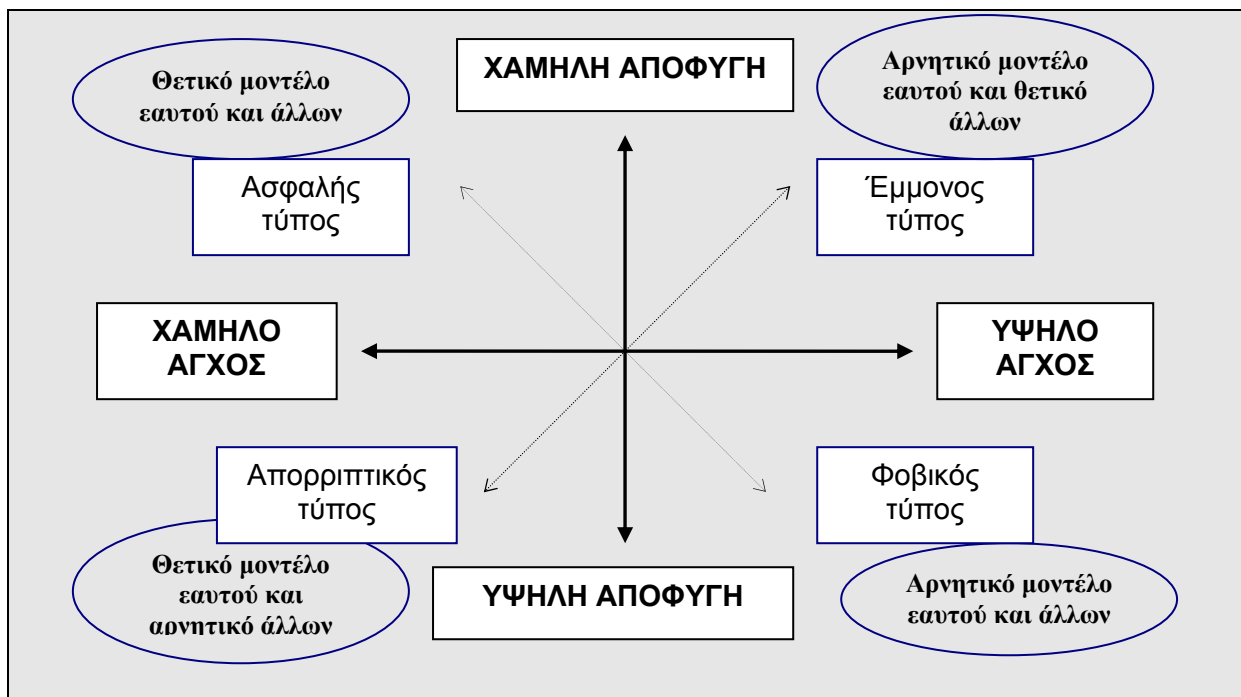
Σχήμα 3. Η σχέση της απώλειας με τους τύπους ανασφαλούς προσκόλλησης (Sable, 1997a). Κάθε επιμέρους φάση αντίδρασης στην απώλεια αντιστοιχίζεται, σύμφωνα με τις θεωρητικές θέσεις της Sable (1997a), με τους διαφορετικούς τύπους ανασφαλούς προσκόλλησης στην ενήλικη ζωή.

Χωρίς οι συνδέσεις αυτές της Sable (1997a) να έχουν επιβεβαιωθεί ερευνητικά, φαίνεται ωστόσο να υπάρχει μια συνάφεια ανάμεσα στις συμπεριφορές που αναπτύσσονται κατά την αντίδραση απέναντι σε μια απώλεια και στις γενικότερες συμπεριφορές ανασφάλειας που

χαρακτηρίζουν τις ενήλικες σχέσεις προσκόλλησης, όπως αυτές έχουν αναδειχθεί από πλήθος ερευνών. Έτσι, η φάση διαμαρτυρίας, κατά την οποία το άτομο διακατέχεται από φόβο και άγχος αποχωρισμού και προσπαθεί διακαώς να επανακτήσει το απωλεσθέν πρόσωπο, παρουσιάζει αναλογίες με τον αγχώδη / αμφιθυμικό τύπο (Hazan & Shaver, 1987), ή αλλιώς τον αγχώδη / έμμονο τύπο (Bartholomew & Horowitz, 1991), ο οποίος επιδεικνύει εμμονή με την επιδίωξη εγγύτητας με τους άλλους και νιώθει διαρκή ανασφάλεια ως προς τη σταθερότητα του αντικειμένου. Κατ' αντιστοιχία, η φάση απόγνωσης, στην οποία το άτομο εξακολουθεί μεν να ενδιαφέρεται για την επανένωση με το πρόσωπο που χάθηκε, αλλά από την άλλη αρχίζει να αποθαρρύνεται, να αδρανεί και να αποστασιοποιείται προσομοιάζει με τον αγχώδη / αποφευκτικό τύπο (Hazan & Shaver, 1987), ή αλλιώς τον φοβικό / αποφευκτικό τύπο και τον απορριπτικό / αποφευκτικό τύπο (Bartholomew & Horowitz, 1991). Οι τύποι αυτοί διακρίνονται από αποφυγή της εγγύτητας και της συναισθηματικής συναλλαγής, είτε γιατί φοβούνται την απόρριψη όντας υπερβολικά εξαρτημένοι από την αποδοχή των άλλων (φοβικός τύπος), είτε γιατί απορρίπτουν την αξία της οικειότητας και της εξάρτησης βασιζόμενοι αποκλειστικά σε μια προσωπική αυτάρκεια και αυτοδυναμία (απορριπτικός τύπος). Τέλος, η φάση της απόσυρσης, η οποία συνοδεύεται από βαθιά συναισθηματική μόνωση και άρνηση των αναγκών προσκόλλησης, θα μπορούσε, κατά την Sable (1997a), να αντιστοιχεί στον τέταρτο τύπο ανασφαλούς προσκόλλησης, τον αποδιοργανωμένο τύπο (George, Kaplan, & Main, 1985), ο οποίος χαρακτηρίζεται από έντονη συγκρουσιακή αμφιταλάντευση ανάμεσα στην επιθυμία για εγγύτητα από τη μια μεριά και τη συλλήβδην απόρριψη της εγγύτητας από την άλλη. Η σύγκρουση ανάμεσα στα δύο οδηγεί σε εσωτερική αποδιοργάνωση και σε βαθιά σύγχυση.

Σε αντιδιαστολή με το τυπολογικό πρότυπο των τύπων ανασφαλούς ενήλικης προσκόλλησης όπως αναφέρθηκαν παραπάνω, οι πλέον σύγχρονες σχετικές έρευνες αντιπροτείνουν ένα μοντέλο διαστάσεων στην οργάνωση της ενήλικης προσκόλλησης.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, όπως προέκυψε μετά τη χορήγηση όλων των σχετικών με την ενήλικη προσκόλληση υποκλιμάκων σε δείγμα μεγαλύτερο των 1000 ατόμων, η ενήλικη προσκόλληση αποδίδεται βάσει δύο ορθογώνιων διαστάσεων: του άγχους και της αποφυγής (Brennan, Clark, & Shaver, 1998). Ο παράγοντας του άγχους προσκόλλησης αντιστοιχεί στο ασίγαστο άγχος και τη διαρκή εγρήγορση του ατόμου γύρω από ζητήματα απόρριψης και ανεπάρκειας, ενώ ο παράγοντας της αποφυγής προσκόλλησης αντιστοιχεί στην τάση αποφυγής της εγγύτητας και της εξάρτησης από τους άλλους. Το μοντέλο αυτό έρχεται να συμπληρώσει το προηγούμενο των Bartholomew & Horowitz (1991), το οποίο περιλάμβανε τέσσερις τύπους ενήλικης προσκόλλησης βάσει ενός θετικού ή αρνητικού μοντέλου εαυτού και ενός θετικού ή αρνητικού μοντέλου των άλλων. Η τυπολογία των τεσσάρων κατηγοριών των Bartholomew & Horowitz (1991) σε συνδυασμό με τις δύο διαστάσεις άγχους και αποφυγής των Brennan, Clark και Shaver (1998) αποτυπώνονται στο Σχήμα 4.



Σχήμα 4. Συνδυαστική παρουσίαση των διαστάσεων ενήλικης προσκόλλησης κατά Brennan, Clark και Shaver (1998) και κατά Bartholomew και Horowitz (1991). Κάθε ένας από τους τέσσερις τύπους ενήλικης προσκόλλησης (ασφαλής, έμμονος, φοβικός και απορριπτικός) παρουσιάζεται σε θέση τέτοια ανάλογα με τις διαστάσεις άγχους και αποφυγής (Brennan, Clark, & Shaver, 1998), καθώς και ανάλογα με τα υιοθετημένα μοντέλα εαυτού και άλλων (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Όπως φαίνεται στο Σχήμα 4, βάσει του συνδυασμού των δύο μοντέλων, ο ασφαλής τύπος χαρακτηρίζεται τόσο από χαμηλό άγχος για τις σχέσεις όσο και από χαμηλή αποφυγή της εγγύτητας. Ο έμμονος τύπος διακρίνεται βεβαίως από χαμηλή αποφυγή των σχέσεων, αλλά από την άλλη ο τρόπος που σχετίζεται είναι έμπλεος άγχους. Ο φοβικός τύπος συνδυάζει τόσο υψηλά επίπεδα άγχους όσο και υψηλή τάση αποφυγής στις σχέσεις με τους άλλους, ενώ ο απορριπτικός τύπος δείχνει μεν υψηλή αποφυγή της εγγύτητας, ωστόσο φαίνεται να ελέγχει επαρκώς το άγχος του, το οποίο παραμένει σε χαμηλά επίπεδα. Μία βασική διάκριση που θα πρέπει να γίνει ανάμεσα στα δύο μοντέλα ενήλικης προσκόλλησης είναι η εξής: ενώ το μοντέλο των Bartholomew και Horowitz (1991) είναι ένα διχοτομικό πρότυπο ανάμεσα σε θετικά και αρνητικά μοντέλα εαυτού και άλλων, αντίθετα το πρότυπο των Brennan, Clark και Shaver (1998) προτείνει ότι τα μοντέλα εαυτού και άλλων αποτελούν ένα συνεχές, καθοριζόμενο ποιοτικά από δύο διαστάσεις: του άγχους και της αποφυγής. Μάλιστα, το άγχος συνδέεται περισσότερο με το εσωτερικό μοντέλο που επικρατεί σε σχέση με τον εαυτό, ενώ η διάσταση της αποφυγής αντανακλά περισσότερο τη σχέση με τους άλλους. Η διάκριση αυτή είναι σημαντική όταν πρόκειται για τη μεταφορά των μοντέλων ενήλικης προσκόλλησης στη θεραπευτική σχέση, όπου εξετάζεται η σχέση του θεραπευόμενου με τον εαυτό του και με τον θεραπευτή, ως τον «άλλον» στην προκειμένη περίπτωση.

Πρότυπα / τύποι προσκόλλησης στη θεραπευτική σχέση.

Οι τύποι προσκόλλησης στη σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου αποτέλεσαν το βασικό πλαίσιο αναφοράς και μέτρησης της θεραπευτικής σχέσης στην παρούσα μελέτη. Το συγκεκριμένο πλαίσιο επιλέχθηκε καθώς είναι το μοναδικό που δύναται να ερμηνεύσει την αντίσταση με όρους ασφάλειας και απώλειας, ικανοποιώντας έτσι μία από τις βασικές υποθέσεις της έρευνας, ότι δηλαδή η αντίσταση αναμένεται να επηρεάζεται από διαπροσωπικές μεταβλητές, όπως είναι η θεραπευτική σχέση και η απουσία της.

Σύμφωνα με τις έρευνες των Mallinckrodt και συνεργατών (Mallinckrodt 2000. Mallinckrodt, King, & Coble, 1998. Mallinckrodt, Gant, & Goble, 1995), στη θεραπευτική σχέση επικρατούν γενικά δύο τάσεις στην ανάπτυξη ενός ανασφαλούς προτύπου προσκόλλησης: η τάση της υπερ-δραστηριοποίησης (*hyperactivation*) και η τάση της αδρανοποίησης (*deactivation*). Πρόκειται για δύο διαστάσεις της συμπεριφοράς προσκόλλησης που μεταφέρονται από τη θεωρία για τους μηχανισμούς ρύθμισης των συναισθημάτων (Dozier & Kobak, 1992. Kobak et al., 1993). Ταυτόχρονα, βρίσκονται σε παραλληλία με τις δύο διαστάσεις της ενήλικης προσκόλλησης των Brennan, Clark και Shaver (1998), καθώς η υπερ-δραστηριοποίηση συμπίπτει με τη διάσταση του άγχους και η αδρανοποίηση με τη διάσταση της αποφυγής, αντίστοιχα. Επίσης, οι δύο αυτοί τύποι ανασφαλούς προσκόλλησης με τον θεραπευτή αντιστοιχούν στον έμμονο και στον αποφευκτικό (φοβικό και απορριπτικό) τύπο προσκόλλησης των Bartholomew και Horowitz (1991).

Έτσι, στην *υπερ-δραστηριοποίηση* ο θεραπευόμενος μεταφέρει στη θεραπεία το πρότυπο σχέσης που έχει χτίσει κατά τον πρωταρχικό δεσμό, βάσει του οποίου εντατικοποιεί τη συμπεριφορά προσκόλλησης και εκφράζει υπερ-ενασχόληση και υπερ-επένδυση αναφορικά με τη σχέση εγγύτητας με τον θεραπευτή. Για παράδειγμα, κάτι τέτοιο εκδηλώνεται στην πράξη με το ασίγαστο αίτημα του θεραπευόμενου «να έρθει πιο κοντά» με τον θεραπευτή του, είτε απευθυνόμενος σε αυτόν στον ενικό, είτε επιδιώκοντας σωματική επαφή με τον διά χείρας χαιρετισμό στο τέλος κάθε συνεδρίας, είτε εκφράζοντας ανοιχτά τα παράπονα του σχετικά με την ουδετερότητα και την οριοθέτηση του πλαισίου. Οι συμπεριφορές αυτές αποτελούν εκδηλώσεις ενός βαθύτερου άγχους προσκόλλησης, το οποίο συνιστά την κατηγορία της έμμονης-συγχωνευτικής προσκόλλησης με τον θεραπευτή (Mallinckrodt, 2000).

Η *τάση αδρανοποίησης* από την άλλη, προσομοιάζει με τη διάσταση της αποφυγής, αφού αφορά την τάση της από-επένδυσης, της παραίτησης και της απόρριψης των αναγκών προσκόλλησης σε σχέση με τον θεραπευτή. Πρόκειται για τη μεταφορά στη θεραπεία εκείνων των συμπεριφορών άρνησης και αποφυγής που ανέπτυξε το άτομο στα πρώτα στάδια ανάπτυξης, όταν το πρόσωπο φροντίδας παρέμενε αδιάφορο, ή απορριπτικό, απέναντι στις πρώτες εκδηλώσεις εγγύτητας. Σε εκείνη τη φάση, το άτομο αδρανοποίησε τα συναισθήματα εξάρτησης και οικειότητας και αποτραβήχτηκε συναισθηματικά από κάθε επιδίωξη για διατήρηση του δεσμού. Στην κλινική πρακτική, η συμπεριφορά αδρανοποίησης εκδηλώνεται με πλείστους τρόπους και σε ποικίλες διαβαθμίσεις, από την απώθηση των αναγκών εξάρτησης μέχρι την πλήρη απόρριψη της θεραπευτικής βοήθειας. Για παράδειγμα, ένας θεραπευόμενος που είχε εγκαταλειφθεί από τους γονείς του όταν ήταν βρέφος και μεγάλωσε κατά διαστήματα σε διαφορετικές ανάδοχες οικογένειες, ήρθε στη θεραπεία λέγοντας: *«μεγάλωσα μόνος μου, τα κατάφερα μόνος μου, οι γονείς μου απλώς με γέννησαν, από κει και μετά μόνος μου ανέθρεψα τον εαυτό μου, δεν καταλαβαίνω λοιπόν πού μπορείτε εσείς να με βοηθήσετε»*. Οι εκφράσεις αποφυγής των συναισθημάτων και των συμπεριφορών οικειότητας και προσκόλλησης στη θεραπευτική σχέση συνιστούν την κατηγορία της αποφευκτικής-φοβικής προσκόλλησης με τον θεραπευτή (Mallinckrodt, 2000).

Προκύπτει, λοιπόν, ότι αυτό που εκφράζεται στη θεραπευτική σχέση είναι το αποκύημα των προτύπων προσκόλλησης, όπως τα πρότυπα αυτά διαμορφώθηκαν στη σχέση με τα κύρια πρόσωπα φροντίδας, κατά τα πρώτα στάδια της ζωής. Η συγκεκριμένη θέση της θεωρίας προσκόλλησης συγκλίνει με τις ψυχαναλυτικές απόψεις των αντικειμενότροπων σχέσεων, με τη διαφορά ότι εκεί που οι τελευταίες τοποθετούν τα εσωτερικευμένα αντικείμενα και την ενδοβολή διαφόρων πλευρών της σχέσης στον ψυχισμό του ατόμου, η θεωρία προσκόλλησης προκρίνει τη σημασία της πραγματικής σχέσης με το πρόσωπο φροντίδας και τις επιπτώσεις που φέρει η πραγματική απώλεια (ποσοτική ή ποιοτική) αυτής

της σχέσης στην ψυχική υγεία και στον μετέπειτα τρόπο προσκόλλησης της ενήλικης ζωής. Εντούτοις, όπως προτείνει ο Eagle (2006) –και όπως αποπειράθηκε να αναδειχθεί στις προηγούμενες ενότητες– οι διαφορετικές αυτές οπτικές μπορούν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά μεταξύ τους, ενώ από κλινική άποψη *«η προσπάθεια να ενσωματωθούν η θεωρία προσκόλλησης και οι αντικειμενότητες θεωρίες αποτελούν έναν αξιόλογο μελλοντικό στόχο»* (σελ. 1095).

Συμπερασματικά, στην ψυχοθεραπεία τόσο η έμμονη-συγχωνευτική όσο και η αποφευκτική-φοβική προσκόλληση με τον θεραπευτή είτε εκφράζουν είτε συγκροτούν μορφές αντίστασης απέναντι στη θεραπευτική διαδικασία, το θεραπευτικό πλαίσιο, ή ακόμα-ακόμα, απέναντι στο ευκαίο θεραπευτικό αποτέλεσμα της ψυχικής αλλαγής. Το πεδίο της αντίστασης φαίνεται πως διέρχεται μέσα από τη σχέση και την απώλεια της, μέσα από το βαθμό και την ποιότητα εγγύτητας στον πρωταρχικό δεσμό και τη συνακόλουθη ανάπτυξη ή μη της ασφάλειας στην ψυχική οργάνωση, μέσα από τις προσπάθειες του ατόμου – δημιουργικές ή αυτό-ηττώμενες– να διατηρήσει έναν δεσμό με τον άλλον (είτε ως πραγματικό πρόσωπο είτε ως εσωτερικευμένο αντικείμενο). Οι παράμετροι αυτές θεωρείται ότι καθιστούν το πεδίο της αντίστασης γόνιμο έδαφος για μια ευρύτερη κατανόηση των αμυντικών μηχανισμών του ατόμου, όπου το ενδοπροσωπικό συναντάται με το διαπροσωπικό και η «εναντίωση» στη θεραπεία και την ψυχική αλλαγή γίνεται ταυτόχρονα και ασπίδα προστασίας μιας επισφαλούς εσωτερικής ασφάλειας.

Ο προστατευτικός ρόλος της αντίστασης, καθώς και ο συνδυασμός της ιδιοσυστασιακής με τη διαπροσωπική της διάσταση, διαφαίνονται περαιτέρω στα εσωτερικά μοντέλα εργασίας της θεωρίας προσκόλλησης. Πρόκειται για τους επιμέρους τύπους προσκόλλησης, όπως αυτοί διαμορφώνονται στις πρώτες φάσεις ανάπτυξης του ατόμου και όπως συνιστούν αντίστοιχα εσωτερικά μοντέλα εργασίας στον ψυχισμό του (Bowlby, 1973. Ainsworth et al., 1978). Στο επόμενο κεφάλαιο περιγράφονται οι μηχανισμοί δημιουργίας και η λειτουργία

των εσωτερικών μοντέλων εργασίας. Μέσα από αυτή την περιγραφή αναμένεται να καταδειχθεί ότι η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία συνιστά αντίσταση στην αλλαγή των εσωτερικών μοντέλων εργασίας, διευρύνοντας περαιτέρω τις δυνατότητες κατανόησης των αντιστάσεων.

Η λειτουργία των εσωτερικών μοντέλων εργασίας και η αντίσταση.

Στόχοι του κεφαλαίου αυτού αποτελούν τα εξής: (α) να αναφερθούν τα βασικά χαρακτηριστικά των εσωτερικών μοντέλων εργασίας, (β) να επισημανθούν τα σημεία συνάντησης των εσωτερικών μοντέλων εργασίας και των φαινομένων αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, και (γ) να τεθούν οι κύριες προϋποθέσεις για τη δυνατότητα αλλαγής των εσωτερικών μοντέλων εργασίας, στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας. Η ενδελεχής αναφορά στα εσωτερικά μοντέλα εργασίας αναμένεται ότι θα φωτίσει περαιτέρω τα δυναμικά της αντίστασης απέναντι στην ψυχική αλλαγή, ως εγγενή αντίσταση στην αλλαγή των εσωτερικών μοντέλων εργασίας. Επιπρόσθετα, αναμένεται ότι θα αναδείξει τον τρόπο που η αντίσταση επηρεάζει, αλλά και επηρεάζεται από, τον θεραπευτή και τη θεραπευτική σχέση.

Χαρακτηριστικά εσωτερικών μοντέλων εργασίας.

Οι πρώιμες εμπειρίες προσκόλλησης που βιώνει το παιδί με τα πρόσωπα φροντίδας συγκροτούν ένα πρότυπο το οποίο εσωτερικεύεται και επηρεάζει τη μετέπειτα εξέλιξη του αντιληπτικού συστήματος του ατόμου για τον εαυτό του και για τους άλλους. Πρόκειται για τη διαμόρφωση των «εσωτερικών μοντέλων εργασίας», όπως τα ονόμασε ο Bowlby (Bowlby, 1977), ακριβώς για να τονίσει ότι τα μοντέλα αυτά παραμένουν πρωτόλεια σε ένα αρχικό επίπεδο όταν το άτομο βρίσκεται ακόμα στα πρώτα βήματα της ανάπτυξής του (περίπου έως την ηλικία των 4 ετών), οπότε εάν βιωθούν νέες εμπειρίες προσκόλλησης είναι δυνατόν να τροποποιηθούν τα αρχικά εσωτερικά μοντέλα. Διαφορετικά, ενόσω η ανάπτυξη προχωρά, τα

πρωταρχικά εσωτερικά μοντέλα εργασίας αποκρυσταλλώνονται, ισχυροποιούνται και αντιστέκονται στην αλλαγή, η οποία επέρχεται πλέον κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις και συνθήκες. Στο σημείο αυτό είναι που συναντάται για μια ακόμα φορά η θεωρία προσκόλλησης με το φαινόμενο της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία.

Τα βασικά στοιχεία των εσωτερικών μοντέλων εργασίας (Bowlby, 1969, 1973. Bretherton, 1985) διαμορφώνονται ως εξής:

- πρόκειται για εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις βάσει: (α) των πραγματικών σχέσεων με τα πρόσωπα προσκόλλησης, και (β) του νοήματος που έχει αποδοθεί στις σχέσεις αυτές.
- αφορούν δύο αλληλοεπηρεαζόμενα μοντέλα: (α) το εσωτερικό μοντέλο του Άλλου, δηλαδή κατά πόσον το πρόσωπο προσκόλλησης γίνεται αντιληπτό ως γενικά διαθέσιμο και υποστηρικτικό, και (β) το εσωτερικό μοντέλο Εαυτού, δηλαδή κατά πόσον το ίδιο το άτομο αισθάνεται άξιο φροντίδας και αγάπης.
- χαρακτηρίζονται από αυτό-επιβεβαίωση και αυτό-διαιώνιση: το άτομο αναπαράγει με τους τρόπους που (δια-)αντιδρά τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας, επιβεβαιώνοντάς τα και διατηρώντας σταθερή την ύπαρξη τους κατά την εξελικτική του πορεία. Με άλλα λόγια, τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας μεταφέρονται στην πορεία της ζωής και κατευθύνουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι σκέπτονται, αισθάνονται και συμπεριφέρονται στις οικείες σχέσεις. Το στοιχείο της αυτό-διαιώνισης έχει επιβεβαιωθεί εμπειρικά από πλήθος ερευνών, όχι μόνο από εκπροσώπους της θεωρίας προσκόλλησης (Bartholomew & Horowitz, 1991. Bretherton, 1985), αλλά και από ερευνητές της διαπροσωπικής ψυχολογίας (Darley & Fazio, 1980. Jussim, 1986. Rosenthal & Rubin, 1978) .

- αντιστέκονται στην αλλαγή, κάτι που βρίσκεται σε συνάφεια με το προηγούμενο χαρακτηριστικό. Καθώς η γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη προχωρά, το άτομο δυσκολεύεται να αφομοιώσει τις όποιες νέες και διαφορετικές εμπειρίες δεν συμφωνούν με τα εγκατεστημένα μοντέλα εργασίας. Ως αποτέλεσμα, αντιστέκεται στην αλλαγή τους. Μάλιστα, στα άτομα με ασφαλή τύπο προσκόλλησης τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας είναι περισσότερο εύπλαστα, σε αντίθεση με τους ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης που χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη δυσκαμψία στην όποια αλλαγή.

Η αυτό-επιβεβαίωση και η αυτό-διαίωνιση των εσωτερικών μοντέλων εργασίας –βασικός μηχανισμός επικράτησης της αντίστασης– εξηγούνται εμπειρικά μέσω της συμπληρωματικότητας των συναισθημάτων. Σύμφωνα με τους θεωρητικούς της διαπροσωπικής σχολής (Sullivan, 1953a, 1953b. Kiesler, 1996), οι διαπροσωπικές σχέσεις διέπονται από δύο κύρια συστατικά: της συμπάθειας και του ελέγχου. Κάθε φορά που οι άνθρωποι επικοινωνούν μεταξύ τους, το ερώτημα που προκύπτει είναι αφενός μεν πόσο συμπαθής ή εχθρικός είναι κανείς, αφετέρου δε πόσο θα επιδιώξει να έχει τον έλεγχο ή όχι. Τα συναισθήματα που είναι στον άξονα της φροντίδας / δεσμού (συμπάθεια – εχθρικότητα) θεωρούνται αμοιβαία (η φιλικότητα, δηλαδή, θα προκαλέσει φιλικότητα, και το αντίθετο), ενώ τα συναισθήματα που είναι στον άξονα του ελέγχου, της επιβολής και της κυριαρχίας (ελεγκτική συμπεριφορά – υποτακτική συμπεριφορά) είναι συμπληρωματικά (η επιβολή, δηλαδή, θα προκαλέσει υποταγή και το αντίθετο).

Στην πράξη, η συμπληρωματικότητα των συναισθημάτων οδηγεί σε σχέσεις μέσα στις οποίες επαναλαμβάνεται το κυρίαρχο πρότυπο αλληλεπίδρασης που εντυπώθηκε στον ψυχισμό του ατόμου κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία. Εφόσον η πρωταρχική σχέση προσκόλλησης χαρακτηριζόταν, για παράδειγμα, από εμπειρίες άρνησης, αδιαφορίας και

εγκατάλειψης, οι εμπειρίες αυτές εγγράφονται στο εσωτερικό μοντέλο εργασίας του ατόμου, με αποτέλεσμα στην πορεία της ζωής το άτομο αυτό να προσδοκά παρόμοιες αντιδράσεις από τους άλλους. Έχοντας οικειοποιηθεί ένα τέτοιο πρότυπο σχετίζεσθαι, το πιθανότερο είναι ότι μέσω της συμπεριφοράς του (π.χ. εχθρική ή παθητικο-επιθετική στάση) θα προκαλεί ασυνείδητα παρόμοιες αντιδράσεις από τους γύρω του, επιβεβαιώνοντας με αυτό τον τρόπο τις πρωταρχικές αντιλήψεις για τον εαυτό του, ως ανεπιθύμητο και ανάξιο αγάπης, και για τους άλλους, ως αναξιόπιστους και απορριπτικούς. Ως αυτό-εκπληρούμενη προφητεία, δηλαδή, προξενεί κανείς αυτό ακριβώς που προσπαθεί να αποφύγει.

Στην κλινική πρακτική, εάν ένας ασθενής έχει ένα εσωτερικό μοντέλο εργασίας στο οποίο κυριαρχεί η δυσπιστία για τους άλλους, τότε αναμένεται πως μια τέτοια στάση θα κυριαρχεί στα μεταβιβαστικά συναισθήματα απέναντι στον θεραπευτή του. Παράλληλα, μέσω της συμπληρωματικότητας των συναισθημάτων, πολύ πιθανόν να δημιουργούνται και οι προϋποθέσεις εκείνες, ώστε σε επίπεδο αντιμεταβίβασης η δυσπιστία του ασθενούς να αυτό-επιβεβαιώνεται. Υπό αυτή την έννοια, ακόμα και η πιο ευαίσθητη και καλοπροαίρετη στάση του θεραπευτή μπορεί να παρερμηνευθεί αρνητικά από τον θεραπευόμενο που συνηθίζει να αντιμετωπίζει εχθρικά και καχύποπτα το περιβάλλον του. Ή σε άλλη περίπτωση, η απροκάλυπτη ελεγκτική συμπεριφορά του ασθενούς (διάσταση ελέγχου) μπορεί να προκαλέσει αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις αδράνειας, παθητικότητας και αδυναμίας χειρισμού της κατάστασης εκ μέρους του θεραπευτή (διάσταση υποταγής), ανακυκλώνοντας έτσι τον φαύλο κύκλο επικοινωνίας του συγκεκριμένου ασθενούς. Ένα άλλο σύνηθες παράδειγμα στη θεραπευτική πρακτική περιλαμβάνει την έκφραση σαδομαζοχιστικών στοιχείων, όπου ο θεραπευόμενος ωθεί με τη στάση του τον θεραπευτή να παρέμβει με σαδιστικό τρόπο. Έτσι, ο θεραπευόμενος που δεν προσέρχεται στα ραντεβού του ενώ πλησιάζει το διάστημα των διακοπών της θεραπείας, «εξαναγκάζει» τον θεραπευτή να ενημερώσει για την απουσία του με τρόπο που καταλήγει να ισοδυναμεί με απόρριψη και

εγκατάλειψη. Τα παραδείγματα αυτά καταδεικνύουν ότι η προώθηση μιας βάσης ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση δεν μεταφράζεται απαραίτητα σε δοτικότητα και σε άνευ ορίων υποστήριξη εκ μέρους του θεραπευτή. Ούτε από την άλλη πλευρά, σε ανεπεξέργαστη «τυφλή» συμμαχία προς το μοντέλο σχέσης που προτείνεται από τον θεραπευόμενο, καθώς κάτι τέτοιο θα ενίσχυε μάλλον παρά θα άμβλυne τις όποιες αντιστάσεις του τελευταίου στην ψυχοθεραπεία.

Κατανόηση της αντίστασης μέσω των εσωτερικών μοντέλων εργασίας.

Τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας, σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά που τα διέπουν, επηρεάζουν τόσο τη θεραπευτική διαντίδραση και σχέση, όσο και τις εκδηλώσεις αντίστασης κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Σε κάθε περίπτωση, όπως αναλύεται παρακάτω, η λειτουργία των εσωτερικών μοντέλων λειτουργίας εξυπηρετεί τον προσπορισμό της ασφάλειας στην ψυχική οργάνωση του ατόμου, γεγονός που μεταστρέφει τη σημασία των αντιστάσεων ως εκδηλώσεις αυτό-προστασίας στο πλαίσιο της διαπροσωπικής σχέσης.

Η τάση να αυτό-επιβεβαιώνονται και να αυτό-διαϊωνίζονται τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας οδηγεί σε αυτό που ο Kiesler (1988) ονόμασε «*δυσπροσαρμοστικό κύκλο συνδιαλλαγής*». Η έννοια αυτή περιγράφει την αέναη τάση των ανθρώπων να συνδιαλέγονται στις σχέσεις τους με τρόπους που δεν προωθούν την ομαλή προσαρμογή, αλλά το μόνο που επιτυγχάνουν είναι να ανακυκλώνουν τις ήδη εγκαθιδρυμένες αναπαραστάσεις για τον εαυτό και για τους άλλους. Το παράδοξο αυτό, δηλαδή κάθε νέα ψυχική εμπειρία να απωλεσθαίνει το στοιχείο του καινούργιου και αντί αυτού να αποτελεί μια επανάληψη κάποιας παρελθούσης και ήδη βιωμένης εμπειρίας, γίνεται για έναν κατεξοχήν λόγο: γιατί εξυπηρετεί τους σκοπούς της διατήρησης της ασφάλειας στην ψυχική οργάνωση του ατόμου. Η εξήγηση αυτή απορρέει εμμέσως από τις θεωρητικές αρχές της διαπροσωπικής ψυχολογίας, όπως αυτές υιοθετήθηκαν στη συνέχεια από τη θεωρία προσκόλλησης. Από τον συγκερασμό των

δύο σχολών ψυχοθεραπείας προκύπτει ότι η αυτό-διαιώνιση των εσωτερικών μοντέλων λειτουργίας έχει ως άμεσο αποτέλεσμα να κρατά τα επίπεδα του άγχους χαμηλά, αφού το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με κάτι που αποτελεί ήδη γνωστό τόπο από τις προηγούμενες εμπειρίες του, και ως τέτοιο εξασφαλίζει μια συνέχεια κανονικότητας και προβλεψιμότητας. Συνεπώς, προεκτείνοντας περαιτέρω τις παραπάνω θέσεις, φαίνεται ότι μέσω της μεταφοράς της παρελθούσης εμπειρίας στο παρόν, το άτομο κατορθώνει να «επ-ανα-βιώνει», ξανά και ξανά, αυτό μέσα στο οποίο έμαθε να μειώνει το άγχος που αισθανόταν όταν ήταν εξαρτημένο για την επιβίωσή του από κάποιο άλλο πρόσωπο και μέσα στο οποίο έμαθε να καταφέρνει κάποιο βαθμό εγγύτητας και εσωτερικής ασφάλειας.

Ένας επιπλέον λόγος που εξηγεί την παγίωση των εσωτερικών μοντέλων εργασίας στη διάρκεια της ζωής συνδέεται με το γεγονός ότι τα μοντέλα αυτά αρχίζουν να διαμορφώνονται κατά το στάδιο της προ-αντίληψης, ή αλλιώς κατά το προ-γλωσσικό στάδιο, όταν δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί οι γνωστικές και οι αντιληπτικές ικανότητες της κατανόησης, της επεξεργασίας και της οργάνωσης της ψυχικής εμπειρίας. Κατά συνέπεια, οι αναπαραστάσεις εαυτού και άλλων που δημιουργούνται στη συνέχεια έχουν την έδρα τους καταρχήν στο ασυνείδητο και ως εκ τούτου δεν υπόκεινται εύκολα στον έλεγχο της λογικής, ή στη μεταβολή τους αποκλειστικά μέσω της νοητικής και της λεκτικής (ερμηνευτικής) αντιπαράθεσης. Επομένως, οι παράμετροι της μη-λεκτικής επικοινωνίας και της ανταλλαγής ασυνείδητου υλικού στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης μέσα σε μια σχέση φαίνεται να προκρίνονται ως καθοριστικοί παράγοντες μετατροπής των αρχικά κατασκευασμένων μοντέλων εαυτού και άλλων.

Ο εγγενής μηχανισμός αντίστασης στην αλλαγή των εσωτερικών μοντέλων εργασίας μεταφέρεται στην ψυχοθεραπεία ως αντίσταση στην ψυχική αλλαγή. Βασικός αιτιολογικός παράγοντας της αντίστασης φαίνεται να είναι η άρνηση του ατόμου να αποποιηθεί την ασφάλεια που κατακτήθηκε από τα πρωταρχικά σχήματα (συν-) ύπαρξής του, όταν ακόμα το

άτομο βρισκόταν σε πρωτογενή ταύτιση με τη μητέρα, ή αργότερα στην εξέλιξή του όταν άρχιζε να διαφοροποιείται από αυτήν, ως αυτόνομος οργανισμός. Η άρνηση για αποποίηση της κατακτημένης ασφάλειας επικρατεί, έστω κι αν η κατάκτηση αυτή είναι στην πραγματικότητα επισφαλής. Αυτό σημαίνει ότι ακόμη κι αν η πρωταρχική σχέση προσκόλλησης ήταν ανασφαλής δημιουργώντας στο παιδί το βίωμα της μη-διαθεσιμότητας και της ασυνέχειας στη φροντίδα του, πιθανόν ο μόνος τρόπος επιβίωσης και διατήρησης ενός επιπέδου ασφάλειας ήταν η άρνηση του συγκεκριμένου βιώματος και η καθήλωση σε μια αίσθηση παντοδυναμίας μέσω της αποκήρυξης των αναγκών για εξάρτηση και για φροντίδα. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η Παπαδάκη-Μιχαηλίδη (2006) για τα άτομα με απορριπτικό τύπο προσκόλλησης, *«τα παιδιά μαθαίνουν ότι εάν σεβαστούν την απόσταση η οποία τους επιβάλλεται (από το περιβάλλον φροντίδας) εξασφαλίζουν τη μεγαλύτερη δυνατή εγγύτητα και το μικρότερο δυνατό ψυχικό πόνο»* (σελ. 161). Τα εσωτερικευμένα αυτά σχήματα αναμένεται να μεταφερθούν στην ψυχοθεραπεία με διάφορες μορφές αντίστασης, δημιουργώντας το παράδοξο το άτομο να αναζητά τη μείωση του άγχους και τη διατήρηση μιας εσωτερικής ασφάλειας με την υιοθέτηση προβληματικών συμπεριφορών. Έτσι, ο θεραπευόμενος που εκδηλώνει αντίσταση με τη συστηματική μη-προσέλευσή του στις συνεδρίες, απαξιώνοντας μέσω αυτού τη σημασία της θεραπείας και του θεραπευτή, αφαιρεί από τον εαυτό του την πιθανή ευκαιρία για επανορθωτική ψυχική εμπειρία στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης. Παράλληλα, όμως, προφυλάσσει τον εαυτό του από την έκθεση του μόνου μέχρι τότε τρόπου που είχε στη διάθεσή του για να αισθάνεται ασφαλής μέσα σε ένα σκληρό περιβάλλον, δηλαδή την υιοθέτηση μιας αίσθησης αυτάρκειας και αυτοδυναμίας.

Τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας, αφενός μεν, αποτελούν εσωτερικές δομές οργάνωσης της ψυχικής εμπειρίας, αφετέρου δε, εξυπηρετούν την ψυχική λειτουργία ισορροπώντας ανάμεσα στις ενορμήσεις, τις ανάγκες και τις επιθυμίες από τη μια πλευρά και στην πραγματικότητα από την άλλη. Υπό αυτή την οπτική, γίνεται κατανοητή η θέση της

αντίστασης στην ψυχοθεραπεία όταν η Leal (1982) έγραφε σχετικά ότι, «*οι αντιστάσεις αποκαλύπτουν δομή και συντηρούν λειτουργία*» (σελ. 98).

Σε αυτό το πνεύμα μοιάζει να κινείται και ο μακρόπνοος στόχος της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας για αναδόμηση της προσωπικότητας του θεραπευόμενου, ώστε να ανακοπεί η πορεία του καταναγκασμού της επανάληψης. Αν και η έννοια του καταναγκασμού της επανάληψης παρουσιάζει πολλές διαφορές στη σύλληψή της συγκριτικά με την έννοια των εσωτερικών μοντέλων εργασίας του Bowlby, εντούτοις και οι δύο όροι περιγράφουν την τάση του ατόμου να διαιωνίζει στο διηνεκές παρελθούσες ψυχικές εμπειρίες, ακόμη κι αν αυτές αποφέρουν ψυχικό πόνο και δυσφορία. Οι θέσεις αυτές μεταστρέφουν τον τρόπο κατανόησης και αντιμετώπισης της αντίστασης προς μια θετικότερη οπτική, ενώ παράλληλα τονίζουν τη σπουδαιότητα των «*δαπανών του χρόνου και ψυχικού μόχθου*» (Συνοδινού, 2007, σελ. 164) που απαιτούνται στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής, τουλάχιστον, ψυχοθεραπείας.

Η επαναληπτικότητα των πρώιμων σχημάτων αλληλεπίδρασης με τους άλλους, έχει επίσης καταδειχθεί και από τους εκπροσώπους της σχολής των αντικειμενότροπων σχέσεων (Klein, Fairbairn, Winnicott, Hartmann, Jacobson και άλλους). Σύμφωνα με τον αντικειμενότροπο προσανατολισμό, τα βρέφη μέσω της προβλητικής και της ενδοβλητικής ταύτισης, εσωτερικεύουν αρχικά τα διάφορα μέρη του σώματος της μητέρας (π.χ. στήθος) και στη συνέχεια το είδωλο της μητέρας, άλλοτε ως ένα καλό και άλλοτε ως ένα κακό αντικείμενο. Μέσω αυτής της εσωτερίκευσης, το αντικείμενο-μητέρα που εσωτερικεύεται μπορεί, ως αποτέλεσμα της δύναμης των φαντασιώσεων και της έντασης των λιβιδινικών και των επιθετικών ενορμήσεων του ίδιου του βρέφους, να είναι παραμορφωμένο σε σχέση με την πραγματική υπόσταση της μητέρας. Δηλαδή, εάν φαντασιωσικά η μητέρα δεν αποτελέσει ποτέ ένα ενιαίο ξεχωριστό πρόσωπο που να συνενώνει τις καλές με τις κακές πλευρές της ανθρώπινης φύσης και αντίθετα παραμένει ένα διχασμένο εσωτερικό αντικείμενο το οποίο καταδιώκει, επιτίθεται ή βασανίζει, τότε η σχέση του αντικειμένου μεταφράζεται σε σχέση

εαυτού και μεταβιβάζεται μέσω της επανάληψης σε όλες τις σχέσεις της ώριμης ζωής. Υπό αυτή την οπτική, η επαναληπτικότητα των πρώιμων εσωτερικών βιωμάτων στη μετέπειτα ζωή ερμηνεύεται ως τη διατήρηση ενός δεσμού –ή αλλιώς, τη διατήρηση μιας ψυχικής εγγύτητας– με το πρωταρχικό αντικείμενο προσκόλλησης. Η διατήρηση ενός ζωντανού ψυχολογικού δεσμού με το μητρικό αντικείμενο είναι συχνά η αιτία εκδήλωσης αντιστάσεων στην ψυχοθεραπεία, ενσαρκώνοντας έτσι, μέσα από μια άλλη οδό, τη διάσταση της θεωρίας προσκόλλησης περί «εγγύτητας-ασφάλειας vs. διαχωρισμού-εξερεύνησης». Η αντίσταση κατανοείται εδώ ως την άρνηση του ατόμου να αποσύρει τη λιβιδινική επένδυση από τα εσωτερικά του αντικείμενα, πράγμα που θα ισοδυναμούσε με αποχωρισμό και διαχωρισμό του εαυτού από αυτά. Μπροστά σε ένα τέτοιο ψυχολογικό «αδιέξοδο», μόνο η προσφορά του θεραπευτή ως ένα καλό αντικείμενο μπορεί να παρέχει την απαιτούμενη ασφάλεια που θα αντισταθμίσει την απελευθέρωση των κακών εσωτερικών αντικειμένων του ασθενούς (Fairbairn, 1952a, 1952b) και θα τον βοηθήσει να κατευθυνθεί στο δρόμο προς τη διαμόρφωση μιας προσωπικής ταυτότητας.

Είτε ως σχέση με τα εσωτερικά αντικείμενα, είτε ως καταναγκασμός της επανάληψης είτε ως αναπαράσταση εαυτού και άλλων, μολονότι η ορολογία ή η αιτιολόγηση διαφέρει κάθε φορά, σε όλες τις περιπτώσεις οι διάφορες σχολές ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας συμφωνούν ότι υπάρχει μια τάση αυτό-διαιώνισης των εσωτερικών ψυχολογικών μοντέλων, όπως αυτά έχουν προκύψει κατά τις πρώιμες σχέσεις του ατόμου.

Βεβαίως, στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι το γεγονός πως οι συγκεκριμένες θέσεις συγκλίνουν μεταξύ τους δεν σημαίνει και ισχυροποίηση της «μονιμότητας» των πρώιμων σχημάτων αντίληψης εαυτού και άλλων εις το διηνεκές, ως μια άλλη τελεολογία. Ή διατυπωμένο με όρους της θεωρίας προσκόλλησης, τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας που αναπτύσσονται στα πρώτα στάδια ζωής του ατόμου δεν σημαίνει ότι δεν επιδέχονται αλλαγής, ότι παραμένουν αμετάβλητα και άκαμπτα καθ' όλη τη ζωή. Εάν ίσχυε κάτι τέτοιο,

αυτό θα σήμαινε το τέλος της ψυχοθεραπείας. Πέρα όμως από αυτό, θα σήμαινε και το τέλος της ελπίδας εν γένει.

Το τέλος της αντίστασης: προς ένα ασφαλέστερο (συν-)υπάρχειν.

Ένα βασικό όφελος που προκύπτει από την κατανόηση της αντίστασης μέσα από την οπτική των εσωτερικών μοντέλων εργασίας, είναι ότι προκρίνεται η διαπροσωπική της διάσταση κι ως εκ τούτου αναδεικνύεται ο ρόλος της θεραπευτικής σχέσης στην άμβλυνση των αντιστάσεων μέσω της προώθησης του αισθήματος ασφάλειας. Ο ίδιος ο Bowlby (1988) πρόσβευε ότι τα εσωτερικά μοντέλα προσκόλλησης μπορούν να αλλάξουν και να διαφοροποιηθούν από τα πρωτογενή, κάτω από συγκεκριμένες, όμως, προϋποθέσεις. Υπό αυτό το πρίσμα, η θεραπευτική σχέση και η σταθερή σε βάθος χρόνου θεραπεία παρέχουν το πλαίσιο εκείνο που επιτρέπει την αναθεώρηση των εγκατεστημένων αναπαραστάσεων εαυτού και άλλων, μέσα σε ένα περιβάλλον ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Μολονότι οι υφιστάμενες προσδοκίες του θεραπευόμενου επηρεάζουν αρνητικά τη θεραπευτική συμμαχία, προκαλούν συναισθηματική απορρύθμιση και μειωμένη ανθεκτικότητα στο άγχος κατά την έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας (Bowlby, 1988), καθώς επίσης οδηγούν σε ποικίλες μορφές αντίστασης καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, εντούτοις η κατανόηση αυτών των φαινομένων μέσω των εσωτερικών μοντέλων εργασίας αφήνει, παράλληλα, και ελπιδοφόρα μηνύματα.

Ένα από αυτά είναι ότι η θεραπεία σαφώς δεν μπορεί να αλλάξει τις πραγματικές σχέσεις του ασθενούς, μπορεί ωστόσο να συμβάλλει ώστε να αλλάξει το νόημα που αυτές οι σχέσεις έχουν για τον ψυχισμό του. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της συνειδητοποίησης και της επεξεργασίας των ενδοψυχικών συγκρούσεων, αλλά και μέσω της απαρτίωσης της ψυχικής εμπειρίας όσον αφορά τις σχέσεις του θεραπευόμενου με τους σημαντικούς άλλους. Στη διαδικασία αυτή, η διαπροσωπική διάσταση των εσωτερικών μοντέλων λειτουργίας ενέχει

ιδιαίτερη σημασία, καθώς τα ενδοπροσωπικά ιδιοσυστασιακά στοιχεία του ασθενούς ισοζυγίζονται με αυτά της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης. Στη βάση αυτή, πρωταρχικό ρόλο κατέχει το εναλλακτικό πρότυπο διαντίδρασης που αναπτύσσεται στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης. Ο θεραπευτής καλείται να απαντήσει με τρόπο διαφορετικό από αυτόν που είχε συνηθίσει να προσδοκά ο θεραπευόμενος μέχρι τότε, προτείνοντας με αυτή τη στάση του έναν πιο ώριμο και πιο ολοκληρωμένο τρόπο (συν-) ύπαρξης με τον ασθενή, ο οποίος θα διαπνέεται από ασφάλεια, ελευθερία και σεβασμό. Με αυτή την έννοια, η θεραπευτική σχέση παρέχει τη δυνατότητα για «επανορθωτική συναισθηματική εμπειρία» (Alexander & French, 1946), καθώς ο θεραπευόμενος επαναξιολογεί με βιωματικό τρόπο, μέσω της αλληλεπίδρασης με τον θεραπευτή, τους προηγούμενους συμπαγείς, συγκρουσιακούς και αυτοματοποιημένους τρόπους αντίδρασης, και τους αντικαθιστά με νέες, πιο ενοποιητικές και περισσότερο επεξεργασμένες διαστάσεις ψυχολογικής εμπειρίας. Η ασφάλεια που μέχρι πρότινος διαφυλασσόταν με την επιμονή του θεραπευόμενου στα παλιά σχήματα οργάνωσης του ψυχικού βιώματος, αντικαθίσταται από την ασφάλεια που προσφέρεται μέσα στη θεραπευτική σχέση, και ως συνέπεια, τα παλιά σχήματα αποδυναμώνονται και παύουν να αντιστέκονται στην ψυχική αλλαγή.

Επιτελώντας τέτοιες επανορθωτικές λειτουργίες, ο θεραπευτής καθίσταται όχι απλώς ένας ουδέτερος παρατηρητής των δρώμενων που εκτυλίσσονται στη θεραπευτική διαδικασία από την πλευρά του θεραπευόμενου, αλλά επιπλέον συμμετέχει και ο ίδιος, με τις παρεμβάσεις και με τη συνολικότερη στάση του, στο έργο και στην εξέλιξη της θεραπείας. Η θεραπευτική σχέση αναμένεται να λειτουργήσει ως μια άλλη «πειραματική σκηνή», μέσα στην οποία ο θεραπευόμενος θα δοκιμάσει νέους τρόπους (συν-)ύπαρξης. Εφόσον, ο θεραπευτής αντέξει, παραμένει σταθερός και επιβιώσει ψυχικά αυτών των άλλοτε «αποκηρυγμένων» εκφορών ψυχικής ενέργειας του ασθενή του, τότε ο τελευταίος θα μπορέσει να ξεδιπλώσει την ψυχική αλλαγή και εκτός θεραπευτικού πλαισίου, στην

πραγματική ζωή. Καθώς, λοιπόν, επιτελεί έναν ρόλο «συμμετοχικού παρατηρητή» (Denburg & Kiesler, 2002), αναπόδραστα ο τρόπος που θα αντιδράσει ο θεραπευτής απέναντι στην έκφραση των εσωτερικών μοντέλων εργασίας του ασθενούς, μέσα στη σχέση μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης αλλά και ευρύτερα, θα καθορίσει σε σημαντικό βαθμό την εξέλιξη των αντιστάσεων.

Όπως καταδεικνύεται στο επόμενο κεφάλαιο, η εφαρμογή της θεωρίας προσκόλλησης στην κλινική πρακτική παρέχει μία νέα διάσταση κατανόησης της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία. Στη βάση αυτή, ο θεραπευόμενος αντιστέκεται στον θεραπευτή επειδή τον βιώνει ως ένα πρόσωπο προσκόλλησης. Επιπλέον, όπως προκύπτει εμπειρικά, οι επιμέρους μορφές αντίστασης διαφοροποιούνται ανάλογα με τον τύπο προσκόλλησης του θεραπευόμενου, ενώ σημαντική επίδραση στη θεραπευτική διαδικασία έχει και ο τύπος προσκόλλησης του ίδιου του θεραπευτή.

Κλινική και ερευνητική τεκμηρίωση: Η αντίσταση στην πρακτική της θεωρίας προσκόλλησης

Ο Bowlby (1988) ανέδειξε το γεγονός ότι ο θεραπευτής, εκτός όλων των άλλων, αποτελεί για τον θεραπευόμενο ένα πρόσωπο προσκόλλησης. Ως τέτοιο, εκπροσωπεί εν δυνάμει για αυτόν μια «βάση ασφάλειας», απαραίτητη προϋπόθεση για τη διερεύνηση των ζητημάτων που τον φέρνουν στη θεραπεία. Παρόλο που η συγκεκριμένη θεώρηση της θεραπευτικής σχέσης διαμορφώνει νέες προοπτικές ως προς τους όρους που συνιστούν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, το σχετικό ερευνητικό ενδιαφέρον έχει παραμείνει φειδωλό, γεγονός που έχουν επισημάνει και οι Parish και Eagle (2003). Το ίδιο ισχύει και όσον αφορά τη συσχέτιση της αντίστασης με την παράμετρο της ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση. Στα κλινικά δεδομένα που παρουσιάζονται στη συνέχεια, αναφέρονται συγκεκριμένες εκδηλώσεις αντίστασης ανάλογα με τις διάφορες πλευρές του θεραπευτή, ως

ένα πρόσωπο προσκόλλησης. Ακολουθούν συγκεκριμένα ερευνητικά δεδομένα από το πεδίο της ψυχοθεραπείας, τα οποία αφορούν σε μελέτες των διαφορετικών τύπων προσκόλλησης και της επίδρασής τους στη θεραπεία, είτε σε επίπεδο διαδικασίας είτε σε επίπεδο θεραπευτικού αποτελέσματος, ως έμμεσες περισσότερο αναφορές στη σχέση αντίστασης και ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση.

Κλινικά δεδομένα.

Οι Farber, Lippert και Nevas, στο άρθρο τους «*Ο θεραπευτής ως πρόσωπο προσκόλλησης*» (1995), αναπτύσσουν τις επιμέρους παραμέτρους που συνιστούν τη θεραπευτική σχέση μία σχέση προσκόλλησης για τον θεραπευόμενο, ενώ πολύ εύγλωττα εντάσσουν, επίσης, διαφορετικές μορφές αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, ανά παράμετρο προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Έτσι λοιπόν, ο θεραπευτής ενσαρκώνει δυνάμει για τον θεραπευόμενο έξι επιμέρους χαρακτηριστικά, τα οποία ενυπάρχουν ανεξάρτητα από τους επιμέρους τύπους προσκόλλησης (Bowlby, 1973, 1974, 1977). Τα χαρακτηριστικά αυτά βρίσκονται σε αντιστοιχία με εκείνα που διέπουν την πρωταρχική σχέση προσκόλλησης μητέρας-βρέφους.

Καταρχήν, ο θεραπευτής θεωρείται ως σοφότερος και ισχυρότερος, καθώς κατέχει τη θέση του «ειδικού» φύσει και θέσει. Ο θεραπευτής είναι αυτός που με τις γνώσεις, την κοινωνική και μορφωτική θέση και με τη συνολικότερη στάση του, εκπροσωπεί την πεποίθηση ότι κατέχει εκείνη την ισχύ που μπορεί να αποφέρει λύσεις και να απαλύνει τον ψυχικό πόνο. Επίσης, θεωρείται ότι αποτελεί «βάση ασφάλειας», καθώς προσφέρει ένα θεραπευτικό πλαίσιο σταθερότητας, αξιοπιστίας, διαθεσιμότητας και αντικειμενικότητας, στοιχεία απαραίτητα για να χτιστεί μια ελάχιστη σταθερή βάση πάνω στην οποία ο θεραπευόμενος θα νιώθει ότι «στηρίζεται» και στην οποία θα μπορεί να στρέφεται κάθε

φορά που θα οδεύει σε ολισθηρούς και σε δαιδαλώδεις τόπους της ψυχικής εμπειρίας. Κάτι σαν τον μίτο της Αριάδνης μέσα στους αχανείς λαβύρινθους του Μίνωα.

Ως εκ τούτου, ο θεραπευτής θεωρείται ότι λειτουργεί ως εγγυητής της «επιβίωσης», μολονότι εδώ εννοείται περισσότερο η ψυχολογική επιβίωση παρά η βιολογική, όπως αντίθετα επικρατεί στη σχέση μητέρας-βρέφους. Η παράμετρος αυτή δεν ισχύει μόνο για τους αυτοκτονικούς ασθενείς, αλλά συμπεριλαμβάνει όλες τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπου ο θεραπευτής έρχεται αντιμέτωπος με γενικότερες αυτό-καταστροφικές συμπεριφορές, ή καλείται να «εμφυσησει ζωή» εκεί που επικρατεί σύγχυση, απόγνωση και ψυχικό κενό. Με μια ευρύτερη έννοια, εξάλλου, ο θεραπευτής και η θεραπευτική σχέση διασφαλίζουν μια αίσθηση ψυχολογικής συνέχειας στον ασθενή, όταν αυτός αποποιείται τα προηγούμενα δομικά και λειτουργικά στοιχεία της προσωπικότητάς του και αναδομείται ψυχικά σε κάτι καινούργιο και ανοίκειο.

Καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις ο θεραπευτής αποτελεί ένα ξεχωριστό σημαντικό πρόσωπο για τον θεραπευόμενό του, αποτελεί επίσης κεντρικό πρόσωπο προσκόλλησης. Ανάμεσα στο θεραπευτικό ζεύγος αναπτύσσεται μια ιδιαίτερη σχέση οικειότητας. Συνήθως, ο ασθενής εγκαθιστά μια σχέση αποκλειστικότητας με τον θεραπευτή του, η οποία ευνοείται από το δυαδικό σχήμα της θεραπευτικής συνεδρίας. Η σχέση με τον θεραπευτή εκπροσωπεί συνήθως μια σχέση διάρκειας, παρόλο που το συγκεκριμένο στοιχείο αφορά περισσότερο τις μακρόχρονες παρά τις βραχύχρονες θεραπείες. Ωστόσο, και στις δύο περιπτώσεις, σε μεγαλύτερο ή σε μικρότερο βαθμό, η θεραπευτική σχέση μεταφέρεται μέσα στο χρόνο, καθώς ο θεραπευόμενος μπορεί να ανακαλεί στη μνήμη τις εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις της θεραπείας, πράγμα που συνήθως συμβαίνει σε περιόδους που είτε βιώνει ένταση είτε βρίσκεται σε διαδικασία προσωπικής αλλαγής. Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά, «όσο τα χρονικά όρια της συνεδρίας είναι συγκεκριμένα, τόσο, αντίθετα, ο βιωμένος χρόνος στη διάρκεια της ανάλυσης μοιάζει άπειρος» (Συνοδινού, 2007, σελ. 167).

Τέλος, σύμφωνα με τους Farber, Lippert και Nevas (1995), ο θεραπευτής συνιστά αντικείμενο έντονων συναισθημάτων σε όλες τις φάσεις «σχετίζεσθαι» (δημιουργία, διατήρηση, διακοπή, επανένωση και απώλεια σχέσης). Με την έναρξη της θεραπείας, ο θεραπευόμενος βιώνει έντονα συναισθήματα τα οποία προβάλλει στο θεραπευτή και τα οποία, κατά κύριο λόγο, εμπερικλείουν τις αρχικές αντιστάσεις για την ψυχοθεραπεία. Με την επιτυχή πάροδο αυτής της φάσης (3^{ος}-4^{ος} μήνας), συνήθως ξεκινά μια περίοδος που η Fine (1982) ονόμασε «*περίοδος μέλιτος*», βασικό χαρακτηριστικό της οποίας είναι η έκφραση θετικής μεταβίβασης προς το πρόσωπο του θεραπευτή. Ενώσω η θεραπευτική σχέση διατηρείται μέσα στο χρόνο, ο θεραπευόμενος αναμένεται να αισθάνεται προοδευτικά ασφάλεια, εμπιστοσύνη, ανακούφιση και αισιοδοξία, συναισθήματα τα οποία προκύπτουν από τη σταθερή ενσυναισθητική κατανόηση και το γνήσιο ενδιαφέρον του θεραπευτή. Εντούτοις, συχνά ο θεραπευτής γίνεται στόχος και αρνητικών συναισθηματικών εκδηλώσεων από την πλευρά του θεραπευόμενου. Πέραν των ιδιοσυστασιακών παραγόντων που μπορεί να συνηγορούν σε κάτι τέτοιο (π.χ. αρνητική αντιμεταβίβαση), οι αρνητικές αντιδράσεις από τον θεραπευόμενο συμβαίνουν κυρίως με αφορμή τα «όρια» της θεραπευτικής σχέσης, είτε πρόκειται για φυσικά όρια (π.χ. απουσία σωματικής επαφής, διακοπές θεραπείας) είτε για συναισθηματικά όρια (π.χ. ουδετερότητα, μη-κατάλληλη ανταπόκριση στα ζητήματα του ασθενούς). Οι αρνητικές αυτές αντιδράσεις συνοδεύουν τόσο τη φάση διακοπής όσο και τη φάση επανένωσης της θεραπευτικής σχέσης και εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τη στάση του θεραπευτή κατά πόσον οι αρνητικές εκφάνσεις θα εμπεριεχθούν και θα μεταστραφούν σε θετικά στοιχεία για τη θεραπευτική εξέλιξη. Τα συναισθήματα του θεραπευόμενου είναι ιδιαίτερα έντονα και στην περίπτωση που η θεραπεία ολοκληρώνεται και πρέπει να τερματιστεί. Η απώλεια της θεραπευτικής σχέσης εγείρει συναισθήματα αποχωρισμού και πένθους, επιβεβαιώνοντας για μια ακόμα φορά τη σημασία που ενέχει η θεραπευτική σχέση στον ψυχισμό του θεραπευόμενου.

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση των αρνητικών συναισθηματικών εκδηλώσεων του θεραπευόμενου, και δη των εκδηλώσεων αντίστασης, ως αποτέλεσμα της επίδρασης των «ορίων» που υπεισέρχονται στη θεραπευτική σχέση, και συγκεκριμένα με τη μορφή των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας. Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζονται μερικά παραδείγματα αντιστάσεων τα οποία προκαλούνται από τα όρια και τους περιορισμούς που διέπουν τη σχέση προσκόλλησης θεραπευτή-θεραπευόμενου, ανεξάρτητα από τους επιμέρους τύπους προσκόλλησης.

Αντιστάσεις ανάλογα με τις διαφορετικές πλευρές του θεραπευτή, ως πρόσωπο προσκόλλησης.

Οι αναλογίες που ενυπάρχουν ανάμεσα στη σχέση προσκόλλησης μητέρας-βρέφους και τη σχέση προσκόλλησης θεραπευτή-θεραπευόμενου, όπως περιγράφηκαν παραπάνω, δεν δηλώνουν ότι οι δύο αυτοί δεσμοί είναι επιπλέον και συμμετρικοί. Αντίθετα, υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα τους. Η θεραπευτική σχέση ενέχει συγκεκριμένους περιορισμούς – χρονικούς, οικονομικούς, δεοντολογικούς, διοικητικούς – που την καθιστούν διάφορη, ποσοτικά και ποιοτικά, από τον πρωταρχικό δεσμό προσκόλλησης, αλλά και από άλλες σχέσεις προσκόλλησης (π.χ. ερωτική σχέση). Ενώ δεν αποτελούν όλες οι σχέσεις εγγύτητας με τους ανθρώπους σχέση προσκόλλησης, το θεραπευτικό ζεύγος χαρακτηρίζεται από τις διαστάσεις εκείνες που παραπέμπουν στον πρώιμο δεσμό ασφάλειας. Εντούτοις, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι η ομοιότητα αυτή αφορά πάντοτε σε μια «προσομοίωση», καθώς η θεραπευτική σχέση λαμβάνει χώρα μέσα σε μια ενήλικη πραγματικότητα, η οποία διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες και όρια. Πάνω σε αυτή τη βάση των ορίων, οι αρχές της ηδονής, της πραγματικότητας και της ασφάλειας διαπλέκονται –και συχνά αντιμάχονται– μεταξύ τους και είναι ακριβώς αυτό το πεδίο μέσα στο οποίο διαδραματίζονται πολλές αντιστάσεις από την πλευρά του θεραπευόμενου.

Αναλυτικότερα, τα παρακάτω αποτελούν παραδείγματα αντιστάσεων από την κλινική πρακτική, ανά διάσταση προσκόλλησης:

Ο θεραπευτής ως «σοφότερος / ισχυρότερος»: Αυτή η πλευρά προσκόλλησης μπορεί να προκαλέσει αντιστάσεις που άπτονται σε άλυτα ζητήματα σχετικά με την εξουσία, αφού ο θεραπευτής αντιπροσωπεύει εδώ ένα πρόσωπο εξουσίας. Ο ασθενής μπορεί να απαξιώσει τον θεραπευτή ή/και να αντισταθεί να «εξαρτηθεί» από τη θεραπεία, συνήθως όταν προβάλλει στον τελευταίο ένα γονεϊκό πρότυπο που είτε τον κρατούσε αποδυναμωμένο, εξαρτημένο και «βρεφικό» είτε, αντίθετα, τον ανάγκαζε να ανεξαρτητοποιηθεί πολύ νωρίς, καταπνίγοντας έτσι τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες για φροντίδα και στήριξη. Από μια κοινωνικο-πολιτισμική σκοπιά, αντιστάσεις μπορεί να εμφανιστούν, ως προς αυτή την παράμετρο, και όταν η θεραπεύτρια είναι γυναίκα και ο θεραπευόμενος άντρας, αντιστρέφοντας έτσι τους στερεότυπους επικρατούντες ρόλους για τα δύο φύλα, ή ακόμα, όταν προκύπτουν ζητήματα διαπολιτισμικών διαφορών. Στον αντίποδα, μια άλλη μορφή αντίστασης είναι όταν ο θεραπευόμενος αντιστέκεται στη θεραπεία επειδή ο θεραπευτής δεν υιοθέτησε το ρόλο του «παντοδύναμου γονέα», εκείνου που κυρίως καθοδηγεί γνωρίζοντας τις απαντήσεις για όλα τα θέματα και δίνοντας λύσεις σε όλα τα προβλήματα (Farber et al., 1995).

Ο θεραπευτής ως «βάση ασφάλειας»: Ο ασθενής δεν βιώνει το θεραπευτικό πλαίσιο ως ασφαλές και ως εκ τούτου αντιστέκεται να εκθέσει και να εκτεθεί σε επώδυνα συναισθήματα, είτε κρατώντας τα σε απώθηση είτε αποσιωπώντας τα από τις συνεδρίες. Επειδή, σύμφωνα με τη θεωρία προσκόλλησης, αυτά τα επώδυνα συναισθήματα αφορούν συνήθως σε παρελθούσες ατελείς και απρόσφορες απαντήσεις στις ανάγκες του παιδιού από την πλευρά των προσώπων φροντίδας (West & Sheldon-Keller, 1994), η αναγνώριση και η διερεύνηση τέτοιων βιωμάτων δεν μπορεί να καταστεί δυνατή, εάν και σε παρόντα χρόνο, ο θεραπευτής συνεχίζει να μην εξασφαλίζει ένα σταθερό και αξιόπιστο πλαίσιο αναφοράς.

Ο θεραπευτής ως «εγγυητής της επιβίωσης»: Συμπεριφορές εκδραμάτισης (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας) συχνά αποτελούν έκφραση διαμαρτυρίας για το ότι το άτομο αισθάνεται να μην υπάρχει στη σκέψη κανενός (Holmes, 1996), οπότε η συγκεκριμένη μορφή αντίστασης μοιάζει σαν ο μοναδικός τρόπος για τη διατήρηση της σχέσης, με οποιοδήποτε τίμημα.

Ο θεραπευτής ως «κεντρικό πρόσωπο προσκόλλησης»: Καθώς ο ασθενής συνδέεται με τον θεραπευτή του με σχέση αποκλειστικότητας μπορεί να εκφράσει διάφορες μορφές αντίστασης όταν εκείνος υποκαθίσταται, κατά την απουσία του, από κάποιον συν-θεραπευτή (Farber et al., 1995). Αντιστάσεις εκδηλώνονται, επίσης, και προς τα αντικείμενα εκείνα που λειτουργούν ως «μεταβατικά» (με την έννοια του Winnicott). Για παράδειγμα, ο θεραπευόμενος που κατά την απουσία του θεραπευτή «ξεχνά» να πάρει τα φάρμακά του, ή «ξαφνικά» θεωρεί ότι δεν τα χρειάζεται, στην πραγματικότητα εκφράζει αντίσταση στη θεραπεία, λόγω της ασυνείδητης ψυχικής δυσφορίας που του προκαλεί η απώλεια του θεραπευτή.

Ο θεραπευτής ως «σχέση διαρκείας»: Επειδή κάθε θεραπευτική σχέση έχει, εκ των προτέρων, ένα πέρας, ο θεραπευόμενος μπορεί να αντισταθεί να επενδύσει συναισθηματικά στη θεραπεία του, με το πρόσχημα ότι αυτή η σχέση, ούτως ή άλλως, κάποια στιγμή θα τελειώσει (Farber et al., 1995). Ένας άλλος τρόπος αντίστασης είναι όταν ο ασθενής εκφράζει έκδηλη εχθρικότητα, προκειμένου να διατηρηθεί απόσταση μέσα στη θεραπευτική σχέση (Power, 2003). Ιδιαίτερος τρόπος έκφρασης αντίστασης που σχετίζεται με τον παράγοντα του χρόνου, είναι όταν ο θεραπευόμενος «επιτρέπει» την ύπαρξη εγγύτητας με τον θεραπευτή, τότε μόνο όταν πλησιάζει η προοπτική του αποχωρισμού και της απόστασης (π.χ. αποκαλύπτει ένα σημαντικό θέμα λίγο πριν τελειώσει ο χρόνος της συνεδρίας, ή προσέρχεται για θεραπεία όταν επίκεινται διακοπές).

Ο θεραπευτής ως «αντικείμενο έντονων συναισθημάτων σε όλες τις φάσεις σχετίζεσθαι»:

Σύνηθες παράδειγμα ως προς τη συγκεκριμένη παράμετρο προσκόλλησης, αποτελεί η έκφραση αντίστασης του ασθενή στην εξ αρχής ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, διότι έχει μάθει να μην εμπιστεύεται οποιαδήποτε προσφορά βοήθειας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, πρωτεύων στόχος είναι η εγκαθίδρυση μιας θεραπευτικής συμμαχίας και το χτίσιμο μιας «βασικής εμπιστοσύνης» προς το πρόσωπο του θεραπευτή (Farber et al., 1995). Επίσης, σε σχέση με τη συγκεκριμένη παράμετρο, ιδιαίτερη σημασία έχουν και οι αντιστάσεις που εκφράζονται προς οτιδήποτε βιώνεται ως οριοθέτηση, διακοπή, ή απώλεια της θεραπευτικής σχέσης (π.χ. σωματική απόσταση, όρια θεραπευτικού πλαισίου, διακοπές θεραπείας, οξείες ερμηνείες, αίσθηση του ασθενούς ότι αποτελεί δεύτερη προτεραιότητα, κ.ά.). Οι περιορισμοί αυτοί έχουν ως αποτέλεσμα την έκλυση άγχους, θυμού ή/και φθόνου στον θεραπευόμενο, και ενεργοποιούν σε υπερθετικό βαθμό τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας που ο θεραπευόμενος έχει αναπτύξει ώστε να αντιμετωπίζει παρόμοιες αγχογόνες καταστάσεις απώλειας.

Τα παραπάνω παραδείγματα αναδεικνύουν τη σπουδαιότητα του θεραπευτή στο φαινόμενο των αντιστάσεων, σπουδαιότητα που προκύπτει αποκλειστικά και μόνο από το ρόλο του, ανεξάρτητα από τις συγκεκριμένες ιδιότητες, τη στάση ή /και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαντίδρασης. Σε συνδυασμό με αυτές τις μορφές αντίστασης, που έχουν προκύψει από την κλινική εμπειρία, η ερευνητική δραστηριότητα σε αυτό τον τομέα έχει αναδείξει ότι συγκεκριμένοι τύποι προσκόλλησης εμφανίζουν συγκεκριμένες μορφές αντίστασης. Η γνώση αυτή επεκτείνει και συμπληρώνει την ήδη υπάρχουσα αναφορικά με το φάσμα των πολλαπλών αιτιάσεων για την εμφάνιση αντίστασης (βλ. Κεφάλαιο 3).

Εμπειρικά δεδομένα.

Σε ερευνητικό επίπεδο, η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία έχει βρεθεί ότι διαφοροποιείται ως προς τους τρόπους εκδήλωσης, ανάλογα με τον τύπο ανασφαλούς προσκόλλησης του ασθενούς. Διαφορετικές μορφές αντίστασης θα εκδηλωθούν από τον θεραπευόμενο με αγχώδη / έμμοιο τύπο προσκόλλησης και διαφορετικές από τον θεραπευόμενο με αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης (φοβικό ή απορριπτικό). Το γεγονός ότι οι σχετικές έρευνες εστιάζουν στην περιγραφή των ανασφαλών τύπων προσκόλλησης σε σχέση με τις επιδράσεις τους στην ψυχοθεραπεία, δεν σημαίνει ότι ο ασφαλής τύπος δεν εκφράζει καμία μορφή αντίστασης, ή ότι η δική του θεραπεία είναι απρόσκοπτη. Απλώς, στην περίπτωση των θεραπευόμενων με ασφαλές πρότυπο προσκόλλησης, οι δυσκολίες αυτές είναι ηπιότερες σε σύγκριση με τους άλλους τύπους προσκόλλησης. Παράλληλα, η στάση των ασφαλών τύπων είναι συνολικά ευνοϊκότερη για τη θεραπευτική διαδικασία.

Συνολικές μορφές αντίστασης ανά τύπο ανασφαλούς προσκόλλησης.

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται, συγκεντρωτικά, οι διάφορες μορφές αντίστασης (άμεσες ή έμμεσες) που έχουν βρεθεί από σχετικές έρευνες να συσχετίζονται με τους επιμέρους τύπους ανασφαλούς προσκόλλησης. Τα αναλυτικά ευρήματα, καθώς και τα στοιχεία μεθόδου, αυτών των ερευνών παρουσιάζονται στις επόμενες ενότητες.

Στον αγχώδη / έμμοιο τύπο, η αντίσταση στη θεραπεία αντανakλάται μέσω των εξής εκφάνσεων:

- Παρουσιάζουν βραδύτερο ρυθμό βελτίωσης στη θεραπεία (Travis, Bliwise, Binder, & Horne-Moyer, 2001).
- Στη θεραπευτική συμμαχία, συσχετίζονται θετικά με τον δεσμό αλλά αρνητικά με τα καθήκοντα και τους στόχους, δηλώνοντας την προβληματική των ορίων στη θεραπεία (Mallinckrodt et al., 1995, 2005) .

- Όταν εκφράζουν έντονα συναισθήματα σε μια συνεδρία, στις επόμενες συνεδρίες δημιουργούν απόσταση (π.χ. με ακυρώσεις συνεδριών) (Dolan, Arnkoff, & Glass, 1993) .
- Αναμένεται να διακατέχονται από ελεγκτική συμπεριφορά (Bartholomew & Horowitz, 1991. Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993) .
- Τείνουν να έχουν έντονη ανάγκη για «καθρέφτισμα» και για ταύτιση, λόγω της υπερβολικής ενασχόλησης και της εμμονής τους με θέματα σχέσης, οικειότητας και εγγύτητας (Banai, Mikulincer, & Shaver, 2005).

Αντίστοιχα, στον αποφευκτικό τύπο (φοβικό ή απορριπτικό), έχει βρεθεί ότι οι συμπεριφορές που συνιστούν αντίσταση είναι οι ακόλουθες:

- Εκφράζουν συχνά εχθρικότητα και αρνητισμό (Travis et al., 2001. Horowitz et al., 1993) .
- Συσχετίζονται αρνητικά με τη συνολική σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή (Parish & Eagle, 2003), αν και παραμένει ένα ερώτημα κατά πόσο δίνουν όντως μικρότερη σημασία στη θεραπευτική σχέση, ή αντίθετα, κάνουν άρνηση της σημασίας που έχει η θεραπευτική σχέση για αυτούς .
- Δυσπιστούν στις εκφράσεις υποστήριξης και στις ερμηνείες και απαντούν με δημιουργία απόστασης, ενώ γενικότερα αμφισβητούν το νόημα της θεραπείας (Dolan et al., 1993. Gormley, 2004), δηλώνοντας έτσι το φόβο τους προς την οικειότητα.
- Αυτό-αποκαλύπτουν σε μικρότερο βαθμό τα προσωπικά τους θέματα, επενδύουν λιγότερο στη θεραπεία, είναι λιγότερο συνεργάσιμοι (Bernier & Dozier, 2002. Mallinckrodt, 1995) .

- Αλλάζουν δύσκολα ως αποτέλεσμα της θεραπείας, αλλά όταν αυτό συμβαίνει παρουσιάζουν την πιο εντυπωσιακή βελτίωση (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Matton, Target, & Gerber, 1996) .
- Χαρακτηρίζονται από μειωμένα συμπτώματα και από υψηλή αυτό-εκτίμηση επιβεβαιώνοντας τον προστατευτικό ρόλο της αντίστασης, αν και κάτι τέτοιο είναι μάλλον επιφανειακό διότι εύκολα καταρρέει σε στιγμές κρίσης (Travis et al., 2001. Banai et al., 2005) .
- Περιγράφουν με όρους ασάφειας και σύγχυσης τους γονείς και γενικότερα τους άλλους (Horowitz et al., 1993. Fonagy et al., 1996).

Οι δύο τύποι αποφευκτικής προσκόλλησης, ο φοβικός-αποφευκτικός και ο απορριπτικός-αποφευκτικός, αναφέρονται από κοινού, διότι συνήθως οι αναλύσεις και τα αποτελέσματα των σχετικών μελετών αφορούν και τους δύο μαζί. Σε κάθε περίπτωση πάντως, οι τύποι προσκόλλησης στο σύνολό τους φαίνεται να αποτελούν αφενός μεν έναν προγνωστικό παράγοντα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αφετέρου δε έναν παράγοντα που επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη θεραπευτική διαδικασία.

Οι τύποι προσκόλλησης μεταβάλλονται ως αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας.

Ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα, έρευνα των Travis και συνεργατών (2001) έδειξε ότι το πρότυπο προσκόλλησης ενός ατόμου μπορεί να αλλάξει ως αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας, παρά την ανθεκτικότητα που διακρίνει εν γένει τους τύπους προσκόλλησης. Μάλιστα, η θεραπευτική αλλαγή διαφοροποιείται ανάλογα με τον τύπο προσκόλλησης. Συγκεκριμένα, σε δείγμα 29 θεραπευόμενων, με μέσο όρο συνεδριών 21.4 συνεδρίες, οι οποίοι συμμετείχαν σε πρόγραμμα βραχείας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, χορηγήθηκαν πριν-και-μετά τη θεραπευτική παρέμβαση η Bartholomew Attachment Rating Scale, το SCL-

90-R και το Global Assessment Scale (GAS). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι σε ποσοστό 66% των θεραπευόμενων είχε αλλάξει ο τύπος προσκόλλησης μετά το πέρας της θεραπείας, εκ των οποίων 24% είχε μεταστραφεί από έναν προηγούμενο ανασφαλή στον ασφαλή τύπο προσκόλλησης. Γενικότερα, πάντως οι θεραπευόμενοι του δείγματος παρουσίασαν μια μεταβολή προς ένα ασφαλέστερο μοντέλο προσκόλλησης, καθώς από την *t* test ανάλυση προέκυψε μια σημαντική αύξηση στα θέματα ασφαλούς προσκόλλησης στο λόγο των θεραπευόμενων ανάμεσα στις μετρήσεις πριν-και-μετά τη θεραπεία ($t(28) = -2.90$, $p < 0.05$) και παράλληλα μια σημαντική μείωση στα θέματα της φοβικής προσκόλλησης ($t(28) = 3.03$, $p < 0.05$). Αντίθετα, η μείωση που παρατηρήθηκε στα θέματα της έμμονης προσκόλλησης δεν ήταν στατιστικά σημαντική, ενώ καμία αλλαγή δεν υπήρξε πριν-και-μετά τη θεραπεία στα θέματα της απορριπτικής προσκόλλησης. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν εκείνα παλαιότερων ερευνών (Horowitz et al., 1993), σύμφωνα με τα οποία οι αγχώδεις / έμμονοι τύποι προσκόλλησης παρουσιάζουν βραδύτερο ρυθμό βελτίωσης στη θεραπεία και οι απορριπτικοί / αποφευκτικοί τύποι προσκόλλησης εκφράζουν εχθρικότητα και άρνηση στη θεραπεία, ενώ παράλληλα αντιστέκονται σθεναρά στην όποια θεραπευτική αλλαγή.

Η δυνατότητα μεταλλαγής του προτύπου προσκόλλησης ως αποτέλεσμα ψυχοθεραπείας καταδεικνύεται και σε μία ακόμη έρευνα, αυτή των Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber, Clarkin και Kernberg (2006). Σε δείγμα 90 ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας χορηγήθηκε πριν-και-μετά το πρώτο έτος θεραπείας, προκαθορισμένης συνολικής διάρκειας 3 ετών, το Adult Attachment Interview (AAI) και η κλίμακα Reflective Function (RF). Η μελέτη ήταν συγκριτική ανάμεσα σε τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις θεραπείας: (α) την εστιασμένη στη μεταβίβαση ψυχοθεραπεία (*transference-focused psychotherapy*), (β) τη διαλεκτική συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, και (γ) την ψυχοδυναμική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στους οριακούς ασθενείς της 1^{ης} προσέγγισης

υπήρξε μια σημαντική αύξηση των ασφαλών τύπων προσκόλλησης πριν-και-μετά τον πρώτο χρόνο θεραπείας [McNemar's $\chi^2 = (1, N = 22) = 4,17, p < 0.04$], γεγονός που δεν προέκυψε στις άλλες δύο προσεγγίσεις. Παράλληλα, υπήρξε σημαντική αύξηση και στη δυνατότητα των ασθενών για νοσηματοδότηση, όπως αυτή μετράται με την κλίμακα Reflective Function.

Αναφορικά δε, με έναν πιο συγκεκριμένο δείκτη θεραπευτικού αποτελέσματος, αυτόν της συμπτωματολογίας και της γενικότερης λειτουργικότητας του ατόμου, η έρευνα των Travis και συνεργατών (2001) επικυρώνει τα ευρήματα προηγούμενων σχετικών μελετών (Dolan, 1992. Fonagy et al., 1996). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με αγχώδη / έμμοно τύπο προσκόλλησης, σε σύγκριση με τους υπόλοιπους τύπους, παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας ακόμα και μετά τη θεραπεία, ενώ εισέρχονται στη θεραπεία και εξέρχονται από αυτή με τον μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα καταδεικνύουν τον υψηλό βαθμό συναισθηματικής έντασης και τη μειωμένη δυνατότητα αυτό-διαχείρισης των συναισθημάτων σε αυτή την ομάδα των ασθενών. Αντίθετα, οι θεραπευόμενοι με αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης εισέρχονται στη θεραπεία με τον μικρότερο αριθμό συμπτωμάτων, αλλά εξέρχονται επίσης από αυτή πάλι με τον μικρότερο αριθμό συμπτωμάτων, συγκριτικά με τους άλλους τύπους προσκόλλησης. Το γεγονός αυτό αντανakλά την ισχύ και την αδιαπερατότητα των αμυντικών μηχανισμών που αναπτύσσονται από τους συγκεκριμένους ασθενείς.

Τα ευρήματα αυτά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους θεραπευτές, όταν έρχονται αντιμέτωποι με αυτές τις μορφές αντίστασης στη θεραπεία. Δηλαδή, όταν καλούνται να απαντήσουν είτε στην τάση των ασθενών με έμμοно προσκόλληση, οι οποίοι επιζητούν εναγωνίως τη διαρκή προστασία και την επιβεβαίωση του θεραπευτή αντιστεκόμενοι στην υιοθέτηση πιο αυτόνομων τρόπων δράσης, είτε στην τάση των ασθενών με αποφευκτική προσκόλληση, οι οποίοι αρνούνται να αναγνωρίσουν τις ανάγκες και τα συναισθήματά τους, αντιστεκόμενοι στη δημιουργία στενών σχέσεων οικειότητας και αλληλεξάρτησης. Μολονότι

στη μελέτη της παρούσας διατριβής δεν εξετάζονται οι τύποι προσκόλλησης των θεραπευόμενων ατομικά, αλλά οι τύποι προσκόλλησης της θεραπευτικής σχέσης, αναμένεται ότι όπως οι επιμέρους τύποι προσκόλλησης επηρεάζουν τον τρόπο και την ένταση που εκφράζεται η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία, έτσι αντίστοιχα και ο τύπος προσκόλλησης της θεραπευτικής σχέσης θα επηρεάζει τις εκδηλώσεις αντιστάσεις των θεραπευόμενων. Μάλιστα, αναμένεται ότι τα επίπεδα αντίστασης θα μεταβάλλονται, την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με το αν η θεραπευτική σχέση είναι έμμονης ή αποφευκτικής προσκόλλησης, καθώς στη φάση αυτή ζητήματα εξάρτησης, οικειότητας και αυτονομίας τίθενται στο προσκήνιο της θεραπευτικής διαντίδρασης.

Διαφορετικοί τύποι προσκόλλησης – διαφορετικές θεραπευτικές προκλήσεις.

Τα παραπάνω αποτελέσματα συνδυάζονται με εκείνα που προκύπτουν και από έρευνες εκτός θεραπευτικού πλαισίου, όπως φάνηκε από σειρά μελετών των Banai, Mikulincer και Shaver (2005) σε δείγμα Εβραίων προπτυχιακών φοιτητών. Παρά τη διαφορετική μεθοδολογία που ακολουθήθηκε σε αυτές τις μελέτες, τα ευρήματά τους μπορούν να αναχθούν στο φάσμα της ψυχοθεραπείας, καθώς τόσο το θεωρητικό πλαίσιο όσο και τα εργαλεία των μελετών βασίζονται σε μια κατεξοχήν ψυχοθεραπευτική σκοπιά, αυτή της ψυχολογίας Εαυτού του Kohut (1971).

Σύμφωνα με τις συγκεκριμένες μελέτες (Banai, Mikulincer, & Shaver, 2005), οι δύο βασικές διαστάσεις ανασφαλούς προσκόλλησης –η αγχώδης και η αποφευκτική προσκόλληση– συσχετίζονται στενά με τους διαφορετικούς τρόπους που οι άνθρωποι διαχειρίζονται τις ναρκισσιστικές τους ανάγκες για εαυτο-αντικείμενα². Ενώ, είναι και οι δύο

² Σύμφωνα με τη θεωρία του Kohut (1971), το βρέφος δεν μπορεί να βιώσει τους άλλους ως αυτόνομα, αυθύπαρκτα όντα, αλλά αντίθετα, ως συνεχή και αδιάσπαστα μέρη της δικής του υπόστασης. Σε αυτή τη φάση οι άλλοι δεν αποτελούν ξεχωριστά υποκείμενα, αλλά λειτουργούν περισσότερο ως αντικείμενα μέσω των οποίων ικανοποιούνται (ή δεν ικανοποιούνται) οι ανάγκες του βρέφους. Το φαινόμενο συνέχισης εαυτού-άλλου

τύποι ανασφαλούς προσκόλλησης που αμύνονται απέναντι στις ναρκισσιστικές ανάγκες, ο τρόπος εκδήλωσης των αμυνών και οι σχετικές επιπτώσεις στην ψυχική οργάνωση διαφέρουν. Τα άτομα με αγχώδη προσκόλληση, συμπεριφέρονται σαν να «πεινούν» για καθρέφτισμα, εξιδανίκευση και ομοιότητα στις σχέσεις τους με τους άλλους. Μια «πείνα» που μοιάζει ασίγαστη, καθώς επιζητούν αδιάκοπα την επιβεβαίωση των άλλων, έχουν αυξημένο φόβο απόρριψης, εκδηλώνουν υπερβολική ενασχόληση με θέματα σχέσης και εγγύτητας, επιδιώκουν εναγωνίως την επαφή με τους άλλους. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτό-εκτίμηση και αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής φόρτισης, έλλειψη δυνατότητας αυτό-διαχείρισης των συναισθημάτων και μειωμένο βαθμό εσωτερικής συνοχής. Ιδιαίτερα συναρτώμενη με το φαινόμενο της αντίστασης είναι η τάση τους να εμμένουν σε σχέσεις και σε καταστάσεις που είναι επώδυνες για τους ίδιους, επαναλαμβάνοντας στο παρόν παρελθούσες μαιωτικές εμπειρίες με τρόπο καταναγκαστικό και αυτοματοποιημένο.

Αντίθετα στην περίπτωση των ατόμων με αποφευκτική προσκόλληση, οι μελέτες των Banai, Mikulincer και Shaver (2005) έδειξαν ότι η αποφευκτική προσκόλληση συσχετίζεται με ψυχολογική άρνηση των ναρκισσιστικών αναγκών και με έντονο φόβο απέναντι στην οικειότητα. Το άτομο με αποφευκτική προσκόλληση δρα σαν να μην έχει ανάγκη για καθρέφτισμα, εξιδανίκευση, ή ανταλλαγή με τους άλλους. Επιδεικνύει, αντ' αυτού, μια επίφαση παντοδυναμίας, όπου οι ναρκισσιστικές ανάγκες είναι ανενεργείς και κάθε έκφραση ευαλωτότητας αποφεύγεται. Η άρνηση των ναρκισσιστικών αναγκών, αν και αμυντικός μηχανισμός διαστρέβλωσης της εσωτερικής πραγματικότητας, φαίνεται πως επιτυγχάνει έως

είναι απαραίτητο για την προοδευτική δόμηση της συνοχής Εαυτού, για αυτό και οι άλλοι ονομάζονται στη θεωρία του Kohut ως εαυτο-αντικείμενα. Οι βασικές ναρκισσιστικές ανάγκες ως προς τα εαυτο-αντικείμενα είναι τρεις: (α) η ανάγκη για «καθρέφτισμα» (το βρέφος έχει ανάγκη να νιώθει το θαυμασμό των άλλων για αυτό που εκφράζει και πράττει), (β) η ανάγκη για εξιδανίκευση (το βρέφος θα πρέπει να μπορεί να εξιδανικεύει τους άλλους, ώστε στη συνέχεια να ταυτίζεται με τα εξιδανικευμένα αντικείμενά του), (γ) η ανάγκη για ομοιότητα (το βρέφος χρειάζεται να νιώθει ότι ομοιάζει με τους άλλους και ότι βάσει των κοινών στοιχείων μπορεί να συσχετισθεί μαζί τους). Αυτές οι ναρκισσιστικές ανάγκες ενυπάρχουν στο άτομο, σε μικρότερο ή σε μεγαλύτερο βαθμό, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Οπότε παραμένουν πάντοτε επίκαιρες.

ένα βαθμό το στόχο της, καθώς κατέχει έναν προστατευτικό ρόλο για την ψυχική οικονομία. Σύμφωνα με τους ερευνητές, τα αποφευκτικά άτομα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αυτό-εκτίμησης και μεγάλη συνοχή Εαυτού, γεγονός που αποδίδεται στην τάση τους να «μπλοκάρουν» οτιδήποτε μπορεί να έχει αρνητική επίδραση για τους ίδιους. Συνεπώς, η αλληλεξάρτηση και η ψυχική εγγύτητα που χαρακτηρίζουν μια πραγματική σχέση αποτελούν πιθανές πηγές απειλής για την εσωτερική συνοχή και την αυταξία. Ως τέτοιες αποφεύγονται, συχνά με τρόπο εχθρικό ή παθητικό-επιθετικό. Υπό αυτές τις συνθήκες, το οικοδόμημα της αυτοδυναμίας και της ολοκληρωτικής επάρκειας κλυδωνίζεται μόνο όταν το άτομο διέρχεται από καταστάσεις έντονης κρίσης. Η αποκήρυξη των αναγκών εκείνων, που η ικανοποίησή τους περνά αναπόδραστα μέσα από το δρόμο της σχέσης, συνιστά μια καταφανή εκδήλωση αντίστασης στη θεραπεία.

Η σχετικότητα των ευρημάτων των Banai, Mikulincer και Shaver (2005) με το χώρο της κλινικής πρακτικής πιστοποιείται από προηγούμενες έρευνες που αφορούν τη θεραπευτική διαδικασία. Οι Horowitz, Rosenberg και Bartholomew (1993) πραγματοποίησαν έρευνα σε δείγμα 36 ασθενών που συμμετείχαν σε πρόγραμμα βραχείας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας 20 συνεδριών. Στόχοι της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των τύπων προσκόλλησης και άλλων διαπροσωπικών προβλημάτων, καθώς επίσης και η επίδραση του παράγοντα της προσκόλλησης σε διάφορες εκφάνσεις της θεραπευτικής διαδικασίας. Ένα από τα κύρια ευρήματα της μελέτης ήταν ότι στους επιμέρους τύπους προσκόλλησης αντιστοιχούν διαφορετικές διαπροσωπικές διαστάσεις. Έτσι, ο αγχώδης / έμμονος τύπος διακρίνεται από μια τάση συμμόρφωσης στους άλλους, πράγμα που στη θεραπεία εκφράζεται συχνά μέσω μιας καταθλιπτικόμορφης εικόνας του ασθενούς. Η συσχέτιση αυτή θα μπορούσε να παραπέμπει σε εκείνη τη μορφή αντίστασης όπου ο θεραπευόμενος συνεργάζεται υποτελώς σε οτιδήποτε διαμείβεται στη θεραπεία. Ο «καλός ασθενής» που συμμορφώνεται απόλυτα στις επιταγές της θεραπείας αποτελεί μια

λανθάνουσα μορφή αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, όπως έχει περιγραφεί από τον Strean (1990). Εξάλλου, σε μια τέτοια αντιστοιχία συνηγορεί και το γεγονός ότι η συμμόρφωση συνοδεύεται από υψηλή τάση ελέγχου των άλλων (Bartholomew & Horowitz, 1991. Horowitz et al., 1993). Ο έλεγχος των άλλων, σε αυτή την περίπτωση, είναι συγκαλυμμένος και εκπεφρασμένος μέσω της ίδιας της συμπεριφοράς εξάρτησης.

Από την άλλη πλευρά, οι κύριες διαπροσωπικές διαστάσεις του αποφευκτικού / φοβικού τύπου προσκόλλησης είναι η έλλειψη διεκδικητικότητας, η αναστολή και η εσωστρέφεια, ενώ αντίστοιχα ο αποφευκτικός / απορριπτικός τύπος προσκόλλησης χαρακτηρίζεται από εχθρότητα, ψυχρότητα και δεσποτισμό. Τα τελευταία αυτά στοιχεία δύσκολα επιδέχονται αλλαγής κατά τη θεραπευτική διαδικασία, οπότε σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται ιδιαίτερη υπομονή και αντοχή από την πλευρά του θεραπευτή, ώστε να μπορέσει να εμπεριέξει τα αρνητικά συναισθήματα του απορριπτικού ασθενή και να κάμψει τις αντιστάσεις του. Όπως επισημαίνουν οι Horowitz και συνεργάτες (1993), οι δυσκολίες που προκύπτουν στη θεραπεία από τον απορριπτικό / αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης είναι οι πλέον απροσπέλαστες, συγκριτικά με εκείνες που συνοδεύουν τον αγχώδη / έμμονο τύπο, ή τον φοβικό / αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης. Για το λόγο αυτό, καταλήγουν ότι η βραχεία ψυχοθεραπεία ίσως να μην αποτελεί την κατάλληλη θεραπευτική επιλογή για αυτούς τους ασθενείς, καθώς ο παράγοντας του χρόνου αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για να τροποποιηθούν οι ακραίες αυτές διαστάσεις αντίστασης.

Σε αυτή τη θέση συνηγορεί και ένα ακόμα εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης, το γεγονός ότι ο απορριπτικός τύπος προσκόλλησης παρουσιάζει τους γονείς του με ασάφεια και αοριστία. Το στοιχείο αυτό συνδέεται με αρνητικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ ταυτόχρονα είναι δηλωτικό των συγκεκριμένων εσωτερικών αναπαραστάσεων και των πρώιμων αμυντικών μηχανισμών που χρησιμοποιεί το άτομο με απορριπτικό τύπο προσκόλλησης. Το συγκεκριμένο εύρημα επιβεβαιώθηκε τρία χρόνια αργότερα και από την

έρευνα των Fonagy και συνεργατών (1996) σε δείγμα 82 ασθενών που συμμετείχαν σε πρόγραμμα ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας εσωτερικής διαμονής. Οι ερευνητές ανέφεραν μάλιστα ότι λόγω της ιδιαιτερότητας των ασθενών με απορριπτικό τύπο προσκόλλησης, η αλλαγή ως αποτέλεσμα της θεραπείας αποτελεί έναν μακρινό στόχο για αυτούς, ο οποίος εάν, ωστόσο, επιτευχθεί τότε η βελτίωση που παρουσιάζουν είναι η πλέον εντυπωσιακή.

Συμπερασματικά, όπως προκύπτει από τα ερευνητικά πορίσματα που παρουσιάστηκαν έως τούδε, οι τύποι προσκόλλησης των ατόμων επιδέχονται αλλαγής ως αποτέλεσμα μιας ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, επιβεβαιώνοντας την άποψη του Bowlby (1988) ότι τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας μπορούν να αλλάξουν υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Όπως προκύπτει από τις σχετικές έρευνες, η αλλαγή στους τύπους προσκόλλησης εξαρτάται από τον τρόπο ανταπόκρισης στις διαφορετικές ψυχολογικές και διαπροσωπικές ανάγκες των επιμέρους τύπων προσκόλλησης. Στο σημείο αυτό είναι που υπεισέρχεται ο ρόλος της θεραπευτικής σχέσης, η οποία εντούτοις δεν αποτελεί μια *tabula rasa* περιοχή, αλλά αντίθετα χαρακτηρίζεται κι αυτή από διαφορετικούς τύπους προσκόλλησης.

Η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή.

Η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, ως ξεχωριστή μεταβλητή στη θεραπευτική διαδικασία, μελετήθηκε για πρώτη φορά στην έρευνα των Mallinckrodt, Gantt και Coble (1995) σε δείγμα 138 ασθενών με ελάχιστο αριθμό 5 συνεδριών (μέση τιμή= 10 συνεδρίες, εύρος= 5-62 συνεδρίες). Με τη δημιουργία του πρωτότυπου εργαλείου *Client Attachment to Therapist Scale (CATS)*, οι συγκεκριμένοι ερευνητές μπόρεσαν να μετρήσουν τη θεραπευτική σχέση από τη σκοπιά της θεωρίας προσκόλλησης. Από την παραγοντική ανάλυση βρέθηκε ότι υπάρχουν τρεις υποκλίμακες προσκόλλησης με τον θεραπευτή: η *ασφαλής*, η *φοβική-αποφευκτική* και η *έμμνη-συγχωνευτική*. Επίσης, από την ανάλυση ομαδοποίησης (*cluster analysis*) ανέκυψαν τέσσερις ομάδες ασθενών με διαφορετική μορφή

προσκόλλησης στη θεραπευτική σχέση. Εκτός από τους παραπάνω τρεις τύπους που αντιστοιχούσαν σε τρεις διαφορετικές ομάδες, προστέθηκε και η ομάδα της *απρόθυμης προσκόλλησης (reluctant attachment)*.

Σύμφωνα με τα κύρια ερευνητικά αποτελέσματα, οι θεραπευόμενοι που εντάσσονται στην κατηγορία της έμμονης / συγχωνευτικής προσκόλλησης αναπτύσσουν εύκολα θεραπευτική συμμαχία όσον αφορά τη διάσταση του δεσμού, αλλά εκτιμούν αρνητικά τις διαστάσεις των καθηκόντων και των στόχων της θεραπευτικής συμμαχίας³. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε ίσως να αντανakλά τη σημασία που έχει για αυτούς τους ασθενείς η εγκαθίδρυση μιας συναισθηματικής σχέσης με τον θεραπευτή, καθώς και την ταυτόχρονη δυσκολία τους να αποδεχθούν τα όρια μιας τέτοιας σχέσης, εκπεφρασμένα εδώ από τα καθήκοντα και τους στόχους.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης αφορά στους ασθενείς που αναπτύσσουν φοβική / αποφευκτική προσκόλληση με τον θεραπευτή. Οι ασθενείς αυτοί εκφράζουν δυσπιστία προς τον θεραπευτή, φόβο απόρριψης, άρνηση να συνεργαστούν στις διεργασίες αυτό-αποκάλυψης, ενώ παράλληλα παρουσιάζουν και τα χαμηλότερα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας. Στην έλλειψη συνεργασιμότητας και στην άρνηση επένδυσης στη θεραπεία ως βασικά χαρακτηριστικά αυτών των ασθενών συγκλίνουν και ευρήματα πολλών άλλων ερευνών (βλ. σχετικά Bernier & Dozier, 2002).

Τέλος, η ομάδα των ασθενών της απρόθυμης προσκόλλησης αφορούσε εκείνους τους θεραπευόμενους που –αν και αντιστέκονταν στη διαδικασία της αυτό-διερεύνησης– παρουσίαζαν ωστόσο καλή θεραπευτική συμμαχία, συναισθηματική επένδυση στη θεραπεία και θετική εκτίμηση για τον θεραπευτή. Σύμφωνα με τους ερευνητές, σε αυτή την ομάδα των ασθενών φαίνεται να έχει επιτευχθεί κάποιο επίπεδο ικανοποιητικής προσέγγισης στη σχέση

³ Σύμφωνα με τον Bordin (1979), η θεραπευτική συμμαχία συναποτελείται από τρεις επιμέρους διαστάσεις: τον θεραπευτικό δεσμό, τους στόχους και τα καθήκοντα.

θεραπευτή-θεραπευόμενου, εντούτοις τονίζουν ότι τα χαρακτηριστικά μιας τέτοιας ομάδας χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Ιδιαίτερα συναφές με το φαινόμενο της αντίστασης –όταν αυτή εκφράζεται με την πλέον ακραία μορφή της, τη διακοπή της θεραπείας– είναι το εύρημα που αφορά την προσκόλληση με τον θεραπευτή και τη διάρκεια παραμονής στη θεραπεία. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι όσο περισσότερες συνεδρίες έχει κάνει ο θεραπευόμενος τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα ασφαλούς προσκόλλησης με τον θεραπευτή (Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995). Η σχέση αυτή επιβεβαιώνεται περαιτέρω και από πρόσφατη έρευνα των Parish και Eagle (2003) σε δείγμα 105 ασθενών σε ψυχαναλυτική και ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία με ελάχιστο χρόνο θεραπείας τους έξι μήνες. Στην έρευνα αυτή χορηγήθηκε ένα νέο εργαλείο μέτρησης εννέα κεντρικών συστατικών στοιχείων μιας σχέσης προσκόλλησης, το *Components of Attachment Questionnaire (CAQ)* (Parish, 2000).

Οι Parish και Eagle (2003) πιστοποιούν ότι η μεγαλύτερη διάρκεια της θεραπείας, καθώς και η μεγαλύτερη συχνότητα των θεραπευτικών συνεδριών, συσχετίζονται θετικά με τον ασφαλή τύπο προσκόλλησης και αρνητικά με τους δύο τύπους αποφευκτικής προσκόλλησης (φοβικό και απορριπτικό). Επίσης, βρέθηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στον ασφαλή τύπο προσκόλλησης και την ασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Τόσο οι Mallinckrodt και συνεργάτες (1995) όσο και οι Parish και Eagle (2003) εγείρουν το ερώτημα κατά πόσο μια τέτοια συσχέτιση προκύπτει επειδή η ασφαλής προσκόλληση με τον θεραπευτή απαιτεί ούτως ή άλλως χρόνο για να αναπτυχθεί, ή επειδή οι ασθενείς με χαμηλά επίπεδα ασφαλούς προσκόλλησης (είτε ως τυπολογία είτε ως θεραπευτική σχέση) εγκαταλείπουν πρόωρα τη θεραπεία τους. Στην πρώτη περίπτωση, η προοδευτική εδραίωση της ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση, εσωτερικεύεται σταδιακά και μεταφέρεται και έξω από το θεραπευτικό πλαίσιο, στις υπόλοιπες εκφάνσεις της ζωής του ατόμου. Στη δεύτερη περίπτωση, οι ασθενείς με ασφαλή τύπο προσκόλλησης είναι εκ των προτέρων περισσότερο

διατεθειμένοι να εργαστούν θεραπευτικά και να αξιοποιήσουν τη βοήθεια ενός θεραπευτή, με αποτέλεσμα να παραμένουν περισσότερο στη θεραπεία. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η εγκαθίδρυση μιας ασφαλούς προσκόλλησης στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης αποτελεί το ευκατάλληλο για τη μείωση των αντιστάσεων και την καλή θεραπευτική έκβαση.

Σε αντίθεση με τους θεραπευόμενους με ασφαλή τύπο προσκόλλησης, και οι δύο τύποι αποφευκτικής προσκόλλησης (απορριπτικός και φοβικός) συσχετίζονταν στην έρευνα των Parish και Eagle (2003) με μειωμένα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας, καθώς και με μειωμένη την αίσθηση ότι ο θεραπευτής αποτελεί ένα πρόσωπο αναφοράς σε περιόδους έντασης. Μάλιστα, οι ασθενείς με απορριπτικό τύπο προσκόλλησης συσχετίζονταν αρνητικά με τη συνολική σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Αναφορικά με αυτό, οι ερευνητές αφήνουν ανοιχτό το ερώτημα κατά πόσο οι απορριπτικοί ασθενείς δίνουν όντως μικρότερη σημασία στη θεραπευτική σχέση, ή αντίθετα, αντιστέκονται σε αυτή κάνοντας άρνηση της σημασίας που έχει η θεραπευτική σχέση για την ψυχική τους πραγματικότητα. Πάντως, σε μεταγενέστερη έρευνα των Mallinckrodt, Porter και Kivlighan (2005), όπου χορηγήθηκαν διαφορετικά εργαλεία, επικυρώθηκε για άλλη μια φορά το γεγονός ότι οι ανασφαλείς τύποι προσκόλλησης συσχετίζονται σημαντικά με δημιουργία ανασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, καθώς και με χαμηλά επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας.

Η θετική συσχέτιση ανάμεσα στην έλλειψη θεραπευτικής συμμαχίας και στους ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης έχει καταδειχθεί ομόφωνα από πλήθος ερευνών (Crook, Gelso, Fischer, & Silva, 2007. Eames & Roth, 2000. Mallinckrodt et al., 2005. Meyer & Pilkonis, 2001). Παραδείγματος χάριν, στην έρευνα των Eames και Roth (2000) βρέθηκε ότι όσο πιο ασφαλή τύπο προσκόλλησης είχαν οι θεραπευόμενοι τόσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας, ενώ αντίθετα, όσο πιο φοβικό τύπο προσκόλλησης είχαν οι θεραπευόμενοι τόσο μικρότερα ήταν τα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας. Από την άλλη πλευρά, οι θεραπευόμενοι με έμμονο τύπο προσκόλλησης ανέφεραν συχνότερες ρήξεις στη

θεραπευτική συμμαχία, ενώ οι θεραπευόμενοι με αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης ανέφεραν τις λιγότερες ρήξεις στη θεραπευτική συμμαχία. Οι παραπάνω συσχετίσεις φαίνονται αναμενόμενες, εάν λάβει κανείς υπόψη τους τρόπους με τους οποίους οι ασθενείς με ανασφαλή τύπο προσκόλλησης αντιδρούν, όταν κεντρικά στοιχεία της θεραπευτικής διαδικασίας λαμβάνουν χώρα (π.χ. ερμηνεία, λεκτικοποίηση συναισθημάτων, κ.ά.).

Παρά την απουσία ευρύτερης εμπειρικής τεκμηρίωσης, με διαφορά μιας δεκαετίας, οι Dolan και συνεργάτες (1993) και η Gormley (2004) προβάλλουν με γλαφυρό τρόπο μελέτες περιστατικών στις οποίες καταδεικνύεται η σχέση διαφόρων μορφών αντίστασης στη θεραπεία με τον τύπο προσκόλλησης του ασθενούς. Η Gormley (2004) προχωρά, μάλιστα, περαιτέρω ταυτίζοντας πλήρως τη συνολική τάση της αποφυγής προσκόλλησης (*attachment avoidance*) με αντίσταση στην ψυχοθεραπεία. Γενικότερα, η αντίσταση ορίζεται ως επιθυμία του ασθενούς για επιβίωση (Mander, 2005). Επιμέρους μορφές αντίστασης, όπως είναι η συστηματική δημιουργία απόστασης από τον θεραπευτή (π.χ. μη προσέλευση στις συνεδρίες), οι ακυρώσεις μετά από την ανάδυση βαθύτερων επώδυνων συναισθημάτων, η εκ προοιμίου δυσπιστία απέναντι στις ερμηνείες, ή στη γενικότερη στάση του θεραπευτή να «βοηθήσει», οι εκδραματίσεις που προκαλούν τον θεραπευτή να αναλάβει ενεργό ρόλο και να εγκαταλείψει την ουδετερότητά του (π.χ. αυτό-τραυματισμοί, απόπειρες αυτοκτονίας, επεισόδια ανορεξίας), η μη-συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, όλες αυτές οι αντιστάσεις θεωρούνται ως μηχανισμοί ψυχικής επιβίωσης του θεραπευόμενου.

Αναλυτικότερα, στην περίπτωση που τον ασθενή τον διακρίνει η αποφυγή προσκόλλησης, οι αντιστάσεις του μπορούν να κατανοηθούν ως προσπάθεια να διατηρηθεί κάποια ελάχιστη απόσταση, απαραίτητη για την υποκειμενική διατήρηση μιας εσωτερικής ισορροπίας. Αντίστοιχα, στην περίπτωση που είναι το άγχος προσκόλλησης εκείνο που διακατέχει τον ασθενή, οι αντιστάσεις μπορούν να γίνουν αντιληπτές ως προσπάθεια προσέγγισης των άλλων και ως αναζήτηση φροντίδας. Και στις δύο περιπτώσεις, πάντως, η

κατάδειξη και η αντιπαράθεση της αντίστασης, χωρίς να έχει προηγηθεί πρώτα μια νοηματοδότηση ως προς το σημαντικό ρόλο που επιτελεί για την ψυχική οικονομία του ατόμου, δεν οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα, διότι για τον θεραπευόμενο είναι σαν να βάλλεται το ανώτερο επίπεδο λειτουργικότητας που διαθέτει.

Εν κατακλείδι, από τις σχετικές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι ο τύπος προσκόλλησης – είτε ως προσωπική τυπολογία είτε ως τύπος θεραπευτικής σχέσης– επηρεάζει τη θεραπευτική διαδικασία και το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η ασφαλής προσκόλληση φαίνεται να έχει την καλύτερη πρόγνωση και να εμφανίζει τις λιγότερες προκλήσεις στη θεραπεία, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι υπάρχει απουσία αντιστάσεων. Από την άλλη πλευρά, η φοβική/απορριπτική προσκόλληση παρουσιάζει τις μεγαλύτερες και πιο πρόδηλες δυσκολίες, ενώ η έμμονη/συγχωνευτική προσκόλληση προϋποθέτει την εγρήγορση του θεραπευτή για συγκαλυμμένες μορφές αντίστασης. Σε κάθε περίπτωση, ο τύπος προσκόλλησης της θεραπευτικής σχέσης δεν συνίσταται μόνο στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς, αλλά περιλαμβάνει οπωσδήποτε και τα πρότυπα προσκόλλησης του θεραπευτή. Η επόμενη ενότητα αναφέρεται σε αυτό ακριβώς, δηλαδή στην επίδραση του τύπου προσκόλλησης του θεραπευτή στον τρόπο σχετίζεσθαι με τον θεραπευόμενο.

Ο τύπος προσκόλλησης του θεραπευτή.

Η αντίσταση αποτελεί ένα φαινόμενο με διττή κατεύθυνση. Εκτός από την αντίσταση από την πλευρά του θεραπευόμενου, ενεργό ρόλο στην εμφάνιση, τη συντήρηση, ή ακόμα και στην επίταση της αντίστασης έχει δυνάμει και ο ίδιος ο θεραπευτής. Στη βάση αυτή, τα πρότυπα προσκόλλησης του θεραπευτή ενδεχομένως να παρεμβάλλονται στον τρόπο που παρεμβαίνει, ή στον ευρύτερο τρόπο που σχετίζεται με τον ασθενή του. Για παράδειγμα, ένας θεραπευτής με αγχώδη / έμμοно τύπο προσκόλλησης –βασικό στοιχείο του οποίου είναι ο φόβος απόρριψης– πιθανόν να αντιδράσει ακατάλληλα μπροστά στην «απειλή» του

θεραπευόμενου να διακόψει τη θεραπεία, ως μορφή αντίστασης απέναντι στην ανάδυση επώδυνου ασυνείδητου υλικού. Σε μια τέτοια περίπτωση, η θεραπευτική πορεία δεν καθορίζεται μονόπλευρα και κατ' αποκλειστικότητα από τον ασθενή, αλλά εντάσσεται σε μια ευρύτερη δυναμική αμοιβαίας ισοδύναμης διαμόρφωσης μέσα στη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου.

Ασφάλεια και συμπληρωματικότητα.

Σημαντικός αριθμός ερευνών συγκλίνει σε δύο βασικές παραμέτρους: πρώτον, ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο θεραπευτής να διακρίνεται από ασφαλές πρότυπο προσκόλλησης, και δεύτερον, ότι η διαφοροποίηση των προτύπων προσκόλλησης μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου είναι μάλλον ωφέλιμη. Στην έρευνα των Dozier, Cue και Barnett (1994) φάνηκε ότι οι θεραπευτές με ανασφαλές πρότυπο προσκόλλησης δεν θέτουν υπό δοκιμασία τα υφιστάμενα εσωτερικά μοντέλα εργασίας του ασθενούς, διότι τείνουν να ανταποκρίνονται στα πιο πρόδηλα αιτήματα του θεραπευόμενου και να αγνοούν εκείνα που είναι λανθάνοντα, ή απωθημένα. Ως συνέπεια, αναστέλλουν τη δυνατότητα για ψυχική αλλαγή.

Αναλυτικότερα, οι θεραπευτές με ασφαλή τύπο μπορούσαν να διακρίνουν τις βαθύτερες ασυνείδητες ανάγκες για εξάρτηση στους ασθενείς με αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης, αξιοποιώντας κατάλληλα τα συναισθήματα που προκαλούνταν στην αντιμεταβίβαση. Αντίθετα, οι θεραπευτές με ανασφαλές πρότυπο προσκόλλησης πρόβαλλαν ότι οι έμμονοι θεραπευόμενοι ήταν εκείνοι με τις περισσότερες εξαρτητικές ανάγκες, περιοριζόμενοι έτσι στο προφανές και στο ήδη συνειδητό. Εν τω μεταξύ, ο τρόπος με τον οποίο ενεργούσαν σε αυτές τις περιπτώσεις ήταν περισσότερο παρεμβατικός. Άθελα τους, οι θεραπευτές με ανασφαλές πρότυπο προσκόλλησης φαινόταν να απαντούν με τρόπο μάλλον επιφανειακό στις ανάγκες των ασθενών τους, επικυρώνοντας τον ήδη εγκατεστημένο τρόπο δράσης και λειτουργώντας αντιμεταβιβαστικά με τρόπο επιβεβαιωτικό της παθολογίας του

ασθενούς. Επομένως, οι θεραπευτές με ανασφαλή τύπο προσκόλλησης μάλλον ενίσχυαν τις αντιστάσεις των ασθενών απέναντι στην ψυχοθεραπεία και την ψυχική αλλαγή, παρά τις έθεταν προς προβληματισμό και επεξεργασία.

Εξειδικεύοντας την παράμετρο της ασφάλειας εκ μέρους του θεραπευτή, η έρευνα των Tyrrell, Dozier, Teague και Fallot (1999) εμβάθυνε περαιτέρω καταδεικνύοντας ότι δεν έχει βαρύτητα μόνο εάν ο θεραπευτής είναι γενικά ασφαλούς ή ανασφαλούς προσκόλλησης, αλλά επιπλέον παίζει ρόλο και η τάση που έχει προς τη μια ή την άλλη κατεύθυνση ανασφαλούς προσκόλλησης. Έτσι, ακόμα κι αν ο θεραπευτής διακρίνεται ούτως ή άλλως από ασφαλές πρότυπο προσκόλλησης, έχει εξίσου σημασία εάν κλίνει προς μια τάση αποφευκτικής ή μια τάση έμμονης προσκόλλησης. Βρέθηκε, συγκεκριμένα, ότι ανάμεσα στους ασφαλείς θεραπευτές τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα προέρχονταν στις περιπτώσεις εκείνες που υπήρχαν συμπληρωματικά πρότυπα στο θεραπευτικό ζεύγος: οι έμμονοι / αγχώδεις ασθενείς είχαν περισσότερα θεραπευτικά οφέλη εάν συνεργάζονταν με ασφαλείς θεραπευτές που προσέγγιζαν την αποφευκτική διάσταση προσκόλλησης, ενώ αντίστοιχα, οι αποφευκτικοί ασθενείς ωφελούνταν περισσότερο με ασφαλείς θεραπευτές που είχαν τάσεις έμμονης προσκόλλησης. Κάτι τέτοιο κατανοείται από την ιδιαίτερη ανάγκη των έμμονων ασθενών για εμπερίεξη των κατακλυσμιαίων συναισθημάτων τους και για καλοπροαίρετη οριοθέτηση, ενώ από την άλλη πλευρά, οι αποφευκτικοί ασθενείς χρειάζονται περισσότερο παρεμβάσεις που τους παρακινούν να εκφραστούν συναισθηματικά και να συνδεθούν σε μια σχέση εμπιστοσύνης.

Ως προς τη θεραπευτική έκβαση, η μελέτη των Tyrrell και συνεργατών (1999) έδειξε ότι όταν στο θεραπευτικό ζεύγος επικρατούσαν συμπληρωματικές διαστάσεις προσκόλλησης (π.χ. αποφευκτική vs. έμμονη), οι ασθενείς παρουσίαζαν υψηλότερο βαθμό συνολικής λειτουργικότητας και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή, στο τέλος της θεραπείας. Άλλες έρευνες (Hardy, Aldridge, Davidson, Rowe, Reilly, & Shapiro, 1999. Stiles, Honos-Webb, &

Surko, 1998) επιβεβαιώνουν τον εν λόγω τρόπο που τα συμπληρωματικά πρότυπα προσκόλλησης θεραπευτή και θεραπευόμενου δρουν ευεργετικά για την ψυχική αλλαγή.

Συναφείς μεταβλητές: θεραπευτική συμμαχία, χρόνος, αντιμεταβίβαση.

Επομένως, τα συμπληρωματικά πρότυπα προσκόλλησης στο θεραπευτικό ζεύγος φαίνεται πως πρόσκεινται στην υπηρεσία της κάμψης των αντιστάσεων, καθώς αντικρούουν το *status quo* του ασθενή και παρέχουν εναλλακτικούς τρόπους δράσης και κατανόησης της ψυχικής εμπειρίας. Παράλληλα, όμως, ο τύπος προσκόλλησης του θεραπευτή συσχετίζεται και με άλλες μεταβλητές της θεραπευτικής διαδικασίας, όπως είναι η θεραπευτική συμμαχία.

Η έρευνα των Rubino, Barker, Roth και Fearon (2000) σχετικά με τον τρόπο που οι θεραπευτές ερμηνεύουν τις επικείμενες ρήξεις της θεραπευτικής συμμαχίας διαπίστωσε ότι όσοι θεραπευτές ανήκαν στο φάσμα της έμμονης / αγχώδους προσκόλλησης έτειναν να επιδεικνύουν μικρότερη ενσυναίσθηση, συγκριτικά με τους θεραπευτές με ασφαλή, ή με αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης. Οι ερευνητές εξήγησαν το συγκεκριμένο αποτέλεσμα ως απόρροια του ενδόμυχου φόβου εγκατάλειψης που χαρακτηρίζει τον έμμονο / αγχώδη τύπο, με επακόλουθο, οτιδήποτε γίνεται αντιληπτό ως πιθανή ρήξη να διακινεί αυτό τον φόβο και να περιορίζει τη δυνατότητα ορθής κρίσης και ενσυναισθητικής κατανόησης. Παρομοίως, η έρευνα των Sauer, Lopez και Gormley (2003) επιβεβαίωσε ότι οι θεραπευτές αγχώδους προσκόλλησης είχαν, από τη μια, σημαντική θετική επίδραση στην εγκαθίδρυση θεραπευτικής συμμαχίας κατά την 1^η συνεδρία, αλλά από την άλλη, είχαν σημαντική αρνητική επίδραση στα επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας στις επόμενες συνεδρίες, καταδεικνύοντας ότι η αρχική θετική επίδραση ήταν επίπλαστη και ρευστή.

Αναφορικά με τη συμπληρωματικότητα των προτύπων προσκόλλησης και τη θεραπευτική συμμαχία, άλλες μελέτες έχουν καταδείξει ότι σε αυτή τη σχέση παρεμβάλλεται, ως ενδιάμεση μεταβλητή, η χρονική φάση της θεραπείας. Συγκεκριμένα, έχει

βρεθεί ότι κατά τις τρεις πρώτες συνεδρίες της θεραπείας είναι σημαντικό να υπάρχει κάποιος βαθμός συμφωνίας ανάμεσα στη στάση του θεραπευτή και στο προβαλλόμενο πρότυπο προσκόλλησης του θεραπευόμενου, καθώς κάτι τέτοιο ενισχύει τη θεραπευτική συμμαχία και συσχετίζεται με θετική θεραπευτική έκβαση (Kiesler & Watkins, 1989. Henry, Schacht, & Strupp, 1990). Σε αυτή την αρχική φάση θεραπείας, κατά την οποία βασικός στόχος είναι η εγκαθίδρυση της θεραπευτικής συμμαχίας, φαίνεται ότι η προώθηση από τον θεραπευτή των στοιχείων της αποδοχής και της ταύτισης με τον θεραπευόμενο είναι απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να εγκατασταθεί ένα βασικό επίπεδο εμπιστοσύνης και ο ασθενής να αισθάνεται ότι γίνεται κατανοητός.

Πάντως, σε αντίθεση με τα ομοιογενή αποτελέσματα στο πεδίο της θεωρίας προσκόλλησης, μελέτες από το χώρο της διαπροσωπικής ψυχολογίας καταλήγουν σε αντικρουόμενα ευρήματα ως προς την ωφελιμότητα της ταύτισης των προτύπων διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Οι σχετικές μελέτες περιλαμβάνουν ευρήματα που επιβεβαιώνουν εκείνα της θεωρίας προσκόλλησης, άλλα που καταλήγουν ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να απαντά με τρόπο εκ διαμέτρου αντίθετο προς το κυρίαρχο πρότυπο διαπροσωπικής συναλλαγής του ασθενούς, ενώ άλλα ευρήματα προτείνουν ένα μοντέλο τριών σταδίων στη θεραπεία. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι επιτυχημένες θεραπείες χαρακτηρίζονται από έναν «κύκλο συμπληρωματικότητας» βάσει του οποίου ο θεραπευτής δείχνει αρχικά να συμφωνεί προς το πρότυπο που του παρουσιάζει ο ασθενής, στη συνέχεια της θεραπείας το θέτει υπό δοκιμασία και αντιπαράτίθεται σε αυτό, ενώ η θεραπεία ολοκληρώνεται με μια εκ νέου ταύτιση ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο. Νεότερες, ωστόσο, μελέτες έχουν καταδείξει ότι ακόμα και ο κύκλος της συμπληρωματικότητας δεν λειτουργεί με απόλυτο τρόπο, καθώς η δοκιμασία των υφιστάμενων τρόπων σκέψης και δράσης δεν θα πρέπει να ξεπερνά ένα ανώτερο επίπεδο, το οποίο σε κάθε θεραπευόμενο εξατομικεύεται (βλ. σχετικά Bernier & Dozier, 2002).

Στα αντικρουόμενα αποτελέσματα από το χώρο της διαπροσωπικής ψυχολογίας ήρθε να προστεθεί και μια άλλη μελέτη της θεωρίας προσκόλλησης, η οποία διερεύνησε τη σχέση ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία, την προσκόλληση του θεραπευτή και την αντιμεταβίβαση (Ligiero & Gelso, 2002). Μετρώντας την αντιμεταβίβαση σε επίπεδο συμπεριφοράς (και όχι αντιμεταβιβαστικών συναισθημάτων), όπως την έκριναν θεραπευτές και επόπτες, η έρευνα των Ligiero και Gelso (2002) έδειξε ότι το πρότυπο προσκόλλησης του θεραπευτή δεν συσχετίζεται με τη θεραπευτική συμμαχία, ούτε με τη συμπεριφορά αντιμεταβίβασης, με εξαίρεση τον ασφαλή τύπο προσκόλλησης που συσχετίζεται αρνητικά με την αρνητική αντιμεταβίβαση. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η αρνητική αντιμεταβίβαση είχε αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας, σύμφωνα τόσο με τους θεραπευτές όσο και με τους επόπτες τους. Από την άλλη πλευρά, οι επόπτες εκτίμησαν ότι η θετική αντιμεταβίβαση των θεραπειών (π.χ. εκδηλώσεις συμπάθειας και ανοικτού ενδιαφέροντος) συσχετιζόταν αρνητικά με το δεσμό της θεραπευτικής συμμαχίας, κάτι που οι ίδιοι οι θεραπευτές δεν το αναγνώριζαν στις δικές τους εκτιμήσεις. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η μη-συσχέτιση των τύπων προσκόλλησης των θεραπειών με τη θεραπευτική συμμαχία, ή σε γενικές γραμμές με την αντιμεταβίβαση, οφείλεται στο γεγονός ότι οι θεραπευτές έχουν εκπαιδευτεί να μην επιτρέπουν την υποκειμενική ψυχική εμπειρία να παρεισφρύνει στη θεραπευτική σχέση, διατηρώντας μια στάση ουδετερότητας. Εντούτοις, ακόμα κι αν κάτι τέτοιο είναι αληθές, θα πρέπει κανείς να συνυπολογίσει ότι δεν ισχύει πάντοτε, ανεξάρτητα της εκπαίδευσης, ή της εμπειρίας, του θεραπευτή.

Μια άλλη έρευνα, εξάλλου, έχει διαπιστώσει ότι ο τρόπος που θα παρέμβει ο θεραπευτής απέναντι στον θεραπευόμενο εξαρτάται από τον τύπο προσκόλλησης του τελευταίου, επιβεβαιώνοντας ότι η θεραπευτική ουδετερότητα δεν αποτελεί θέσφατο (Shapiro, Hardy, Aldridge, Davidson, Rowe, & Reilly, 1999). Συγκεκριμένα, οι Shapiro και συνεργάτες (1999) βρήκαν ότι στους θεραπευόμενους με έμμονο/συγχωνευτικό τύπο προσκόλλησης οι

θεραπευτές αντιδρούσαν με αντανάκλαση συναισθήματος, ενώ αντίθετα στους θεραπευόμενους με αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης οι θεραπευτές αντιδρούσαν με ερμηνεία.

Συμπερασματικά, αυτό που φαίνεται να συνάγεται από την αντίφαση που επικρατεί μεταξύ των διαφόρων ερευνητικών αποτελεσμάτων ως προς την επίδραση του τύπου προσκόλλησης του θεραπευτή στη θεραπευτική διαδικασία είναι η θέση που έχει διατυπωθεί από τον Kohut (1984), ότι η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να διακατέχεται από μια «άριστη ματαίωση» (*optimal frustration*) του ασθενούς. Αυτό σημαίνει, ότι η θεραπεία θα πρέπει να διατηρεί κατά το δυνατόν ένα επίπεδο ισορροπίας και ασφαλούς ευελιξίας ανάμεσα, από τη μια πλευρά, στην πρόκληση των εγκαθιδρυμένων παθολογικών τρόπων που έχει αναπτύξει ο ασθενής προκειμένου να κατανοεί και να δρα μέσα στην πραγματικότητα, και από την άλλη πλευρά, στην εμπερίεξη των έντονων συναισθημάτων και στην μερική ικανοποίηση των ψυχολογικών του αναγκών για επιβεβαίωση και υποστήριξη, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Με άλλα λόγια, η ματαίωση των νευρωσικών ικανοποιήσεων των ασθενών θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να μην αποβαίνει τραυματική, και αντιστρόφως, ο «καθησυχασμός» του ασθενούς θα πρέπει να είναι τέτοιος ώστε να μην μετατρέπεται σε εφησυχασμό και σε ψυχολογική αδράνεια. Όπως περιγράφεται στο επόμενο κεφάλαιο, η «άριστη ματαίωση», σε συνδυασμό με μια σειρά από άλλες παραμέτρους, φαίνεται ότι συμβάλλουν στην αξιοποίηση των αντιστάσεων του ασθενούς μέσα σε ένα περιβάλλον ασφάλειας, προάγοντας έτσι τη δομική ψυχική αλλαγή και την απαλλαγμένη εν πολλοίς από εσωτερικές συγκρούσεις αυτοπραγμάτωση.

Θεραπευτική αντιμετώπιση: πρόταση ενός ολιστικού σχήματος

Ο ρόλος του θεραπευτή στην προώθηση ενός βασικού επιπέδου ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση είναι καθοριστικής σημασίας για τη διαδικασία της ίασης. Ο Bowlby

(1988) τόνισε ότι αποτελεί κύρια λειτουργία ενός θεραπευτή η διαμόρφωση μιας βάσης ασφάλειας από την οποία ο ασθενής θα μπορεί να εξερευνά τις δυσάρεστες και επώδυνες πλευρές της ζωής του. Επομένως, η αρχή της ασφάλειας προτείνεται ως βασική προϋπόθεση για την ωφέλιμη προσπέλαση των αντιστάσεων του ασθενούς. Η ύπαρξη μιας βάσης ασφάλειας κατά τη θεραπευτική διαντίδραση είναι μια έννοια αποκλίνουσα από τη μεταβίβαση του θεραπευόμενου, καθώς και από τη θεραπευτική συμμαχία. Διαφορετική από αυτές, αλλά ταυτόχρονα, συνδυάζοντας στοιχεία και από τις δύο έννοιες, η βάση ασφάλειας φαίνεται πως ανατρέχει σε έναν τρίτο τόπο. Ο τόπος αυτός διανθίζεται με συστατικά από την πραγματική και ζωντανή σχέση μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου, έχοντας πάντοτε ως σημείο αναφοράς το παρελθόν-παρόν της μεταβίβασης. Με άλλα λόγια, η βάση ασφάλειας αποτελεί εκείνο το σταθερό σημείο στη θεραπευτική σχέση, το οποίο αντέχει στους «σκοπέλους» της θεραπείας (π.χ. αντιστάσεις, μεταβίβαση, θεραπευτικές αστοχίες, παθολογικά αμυντικά στοιχεία) και παράλληλα διευκολύνει τον μεταβολισμό τους, συμβάλλοντας βήμα προς βήμα σε μια δημιουργική μεταλλακτική επανόρθωση.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινισθεί ότι τα οφέλη που προκύπτουν από την ασφαλή προσκόλληση του ασθενούς με τον θεραπευτή δεν άπτονται στην αρχή της ευχαρίστησης. Δηλαδή, η αρχή της ασφάλειας δεν συνίσταται στην ικανοποίηση των (νευρωσικών) αιτημάτων του ασθενούς. Επιπλέον, η ασφαλής προσκόλληση δεν περιορίζεται στη στάση που πρέπει να τηρεί γενικά ο θεραπευτής όταν εργάζεται με ψυχωτικά άτομα, όπου κύριος στόχος της θεραπευτικής διαδικασίας είναι η επιθετικότητα του ψυχωτικού αρρώστου να εμπεριεχθεί και να κατανοηθεί από τον θεραπευτή, ώστε προοδευτικά εκείνος να αισθανθεί πιο ασφαλής με αυτά τα συναισθήματα και αντί της πράξης και της εκτόνωσής τους να επικρατήσει η σκέψη και η επικοινωνία γύρω από αυτά. Η ασφαλής προσκόλληση με το θεραπευτή, αν και συμπεριλαμβάνει τέτοιου είδους

θεραπευτικές δυναμικές, είναι έννοια ευρύτερη και αφορά το σύνολο της ψυχοθεραπευτικής πρακτικής.

Τα οφέλη της βάσης ασφάλειας, εκπεφρασμένης λειτουργικά ως ασφαλή προσκόλληση με τον θεραπευτή, είναι πολλαπλά:

- μεγαλύτερο βάθος και ομαλότητα στις συνεδρίες·
- αυτό-αποκάλυψη προσωπικών ζητημάτων·
- διερεύνηση παλαιότερων εμπειριών·
- ρύθμιση άγχους μπροστά σε νέες εμπειρίες·
- ισχυρή θεραπευτική συμμαχία και καλύτερη αντιμετώπιση των ρήξεων της συμμαχίας·
- θετική σχέση με τον θεραπευτή συνολικά, ο οποίος γίνεται αντιληπτός ως βάση ασφάλειας για τη διερεύνηση «απειλητικών» ζητημάτων·
- διερεύνηση της αρνητικής μεταβίβασης·
- μεγαλύτερη διάρκεια και σταθερότητα θεραπείας (Kanninen, Salo, & Punamaki, 2000. Mallinckrodt, 1991. Mallinckrodt et al., 2005. Parish, & Eagle, 2003. Safran & Muran, 2000. Stiles & Snow, 1984. Woodhouse et al., 2003).

Η διαμόρφωση ενός θεραπευτικού πλαισίου ασφάλειας, όπως αυτό ανακύπτει μέσα από τη θεωρία προσκόλλησης, φαίνεται να συνιστά περισσότερο μια «χρυσή τομή» στο διαχρονικό δίλημμα της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας ανάμεσα στην «καλοπροαίρετη ουδετερότητα» του Freud και στην «ενεργό θεραπεία» του Ferenczi (βλ. σχετικά Συνοδινού, 2007). Οι δύο αυτές στάσεις στη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου, καθώς και όλες οι άλλες που αποτελούν τροποποιήσεις ή προσαρμογές αυτών, εντάσσονται από κοινού στη συνθήκη της ψυχικής ασφάλειας που φαίνεται να προεξάρχει ως απαραίτητη προϋπόθεση –αν όχι και γενεσιουργό παράγοντα– οποιασδήποτε θεραπευτικής αλλαγής.

Με σταθερό γνώμονα τη διατήρηση ενός βασικού επιπέδου ασφάλειας, ο θεραπευτής διαφοροποιεί τη στάση του, όχι μόνο ανάλογα με την ψυχοπαθολογία του θεραπευόμενου, αλλά επίσης, σύμφωνα με το τι επιτάσσει ο κύριος τύπος προσκόλλησης του ασθενούς και τα ενδοψυχικά μοντέλα εργασίας του, όπως αυτά θεμελιώθηκαν στην αρχέγονη πρωταρχική σχέση. Έτσι, διατηρεί τον κανόνα της ουδετερότητας και της ανωνυμίας με εκείνους τους ασθενείς που κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο, και πάντοτε στο βαθμό που χρειάζεται στις διαφορετικές φάσεις της θεραπείας. Για παράδειγμα, μια τέτοια προσέγγιση θα ήταν μάλλον καταλληλότερη με τους έμμονους / αγχώδεις τύπους προσκόλλησης. Αντίστοιχα, λειτουργεί περισσότερο εμπεριεκτικά και υποστηρικτικά, εκφράζοντας πιο ανοιχτά τη θετική του διάθεση απέναντι στον ασθενή, σε εκείνους τους θεραπευόμενους που έχουν στερηθεί την αγάπη με τρόπο τραυματικό κατά την πρώιμη σχέση με τους ενήλικες, συμβάλλοντας έτσι στην καταρχήν ενδυνάμωση του Εγώ. Παραδείγματος χάριν, μια τέτοια στάση πιθανόν να είναι απαραίτητη όταν ένας ασθενής με αποφευκτικό / απορριπτικό τύπο προσκόλλησης αρχίζει να λεκτικοποιεί τα έως πρότινος απαρνημένα συναισθήματά του. Ή ακόμα, μια τέτοια στάση μπορεί να είναι ωφέλιμη στις περιπτώσεις που το τραύμα έχει μια πραγματική κακοποιητική συνιστώσα. Κλινικό υλικό από περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης καταδεικνύει την ευεργετική επίδραση που ασκεί –σε επίπεδο κινήτρου και δέσμευσης στη θεραπεία, καθώς και στην αντιμετώπιση του ψυχικού τραύματος– η νοηματοδότηση των αντιστάσεων μέσα από το πρίσμα της θετικής ψυχολογίας (Hutchinson & Lema, 2009), αλλά και γενικότερα μέσα από μια περισσότερο υποστηρικτική τοποθέτηση εκ μέρους του θεραπευτή (Scott & King, 2007).

Αυτού του είδους η συνδυαστική θεραπευτική στάση παραπέμπει περισσότερο στην αντίληψη του Winnicott (1965) σχετικά με τη σύζευξη που πρέπει να διακρίνει κάθε θεραπευτή ανάμεσα στην απόσταση, από τη μια μεριά, που αποτελεί σύμβολο της πατρικής τριαδικότητας, και στη λειτουργία του «κρατήματος» και του «καθρεφτίσματος», από την

άλλη πλευρά, που εμπερικλείουν την παρουσία του πρωταρχικού μητρικού αντικειμένου. Με τον τρόπο αυτό, όπως αναφέρει η Συνοδινού (2007), *«το πλαίσιο δίνει στον αναλυόμενο το διπλό μήνυμα της προσφοράς και της αποστέρησης, της αγάπης και της άρσης της»* (σελ. 60).

Όπως ενδεχομένως καθίσταται φανερό, η θεωρία προσκόλλησης δεν προτείνει ένα νέο θεραπευτικό μοντέλο, ως εναλλακτική πρόταση στα ήδη γνωστά και εφαρμοσμένα μοντέλα ψυχοθεραπείας. Αυτό που περισσότερο προβάλλει είναι ένα συνεκτικό ερμηνευτικό πρότυπο των συνιστώμενων θεραπευτικών πρακτικών, το οποίο παραπέμπει στη δια βίου επίδραση της δυποκειμενικότητας. Επιπλέον, παρέχει τη δυνατότητα μιας διαφορετικής εστίασης σε ό,τι έχει ήδη ειπωθεί σχετικά με την ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Δηλαδή, με τη θεωρία προσκόλλησης η έμφαση της θεραπευτικής διεργασίας και της θεραπευτικής σχέσης μετατοπίζεται και ανακτά νέα προοπτική, η οποία μάλιστα επιβεβαιώνεται και ερευνητικά.

Καταρχήν, όσον αφορά το πρώτο σκέλος, αυτό του ερμηνευτικού προτύπου: Μέσα από τη σχέση «ασφάλεια vs. εξερεύνηση», την επίδραση της απώλειας (ποσοτικής ή/ και ποιοτικής) στον ψυχισμό του ατόμου και την ανάπτυξη των εσωτερικών μοντέλων εργασίας αντανακλώμενων στους επιμέρους τύπους προσκόλλησης, η θεωρία προσκόλλησης αναδεικνύει ότι όλη η ψυχική δραστηριότητα εκπύσσεται ως θέμα βαθμού. Εφόσον στην πρωτογενή σχέση δεν επετεύχθη ένα βασικό επίπεδο άριστης ισορροπίας «τόσο-όσο» αναφορικά με την εγγύτητα και την απώλεια της, την εξάρτηση και την απόσταση, ή αλλιώς, το δεσμό με το αντικείμενο και τον αποχωρισμό από αυτό, η πρωταρχική ανάγκη για ασφάλεια δεν πραγματώθηκε ποτέ. Συνέπεια αυτού είναι το άτομο να βρίσκεται σε μια αδιάκοπη αναζήτηση ολοκλήρωσης αυτής της ανάγκης, βρισκόμενο σε μια διαρκή πάλη με την εγγύτητα: είτε δρώντας προς την κατεύθυνση της εγγύτητας σε υπερβάλλοντα βαθμό (π.χ. διάσταση άγχους), είτε επιλέγοντας την αντίθετη κατεύθυνση, δρώντας σε σχέση με την εγγύτητα σε ήσσονα βαθμό (διάσταση αποφυγής). Επομένως, μοιάζει σαν η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία να είναι άλλοτε αναζήτηση ασφάλειας μέσω της υπερβολικής επιδίωξης

εγγύτητας με το αντικείμενο και άλλοτε αναζήτηση ασφάλειας μέσω της υπερβολικής αποφυγής της εγγύτητας με το αντικείμενο. Υπό αυτό το πρίσμα, η «άριστη ματαίωση» του θεραπευτικού πλαισίου και η σύζευξη ανάμεσα στην τρυφερή δυαδικότητα και στην οριοθετημένη τριαδικότητα, που ο θεραπευτής ως ενιαίο πρόσωπο θα πρέπει να ενσαρκώνει, φαίνεται να προτείνει εκ νέου τη δυνατότητα επίτευξης της ισορροπίας «τόσο-όσο» που είχε μείνει εκκρεμής.

Όσον αφορά το δεύτερο σκέλος, τη μετατόπιση της έμφασης και τη διαμόρφωση μιας νέας προοπτικής στη θεραπευτική σχέση, οι απόψεις των θεωρητικών και των ερευνητών της θεωρίας προσκόλλησης θα μπορούσαν να απεικονιστούν στο Σχήμα 5. Η συγκεκριμένη σχηματοποίηση καταδεικνύει τις βασικές αρχές προώθησης της ασφαλούς βάσης στη θεραπεία και τη μεταξύ τους αλληλεξάρτηση.



Σχήμα 5. Βασικές αρχές προώθησης της ασφαλούς βάσης στην ψυχοθεραπεία. Οι αρχές που παρουσιάζονται ενσωματώνουν κλασικές θέσεις της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας (π.χ. άριστη ματαίωση, μεταλλακτική εσωτερίκευση, σταθερότητα πλαισίου) υπό το πρίσμα της θεωρητικής και ερευνητικής τεκμηρίωσης των αρχών της θεωρίας προσκόλλησης (π.χ. ρύθμιση συναισθημάτων, διερεύνηση εμπειριών απώλειας, εσωτερικά μοντέλα εργασίας). Οι αρχές αυτές βρίσκονται σε διαρκή σχέση αλληλεπίδρασης, προκειμένου να επιτευχθεί η δημιουργία ασφαλούς βάσης στη θεραπευτική διαδικασία.

Όπως φαίνεται στο Σχήμα 5, στο κέντρο του σχήματος εντάσσεται η «άριστη ματαίωση» και η «μεταλλακτική εσωτερίκευση», δύο έννοιες που αν και αναπτύχθηκαν από τον Kohut

(1971) πριν τη θεμελίωση της θεωρίας προσκόλλησης, εντούτοις αποδίδουν εύστοχα το περιεχόμενο των δύο κεντρικών συνιστωσών της ψυχοθεραπείας, όπως αναδύονται και από τον Bowlby και τους συνεχιστές του, σε σχέση με την αρχή της ασφάλειας.

Ελάχιστη προϋπόθεση για τη διαμόρφωση ενός βασικού επιπέδου ασφάλειας στην ψυχοθεραπεία είναι η ύπαρξη ενός σταθερού, αξιόπιστου και σαφές πλαισίου. Η σαφήνεια και η συνέπεια του θεραπευτικού πλαισίου, αφενός μεν, προωθεί την αρχή της πραγματικότητας και διαφοροποιείται από παρελθούσες εμπειρίες του ασθενούς, αφετέρου δε, προσδίδει στον θεραπευόμενο την αίσθηση κάποιου ελέγχου στη θεραπεία του, απαραίτητο στοιχείο για τη χαλάρωση των αμυνών και των αντιστάσεων. Από την άλλη πλευρά, ιδιαίτερη βαρύτητα στην προώθηση ενός βασικού επιπέδου ασφάλειας στη θεραπεία κατέχει η διερεύνηση των ορίων του θεραπευτικού πλαισίου και γενικότερα η διερεύνηση των εμπειριών απώλειας, τόσο ως πραγματικό γεγονός μέσα στη θεραπεία (π.χ. διακοπές θεραπείας, ασθένεια θεραπευτή, ολοκλήρωση θεραπείας) και ιδιαίτερα σε σχέση με τη μεταβίβαση-αντιμεταβίβαση. Μολονότι το θεραπευτικό πλαίσιο αναγνωρίζεται ομοφώνως ως προεξάρχουσα μεταβλητή στη θεραπευτική διαδικασία, καμία άλλη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση δεν θέτει το πλαίσιο τόσο πολύ στο προσκήνιο της θεραπείας, ώστε να αποτελεί κεντρικό σημείο της εργασίας με τον ασθενή. Λόγω της έμφασης που δίνει η θεωρία προσκόλλησης στην επίδραση των αποχωρισμών και της απώλειας, το πεδίο αυτό αποκτά νέο διευρυμένο περιεχόμενο στο πλαίσιο της ψυχικής αλλαγής. Μένει η συγκεκριμένη έμφαση να μεταφραστεί και σε αντίστοιχο ερευνητικό ενδιαφέρον. Αυτό που κυρίως έχει γίνει σχετικά, είναι οι αναφορές για το ρόλο του θεραπευτικού πλαισίου αναφορικά με τους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας (Sable, 1997b), μια ομάδα ασθενών που δοκιμάζει παντοιοτρόπως κάθε μορφή οριοθέτησης.

Σε αντιδιαστολή, αυτό που έχει μελετηθεί σε κάποιο βαθμό είναι ο παράγοντας της σύνδεσης της στάσης του θεραπευτή με το εσωτερικό μοντέλο εργασίας και το πρότυπο

προσκόλλησης του ασθενούς. Όπως έχει διαπιστωθεί, η βάση ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση προάγεται όταν ο θεραπευτής αποφεύγει να επιβεβαιώνει τα πρότυπα προσκόλλησης του θεραπευόμενου, πράγμα που θα συνέβαινε εάν συμμετείχε και ο ίδιος με τη στάση του στις επαναλήψεις και στις παλινδρομήσεις του ασθενούς. Η στάση του θεραπευτή θα πρέπει, αντίθετα, να επιτρέπει την επανορθωτική ψυχική εμπειρία, να παρέχει εναλλακτικούς τρόπους νοηματοδότησης και απαρτίωσης και να προσαρμόζεται κάθε φορά στα επίπεδα ψυχικής αντοχής του θεραπευόμενου, αποφεύγοντας βεβιασμένες παρεμβάσεις, αλλά και εφησυχαστικές πρακτικές. Κεντρικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία ενέχει μια επιπλέον μεταβλητή που έχει βρεθεί ότι προάγει την ασφαλή βάση στη θεραπεία: η ρύθμιση των συναισθημάτων και της συναισθηματικής απόστασης. Ο θεραπευτής καλείται να συντονίζει το επίπεδο της συναισθηματικής εξάρτησης που θα αναπτυχθεί στη θεραπευτική σχέση ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς για ψυχική βελτίωση και για ανάπτυξη. Έτσι, ο θεραπευτής θα πρέπει να μετακινείται με ευελιξία ανάμεσα στη συναισθηματική απόσταση και τη συναισθηματική εγγύτητα σε σχέση με τον ασθενή του. Διατηρώντας ο θεραπευτής μια τέτοια ισορροπία, συμβάλλει ώστε ούτε να περιορίζει τον θεραπευόμενο με την τάση για φροντίδα και υποστήριξη ούτε από την άλλη να τον αποθαρρύνει με τη μη-προσφορά της ζωντανής παρουσίας του ως νέα εμπειρία σχέσης και συμβολοποίησης. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις, πάντως, το αποτέλεσμα θα ήταν η ενίσχυση των αντιστάσεων του ασθενούς, προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση. Ενώ αντίθετα με τη ρύθμιση της συναισθηματικής απόστασης διευκολύνεται η ρύθμιση των συναισθημάτων, καταρχήν, ως διαδικασία υποβοηθούμενη από τον θεραπευτή και προοδευτικά ως εσωτερικευμένη μεταλλακτική διαδικασία από τον ίδιο τον θεραπευόμενο.

Συμπεράσματα

Μέσα από τη μελέτη ενός κατεξοχήν ψυχαναλυτικού όρου, της αντίστασης του ασθενούς στην ψυχοθεραπεία, υπό το πρίσμα της θεωρίας προσκόλλησης, θα λέγαμε ότι προκύπτουν τα παρακάτω συμπεράσματα.

Καταρχήν, η αντίσταση στην ψυχική αλλαγή, στην εξερεύνηση του καινούργιου, εξηγείται ως αποτέλεσμα της διατήρησης της ασφάλειας, όπως αυτή έχει προκύψει στην πρώιμη σχέση με τα πρόσωπα φροντίδας. Ως εκ τούτου, οι αμυντικές διεργασίες είναι διαπροσωπικές και συνίστανται είτε στην αποφυγή είτε στο άγχος της προσκόλλησης. Οι δε αντιστάσεις είναι αποτέλεσμα της απουσίας κάλυψης των πρωταρχικών αναγκών για εγγύτητα, σταθερότητα και φροντίδα από τα πρόσωπα φροντίδας. Οι αντιστάσεις αποτελούν ατελείς προσπάθειες για ασφάλεια, αποφυγή άγχους, διατήρηση εσωτερικής συνοχής και διασφάλιση της σχέσης με το αντικείμενο, παρά την απουσία ή την απώλεια του αντικειμένου. Στο πλαίσιο της θεωρίας προσκόλλησης, οι τύποι προσκόλλησης των θεραπευόμενων διαμορφώνουν διαφορετικές μορφές αντίστασης στη θεραπεία, ενώ επηρεάζουν επίσης τις διάφορες πτυχές που συνιστούν τον θεραπευτή πρόσωπο προσκόλλησης. Αντίστοιχα, η θεραπευτική σχέση μπορεί να παρέχει μια βάση ασφάλειας για τον θεραπευόμενο με ιδιαίτερα ευεργετικά για τη θεραπεία αποτελέσματα. Μείζονα σημασία για την εγκαθίδρυση μιας βάσης ασφάλειας έχει ο τρόπος που ο θεραπευτής απαντά στα εσωτερικά μοντέλα εργασίας του θεραπευόμενου, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά εμπειρίες απώλειας, όταν αυτές μάλιστα ανακινούνται στη μεταβίβαση, σε σχέση με το θεραπευτικό πλαίσιο.

Μια τέτοια οπτική της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία αναμένεται να έχει πολλαπλά οφέλη. Καταρχήν, αναμένεται να συμβάλλει στη μεταβολή του ευρύτερου τρόπου κατανόησης και αντιμετώπισης της αντίστασης με όρους περισσότερο θετικούς και λιγότερο παθολογικούς. Αντί δηλαδή η αντίσταση στη θεραπεία και την ψυχική αλλαγή να θεωρείται

αποκλειστικά ως ένα φαινόμενο που διέπεται από ενορμήσεις, εσωτερικές συγκρούσεις, φαντασιώσεις και άλλες ενδογενείς μεταβλητές –με αποτέλεσμα η δυνατότητα παρέμβασης να καθορίζεται περισσότερο από ιδιοσυστασιακούς παράγοντες– αναδεικνύεται τώρα ο επίκτητος προσαρμοστικός χαρακτήρας της αντίστασης, όπως αυτός αναπτύσσεται μέσα στο σχετίζεσθαι, ως μια προσπάθεια προσαρμογής και ψυχικής ύπαρξης του ατόμου μέσα στο περιβάλλον του. Πρόσθετοι παράγοντες, όπως η διαδικασία ρύθμισης συναισθημάτων, η αναζήτηση ασφάλειας, η διαχείριση της απώλειας, ενσωματώνονται στην προβληματική των αντιστάσεων και προσδίδουν σε αυτές νέο περιεχόμενο.

Ένα δεύτερο όφελος που προκύπτει από μια τέτοια οπτική είναι η έμφαση που δίδεται στη σημασία της θεραπευτικής σχέσης για τη μείωση των αντιστάσεων. Η αντίσταση δεν αφορά αποκλειστικά τον θεραπευόμενο, δεν είναι ένα στοιχείο της ιδιοσυγκρασίας του, που το φέρει από καταβολής και που τον επηρεάζει ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες, αλλά αφορά σε μια δυναμική που αναπτύσσεται μέσα στη θεραπευτική σχέση. Επομένως, ο ρόλος του θεραπευτή και της θεραπευτικής σχέσης είναι ιδιαζούσης σημασίας.

Ως επακόλουθο των δύο προηγούμενων διαστάσεων, μια τέτοια οπτική επιτρέπει την εστίαση σε πεδία της θεραπείας που μέχρι τώρα δεν έχουν αναδειχθεί επαρκώς, όπως για παράδειγμα το ρόλο της ασφάλειας στη θεραπεία, τη σημασία των εμπειριών απώλειας και αποχωρισμού, το ρόλο του θεραπευτή ως πρόσωπο προσκόλλησης. Στο πλαίσιο αυτό, ένα πρόσθετο όφελος είναι το γεγονός ότι διευρύνονται οι δυνατότητες παρέμβασης. Οι αντιστάσεις δεν αντιμετωπίζονται πλέον κατά κύριο λόγο, ή αποκλειστικά, με την ανάδειξη και την ερμηνεία / ανάλυση των αντιστάσεων, αλλά επίσης με τη ρύθμιση της συναισθηματικής απόστασης, τη διαμόρφωση ασφαλούς βάσης για εξερεύνηση, τη διερεύνηση της σημασίας των ορίων του θεραπευτικού πλαισίου και την προσαρμογή των παρεμβάσεων ανάλογα με τον τύπο προσκόλλησης του ασθενούς, ώστε να μην ενισχύονται αλλά αντίθετα να τίθενται υπό δοκιμασία τα υφιστάμενα μοντέλα εργασίας.

Η παρούσα μελέτη εντάσσεται σε αυτή τη νέα οπτική της αντίστασης, όπως ανακύπτει από τη θεωρία προσκόλλησης. Στόχο της συγκεκριμένης μελέτης αποτελεί η άμεση διερεύνηση των αντιστάσεων του θεραπευόμενου υπό το πρίσμα της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, τοποθετώντας έτσι την αντίσταση στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαντίδρασης και εξετάζοντάς την με όρους ασφάλειας / ανασφάλειας. Η διάσταση αυτή θεωρείται ότι επιτυγχάνεται ακόμη περισσότερο λαμβάνοντας υπόψη το χρονικό πλαίσιο διεξαγωγής της μελέτης, που είναι οι καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας. Η προσωρινή απώλεια του θεραπευτή και η ρήξη της θεραπευτικής συνέχειας λόγω των θερινών διακοπών θεωρούνται ότι άρουν το αίσθημα ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση και επιτείνουν τις αντιστάσεις στην ψυχοθεραπεία. Μάλιστα, στη βάση της προηγούμενης σχετικής ερευνητικής τεκμηρίωσης, αναμένεται ότι οι αντιστάσεις των θεραπευόμενων θα διαφέρουν –ποσοτικά και ποιοτικά– ανάλογα με τον τύπο της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή.

Ο συγκεκριμένος τρόπος εξέτασης της αντίστασης εντάσσεται στις σύγχρονες ψυχαναλυτικές / ψυχοδυναμικές τάσεις για μια θετικότερη αντιμετώπιση ενός κλασικού όρου, με κατεξοχήν αρνητικό περιεχόμενο. Οι τάσεις αυτές, οι οποίες αναλύθηκαν λεπτομερώς στο Κεφάλαιο 4 όσον αφορά την ατομική ψυχαναλυτική / ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, χαρακτηρίζουν και το πεδίο της ομαδικής ψυχοθεραπείας. Μολονότι το δείγμα της παρούσας μελέτης προέρχεται από θεραπευτικά πλαίσια ατομικής ψυχοθεραπείας, κρίνεται βιβλιογραφικά απαραίτητο να γίνει αναφορά και στις επικρατούσες αντιλήψεις για την αντίσταση στο πλαίσιο της ομαδικής ψυχοδυναμικής θεραπείας, ώστε να μπορεί κανείς να διακρίνει τις μεταξύ τους ομοιότητες και διαφορές. Εξάλλου, όπως αναφέρει η Rosenthal (2005a), παρατηρείται μια αλληλεξάρτηση ανάμεσα στις ατομικές αντιστάσεις και τις αντιστάσεις της ομάδας, γεγονός που δημιουργεί την ανάγκη για μια από κοινού εξέταση των δύο διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η αντίσταση στην ομαδική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Η αντίσταση στην ομαδική ψυχοδυναμική θεραπεία εκφράζεται μέσα από τις ξεχωριστές οδούς πάνω στις οποίες εκτυλίσσεται η μέθοδος και η τεχνική της ψυχοθεραπείας σε ομάδα. Αποκτά μορφές αλλότριες από εκείνες της αντίστασης στην ατομική θεραπεία, πολλές φορές γίνεται πιο δαιδαλώδης, αντανακλώμενη στα πολλά διαφορετικά πρόσωπα που συνθέτουν την ομάδα, ή πολυσχιδής, εκφράζοντας τα πολλά διαφορετικά επίπεδα δυναμικών της ομαδικής διαντίδρασης. Η «αντίσταση της ομάδας», η οποία ως έννοια καθιερώθηκε πρώτη φορά το 1948 από τον Fritz Redl (Dub, 1997), αν και διέπεται από κοινά στοιχεία με την αντίσταση του ασθενούς στην ατομική ψυχοθεραπεία, διαφοροποιείται από αυτή στο βαθμό που συγκεράσσεται με τα ιδιαίτερα δυναμικά που διακρίνουν την ψυχοθεραπεία σε ομαδικό επίπεδο.

Σε αντίθεση με τη δυαδικότητα της θεραπευτικής σχέσης στην ατομική ψυχοθεραπεία, όπου οι θεραπευτικές διεργασίες λαμβάνουν χώρα (ανά)μέσα στο θεραπευτικό ζεύγος θεραπευτή-θεραπευόμενου, στην ομαδική ψυχοθεραπεία η θεραπευτική σχέση συνυφαίνεται σε τρία διαφορετικά επίπεδα: (α) ατομικό (κάθε μέλος, ξεχωριστά), (β) διαπροσωπικό (μέλη-θεραπευτής & μέλος-μέλος), και (γ) ομαδικό (η ομάδα ως σύνολο). Οι πολλαπλές, αλλά ταυτόχρονα συμπληρωματικές, μορφές σχετίζεσθαι στην ομαδική ψυχοθεραπεία καλούν τον θεραπευτή ομάδας σε ένα σύνθετο και απαιτητικό έργο. Σε συνδυασμό με την κατάλληλη αντιμετώπιση των διαφορετικών ιδιοσυγκρασιακών στοιχείων των μελών, ο ομαδικός θεραπευτής καλείται επίσης να αναγνωρίζει και να ερμηνεύει τα ομαδικά δυναμικά, να ανταποκρίνεται με ευελιξία και να αντανακλά τους ποικίλους ρόλους που αναλαμβάνουν τα μέλη της ομάδας μέσα από προβλητικές ταυτίσεις, και ταυτόχρονα να διατηρεί τη δική του

θεραπευτική ουδετερότητα, απαντώντας σε αυτή τη πολυδιάσπαση των ψυχικών διεργασιών με τρόπο συνεκτικό.

Όπως χαρακτηριστικά έχει διατυπωθεί: «οι αντιστάσεις αποκαλύπτουν τη δομή και συντηρούν τη λειτουργία» (Leal, 1982, σελ. 98), γεγονός που καταδεικνύει πόσο η βασική επιδίωξη της αντίστασης, η διατήρηση του *status quo*, δρα ως προστατευτικός μηχανισμός της δομικής και λειτουργικής σταθερότητας του ψυχικού οργάνου του ατόμου, και ως τέτοια συμβάλλει στην αίσθηση της ψυχικής επιβίωσης. Διευρύνοντας την άποψη αυτή στο επίπεδο της ομάδας, ως ένα ενιαίο σύστημα, η αντίσταση θεωρείται ότι ενεργοποιείται τότε προκειμένου να εγκαθιδρυθούν και να διατηρηθούν σταθερά τα όρια του συγκεκριμένου συστήματος της ομάδας, αυτά που ορίζουν τη δομή και τη λειτουργία, άρα και την ύπαρξή του (Bion, 1961. Cohn, 1988. Hawkins, 1986). Ο ρόλος της αντίστασης, σε αυτή την περίπτωση, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως «μορφοστατικός», μια έννοια που εισήγαγε ο Durkin (1981) για να περιγράψει τη διαδικασία κατά την οποία ένα σύστημα κλείνει τα όρια του απέναντι στην αλλαγή, ώστε να διατηρήσει και να διασφαλίσει σταθερή τη δομή του. Ποια είναι όμως τα δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του συστήματος της ομάδας, μέσα στα οποία ενεργοποιείται η αντίσταση;

Η εξελικτική διάσταση της αντίστασης στην ομαδική ψυχοθεραπεία

Στην ομαδική ψυχοδυναμική θεραπεία, είναι συνήθως η ομάδα στο σύνολό της αυτή που λειτουργεί με τον τρόπο που δρα ο θεραπευτής στην ατομική ψυχοθεραπεία, αντίστοιχα. Δηλαδή, ως πεδίο ενσωμάτωσης και μεταβολισμού της προσωπικής εμπειρίας των μελών, τα οποία με τη βοήθεια του ομαδικού θεραπευτή αποδέχονται σταδιακά εκείνα τα στοιχεία που έχουν απαρνηθεί ή διαστρεβλώσει, αφού καταρχήν αυτά αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας και αποδοχής στο ευρύτερο σύστημα της ομάδας (Cohn, 1988. Grotjahn, 1993. Krikorian & Fowler, 2008). Σε επίπεδο εξελικτικό, η θεραπευτική ομάδα αναπαρίσταται ως

σύστημα με όρους μητρικής λειτουργίας, αποδίδοντας σε αυτή τόσο θετικές όσο και αρνητικές ποιότητες. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η «μητέρα-ομάδα» γίνεται αντιληπτή από τα μέλη άλλοτε ως η δοτική μητέρα που φροντίζει και προστατεύει και άλλοτε ως η κακή μητέρα που εγκαταλείπει, ελέγχει, ή απειλεί (Durkin 1964. Slater, 1966. Scheidlinger, 1974). Πέραν, ωστόσο, αυτών των μεταβιβαστικών αντιδράσεων, η θεραπευτική ομάδα αποτελεί καταρχήν για τα μέλη της ένα «πεδίο ταύτισης με την ομάδα ως ενιαίο σύνολο» (*identification with the group-as-a-whole*). Το χαρακτηριστικό αυτό συνιστά ζωτικό στοιχείο επαναφοράς της αίσθησης του ανήκειν, παρόμοιο με εκείνο που βιώνει κανείς στην πρωταρχική μη-συγκρουσιακή σχέση με τη μητέρα (Scheidlinger, 1974). Η ταύτιση των μελών με την ομάδα στο σύνολο της –βασικό συστατικό για την εξασφάλιση της ομαδικής συνοχής, ιδιαίτερα κατά τα πρώτα στάδια διαμόρφωσής της– όταν επαπειλείται, καθιστά επισφαλή τα όρια της ομάδας, γεγονός που οδηγεί στην ανάπτυξη αντιστάσεων.

Εκτός από το χαρακτηριστικό της ομαδικής ψυχοθεραπείας να διευρύνεται κάθε φορά και να αναπαράγεται μεταβιβαστικά η δυαδική σχέση μητέρας-παιδιού μέσα από περισσότερα των δύο πρόσωπα, η θεραπευτική ομάδα διαφέρει επίσης από την ατομική ψυχοθεραπεία και στο γεγονός ότι «τριαδικοποιεί» καταφανώς με την παρουσία και «τρίτων» μελών στη θεραπευτική σχέση. Η αίσθηση της αποκλειστικότητας, που κατά κάποιο τρόπο εκφράζεται στο πλαίσιο της ατομικής ψυχοθεραπείας και η οποία παραπέμπει σε μια φαντασίωση αναβίωσης της αποκλειστικής σχέσης ενότητας και πληρότητας με τη μητέρα, στην ομαδική θεραπεία βάλλεται από τον δυνάμει ανταγωνισμό μεταξύ των μελών της ομάδας. Έτσι, ενώ το πλαίσιο της ατομικής ψυχοθεραπείας διευκολύνει την ανάπτυξη αναπαραστάσεων προσκόλλησης, φροντίδας και ικανοποίησης ψυχολογικών αναγκών, αντίθετα το ομαδικό πλαίσιο ψυχοθεραπείας προβάλλει περισσότερο ως μια ασφαλής αρένα της πραγματικής ζωής, όπου η διαφορετικότητα, οι περιορισμοί και ο ανταγωνισμός προεξάρχουν.

Ως εκ τούτου, η θεραπεία σε ομαδικό πλαίσιο δίνει τη δυνατότητα να επαναβιωθούν μέσα στην ομάδα ζητήματα αποχωρισμού, εξατομίκευσης, ανταγωνισμού και ζήλιας, όπως αυτά προέκυψαν στις πρωταρχικές σχέσεις με τους γονείς, ή τα αδέρφια, και να αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας με τρόπο όχι μόνο ενδοπροσωπικό, αλλά κυρίως δια-δραστικό. Συχνά, η διακίνηση τέτοιων συναισθημάτων προκαλεί έντονο άγχος και μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη διακοπή της θεραπείας (Wooster, 1983), ή σε άλλες μορφές αντίστασης, όπως η προβολή του άγχους σε ένα μέλος της ομάδας που λειτουργεί ως «αποδιοπομπαίος τράγος» (Cohen, 1997), οι προσπάθειες διάσπασης της συνοχής της ομάδας (Cohn, 1988. Ghirardelli, 2001), η έκφραση επιθετικότητας στην είσοδο ενός νέου μέλους σε μια ήδη σχηματισμένη ομάδα (Billow, 2001), ή η ανάπτυξη «συμπαιγνιών μεταξύ των μελών» (*group collusion*), ώστε να ανασταλεί η θεραπευτική εξέλιξη (Dub, 1997).

Συνεπώς, η θεραπευτική ομάδα εμπερικλείει συγχρόνως διαστάσεις που αφορούν τόσο σε ζητήματα της πρώιμης σχέσης μητέρας-βρέφους, όσο και σε διεργασίες σχετικές με τη φάση αποχωρισμού-εξατομίκευσης και επαναπροσέγγισης (*rapprochement*) του παιδιού, με προεξάρχοντα τότε τον ρόλο του πατέρα. Ως εκ τούτου, στο πλαίσιο της θεραπευτικής ομάδας, ο ομαδικός θεραπευτής και τα μέλη της ομάδας αποτελούν αυτό που ο Kohut (1971) ονομάζει ως «*εαυτό-αντικείμενα*», δηλαδή πρόσωπα πάνω στα οποία καθρεφτίζονται οι προσωπικές ανάγκες και τα συναισθήματα του ατόμου μέσα σε μια σχέση ταύτισης με τους άλλους, αλλά ταυτόχρονα και διαφοροποίησης από τον εαυτό. Το μέλος μιας θεραπευτικής ομάδας έχει τη δυνατότητα να διέλθει παράλληλα μέσα από τη «λογική της συμμετρίας» (ομοιότητα, ταύτιση, ομοιογένεια) που χαρακτηρίζει τη σχέση του βρέφους με τη μητέρα, καθώς και από τη «λογική της ασυμμετρίας» (διαφορετικότητα, ανομοιογένεια, οριοθέτηση) που αναπτύσσεται με τη σχέση με τον πατέρα (Matte-Blanco, 1975). Το πάντρεμα αυτών των ρόλων καλείται να κάνει ο ομαδικός ψυχοδυναμικός θεραπευτής που, όπως αναφέρει ο Wooster (1983), «*θα πρέπει να είναι κάποιες φορές η μητέρα που θα εμπλέκεται σε μια στενή*

δυναμική σχέση με έναν ασθενή, κάποιες φορές ο πατέρας που θα συντονίζεται με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας επικεντρώνοντας την προσοχή του σε αυτά, ενώ παράλληλα θα κρατά επαφή με την πραγματικότητα έξω από την ομάδα» (σελ. 39).

Μορφές αντίστασης στην ομαδική ψυχοδυναμική θεραπεία

Καθώς οι εξελικτικές φάσεις διαπλέκονται ως δυναμικές διεργασίες στο πλαίσιο της ομαδικής ψυχοθεραπείας, το άτομο αναπτύσσει συμπεριφορές και αντιδρά με τρόπους ανάλογους με αυτούς που αντέδρασε κατά το παρελθόν. Η αναλογία αυτή καθίσταται φανερή μέσω της έκφρασης άκαμπτων και επαναλαμβανόμενων προτύπων (δια)αντίδρασης των μελών στα τεκταινόμενα της ομάδας, πρότυπα που αντιστοιχούν στις πρωταρχικές σχέσεις, φαντασιώσεις και συναισθήματα του ατόμου με τους άλλους (ή αλλιώς, με τα πρωταρχικά μερικά αντικείμενα) (Bion, 1961). Αυτές οι «βασικές υποθέσεις» (*basic assumptions*), όπως ονομάστηκαν από τον Bion (1961), αφορούν σε πρώιμες ταυτίσεις και ενσωματώσεις, οι οποίες επανεργοποιούνται μέσα στην ομάδα, καθώς η ομαδική αλληλεπίδραση ανακινεί προηγούμενα άγχη και φαντασιώσεις και οδηγεί τα μέλη σε κάποιο βαθμό παλινδρόμησης. Οι βασικές υποθέσεις εξυπηρετούν στη διαχείριση του άγχους που προκαλεί μια νέα κατάσταση, στη μείωση του απρόβλεπτου και στη χειραγώγηση της νέας εμπειρίας. Ως εκ τούτου, αποτρέπουν την οποιαδήποτε επικοινωνία με όρους αμοιβαιότητας, δεκτικότητας των νέων ερεθισμάτων και ελευθερίας σκέψης, καθώς το άτομο τείνει να επιβάλλει μέσω της επανάληψης τα καθιερωμένα προσωπικά πρότυπα αντίδρασης προκειμένου να αποφύγει το «άγνωστο».

Πρόκειται για μια διαδικασία που οδηγεί σε αυτό που ο Bion (1961) αποκαλεί «συνδέσεις -Κ», δηλαδή περιπτώσεις όπου η αντίδραση ενός μέλους της ομάδας, ή της ομάδας στο σύνολο της, ακυρώνει κάθε προσπάθεια να της αποδοθεί νόημα, ή να γίνει κατανοητή με βιωματικό τρόπο. Τέτοια παραδείγματα αποτελούν οι εκδραματίσεις μέσα σε

μια ομάδα, οι οποίες συχνά εμποδίζουν την οποιαδήποτε πρόσβαση κατανόησης από την πλευρά του θεραπευτή, διαμορφώνοντας ένα κλίμα στασιμότητας και μόνωσης (Chirardelli, 2001).

Οι αντιστάσεις των βασικών υποθέσεων –ως μηχανισμοί διατήρησης της ταυτότητας μέσα στο συλλογικό της ομάδας– διαχωρίζονται σε τρεις τύπους: (α) αντίδρασης-αποφυγής (*fight-flight*), (β) εξάρτησης-ελέγχου (*dependence-control*), και (γ) αποσχισθέντος ζεύγους (*separate pairing-off*) (Πίνακας 3).

Πίνακας 3

Οι βασικές υποθέσεις του Bion (1961) στην ομαδική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

	ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ – ΑΠΟΦΥΓΗ (FIGHT- FLIGHT)	ΕΞΑΡΤΗΣΗ–ΕΛΕΓΧΟΣ (DEPENDENCY- CONTROL)	ΑΠΟΣΧΙΣΘΕΝ ΖΕΥΓΟΣ (SEPARATE PAIRING- OFF)
ΤΡΟΠΟΙ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ	Τα μέλη της ομάδας αντιμάχονται τις προσπάθειες του θεραπευτή, τον αντιμετωπίζουν ανταγωνιστικά και επιθετικά, ή αποφεύγουν τις παρεμβάσεις και τις ερμηνείες του.	Προάγεται η ομοιότητα μεταξύ των μελών και η υποταγή σε κοινούς τρόπους διαντίδρασης, αναπτύσσεται υπέρμετρη εξάρτηση, γίνεται προσπάθεια να ελεγχθούν τα όρια της ομάδας (π.χ. έλεγχος εισόδου νέων μελών).	Η ομάδα χαρακτηρίζεται από υπερβολική συνεκτικότητα και αποσχίζεται από την (θεραπευτική) πραγματικότητα, ή δημιουργούνται υποομάδες μέσα στο πλαίσιο της ομάδας
ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΑΝΑΛΟΓΟ	Το μωρό κλαίει γοερά ως μια απόπειρα να αντισταθεί (<i>fight</i>) στη ματαίωση, ή αποσύρεται με τρόπο αυτιστικό (<i>flight</i>)	Υποτάσσεται σε μια συμβιωτική σχέση με τη μητέρα (<i>dependency</i>), ή αναπτύσσει μανούβρες για να την ελέγξει (<i>control</i>)	Αναπτύσσεται σχέση αποκλειστικότητας με τη μητέρα και κανένας άλλος δεν επιτρέπεται να εισέλθει μέσα σε αυτή.
ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΑΒΙΒΑ ΣΗ	Αποφεύγονται να συζητηθούν θέματα ισχύος & εξουσίας (π.χ. ζητήματα ανταγωνισμού, διεκδίκησης), η επιθετικότητα συγκαλύπτεται, ο θεραπευτής δεν εμβαθύνει, ή υιοθετεί στάση απόσυρσης	Η δοτικότητα και η υποστήριξη μεταξύ των μελών υπερθεματίζονται από τον θεραπευτή, ή στις περιπτώσεις που τα μέλη προσπαθούν να κερδίσουν το ενδιαφέρον του θεραπευτή, εκείνος απωθεί τις όποιες προσπάθειες εξάρτησης	Ο θεραπευτής βιώνει τη δημιουργία υποομάδων ως απόρριψη και αποσύρεται από το ρόλο του, ή αρνείται τη διεύρυνση των ορίων της ομάδας όταν αυτά χρειάζεται να διευρυνθούν (π.χ. παράλληλη ατομική θεραπεία)

Οι τύποι αυτοί αντιστοιχούν σε επιμέρους αντιδράσεις κατά την εξελικτική πορεία του βρέφους, όταν συγκεκριμένα βιώνεται ο αποχωρισμός από τη μητέρα ως μια ενιαία αδιαφοροποίητη ενότητα (Leal, 1982). Στις περιπτώσεις που οι βασικές υποθέσεις δεν εκφράζονται από μεμονωμένα μέλη της ομάδας, αλλά από την ομάδα ως σύνολο, τότε αποτελούν συλλογική αντίσταση στη θεραπεία, με ποικίλες πιθανές επιπτώσεις σε επίπεδο αντιμεταβίβασης (Πίνακας 3). Για παράδειγμα, όταν η αντίσταση της ομάδας εκφράζεται με τη βασική υπόθεση του αποσχισθέντος ζεύγους, όπου αναπτύσσεται υπερβολική συνεκτικότητα μεταξύ των μελών, ή με άλλα λόγια η ομάδα λειτουργεί ως «υπερβολικά άνετη» (Slavson, 1964), η θεραπευτική ομάδα μπορεί με τη συνοχή της να ικανοποιεί ναρκισσιστικά τα μέλη της –συμπεριλαμβανομένου ίσως και του θεραπευτή–, αλλά παράλληλα, αντιστέκεται στην ατομικότητα και την περαιτέρω θεραπευτική πρόοδο. Μη επεξεργαζόμενος τις βασικές υποθέσεις που ενεργοποιούνται, ο θεραπευτής κινδυνεύει να αφομοιωθεί στο κλίμα αντίστασης της ομάδας (Billow, 2001, 2010).

Στην ομαδική θεραπεία οι αντιστάσεις δεν εκφράζονται μόνο ως «αντίσταση δομής» του ατόμου ενάντια στην αλλαγή, αλλά κυρίως η αντίσταση ξεδιπλώνεται μέσω της πολύπλευρης επικοινωνίας μεταξύ των μελών, όπου κάθε μέλος αντανακλά το άλλο σαν καθρέφτης, καθιστώντας έτσι δυνατή τη δημιουργική σύζευξη παρελθόντος-παρόντος κάθε μέλους ξεχωριστά, στο εδώ-και-τώρα της ομάδας (Leal, 1982). Η επικέντρωση στο εδώ-και-τώρα στην ομαδική ψυχοθεραπεία θεωρείται ως θεμελιώδης παράγοντας θεραπείας και απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη ψυχικής αλλαγής (Ormont, 1993. Yalom, 1995). Και αυτό διότι επιτρέπει την άμεση επεξεργασία των μεταβιβαστικών αντιδράσεων μέσα στη σχέση με την ομάδα. Ως εκ τούτου, η αντίσταση στην αμεσότητα της ομάδας, δηλαδή η απροθυμία ή η δυσκολία των μελών να επικεντρωθούν στο τι συμβαίνει κάθε δεδομένη στιγμή στο πλαίσιο της ομαδικής διαντίδρασης, αποτελεί βασικό σκόπελο για τη θεραπευτική πρόοδο. Σύμφωνα με τον Ormont (1993), τρεις είναι οι τύποι αντίστασης στην

αμεσότητα: (α) εμμονή των μελών στο παρελθόν, (β) εμμονή στο μέλλον, και (γ) εμμονή σε ζητήματα που αφορούν τη ζωή έξω από το πλαίσιο της ομάδας. Σε αυτές τις περιπτώσεις αντίστασης, ο θεραπευτής μπορεί να επαναφέρει την ομάδα στο εδώ-και-τώρα διερευνώντας συστηματικά ποιες είναι οι συναισθηματικές αντιδράσεις των μελών σε αυτό που διαμείβεται κάθε φορά (Cohen, 1997). Άλλες τεχνικές υπερπήδησης των αντιστάσεων στην αμεσότητα της ομάδας περιλαμβάνουν τη «συναισθηματική μόνωση» (*emotional insulation*), το «Εγώ που παρατηρεί» (*observing ego*) και τη «γεφύρωση» (*bridging*) (Ormont, 1990, 1994, 1995).

Η συναισθηματική μόνωση δεν αφορά εδώ τον γνωστό μηχανισμό άμυνας, αλλά αντίθετα ενέχει περισσότερο θετική έννοια. Πρόκειται για την υποβοήθηση του ατόμου από τον ομαδικό θεραπευτή να διαμορφώσει ευέλικτα και προσαρμοστικά όρια του Εγώ, είτε στην περίπτωση που ένα μέλος χαρακτηρίζεται από ευθραυστότητα και είναι ιδιαίτερα ευάλωτο στις αντιδράσεις της ομάδας, είτε στην αντίθετη περίπτωση που ένα μέλος είναι υπερβολικά δύσκαμπτο και αμυντικό προς την ομάδα. Στην πρώτη περίπτωση, το άτομο θα πρέπει καταρχήν να αισθανθεί ότι η ομάδα το προστατεύει και στη συνέχεια να ενδυναμώσει τους υγιείς αμυντικούς μηχανισμούς, μέσα από την αντικειμενική παρατήρηση της συμπεριφοράς του από τα άλλα μέλη της ομάδας. Στην περίπτωση που το άτομο χαρακτηρίζεται από υπέρμετρη συναισθηματική μόνωση, η αναγνώριση των μη-λεκτικών εκφράσεων της συναισθηματικής του κατάστασης συμβάλει στην κατανόηση των ενδόμυχων φόβων και επιτρέπει την περαιτέρω διερεύνηση και επεξεργασία τους (Ormont, 1994, 1995).

Το «Εγώ που παρατηρεί» αναφέρεται σε εκείνο το μέρος του Εγώ που μπορεί να αποστασιοποιηθεί από τα δρώμενα, ώστε το άτομο να αντιδράσει με αντικειμενικό και ξεκάθαρο τρόπο, αντί μιας σπασμωδικής αμυντικής αντίδρασης. Όταν τα μέλη της ομάδας λειτουργούν μεταξύ τους ως αντικειμενικοί παρατηρητές, ο συγκεκριμένος μηχανισμός ενσωματώνεται σταδιακά σε κάθε μέλος ξεχωριστά, ενώ παράλληλα διασφαλίζεται η μείωση των αντιστάσεων ως προς το εδώ-και-τώρα της ομάδας (Ormont, 1995).

Η αμεσότητα της ομάδας θεμελιώνεται, επίσης, μέσω της διαδικασίας της «γεφύρωσης». Πρόκειται για τις συνδέσεις ρόλων μεταξύ των μελών της ομάδας και του θεραπευτή, όταν ο τελευταίος συνεργάζεται και αναθέτει σε κάποιο μέλος το σχολιασμό, την ερμηνεία, ή απλώς τη λεκτικοποίηση των δυναμικών της ομάδας σε κάποια δεδομένη στιγμή διαντίδρασης (Ormont, 1990). Η συνεργασία αυτή, ενισχύει τη συμμετοχή των μελών, ενδυναμώνει τους δεσμούς μεταξύ τους, τονώνει τη συναισθηματική εμπλοκή και ισχυροποιεί την ενάργεια και τη θεραπευτική εξέλιξη της ομάδας.

Η ενίσχυση της έκφρασης των συναισθημάτων, ως μέθοδος κάμψης των ομαδικών αντιστάσεων, αποβαίνει ιδιαίτερα χρήσιμη στην περίπτωση και μιας άλλης μορφής αντίστασης, όταν συγκεκριμένα η ομάδα εκφράζεται με γενικολογία και ασάφεια, ή όταν εκφράζεται μονοσήμαντα ως προς μια εμπειρία χωρίς να αναγνωρίζει και τα παράλληλα συναισθήματα που συνυπάρχουν (π.χ. αποκλειστική έκφραση οργής προς τη μητέρα με απάρνηση των παράλληλων συναισθημάτων αγάπης). Οι εκδραματίσεις και η «αντίσταση της ομάδας στο σύνολό της» (*group-wide resistance*) στη διεκπεραίωση ενός θεραπευτικού καθήκοντος αποτελούν περαιτέρω μορφές αντίστασης που σχετίζονται με τη μη-έκφραση των συναισθημάτων. Στις περιπτώσεις αυτές, η συναισθηματική έκφραση μπορεί να ενισχυθεί με την αναγνώριση των μη-λεκτικών στοιχείων επικοινωνίας, καθώς και με ερμηνείες από τον θεραπευτή σε συνολικό επίπεδο ομάδας. Ωστόσο, η συναισθηματική έκφραση και η ενίσχυσή της δεν αποτελούν πάντοτε μηχανισμούς ψυχικής κάθαρσης, ούτε είναι πανάκεια για τη λύση των αντιστάσεων. Αντίθετα, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να συντείνουν στην πύκνωση των αντιστάσεων.

Κάτι τέτοιο συμβαίνει όταν η αντίσταση λαμβάνει χώρα σε επίπεδο μέλους, μέσω της εκδήλωσης προσωπικών μηχανισμών άμυνας, και συγκεκριμένα, όταν ένα μέλος της ομάδας εκφράζει μεν κάποιο συναίσθημα, αλλά αυτό θεωρείται «δευτερογενές» ή «αντιδραστικό», δηλαδή αφορά σε έναν αμυντικό σχηματισμό συγκάλυψης κάποιου «πρωτογενούς»

πραγματικού συναισθήματος φόβου, άγχους, ενοχής ή ντροπής, στη συνειδητοποίηση του οποίου το άτομο αντιδρά (Greenberg & Safran, 1987). Τα «δευτερογενή» συναισθήματα αφορούν σε μια ευρύτερη κατάσταση αίσθησης απελπισίας, ανίας ή κενού, η οποία χαρακτηρίζεται από στασιμότητα, δημιουργεί ανησυχία στην ομάδα, απορρίπτει κάθε παρέμβαση βοήθειας και συνήθως ενεργοποιείται προκειμένου να αποφευχθεί η εγγύτητα με τα υπόλοιπα μέλη. Οι τεχνικές ενίσχυσης της έκφρασης τέτοιων «δευτερογενών» συναισθημάτων δεν θα απέφεραν κανένα θετικό αποτέλεσμα, παρά θα συντηρούσαν και θα επέτειναν μια κατάσταση άμυνας και δυσπροσαρμοστικότητας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ενδεδειγμένη μέθοδος χειρισμού περιλαμβάνει την καταρχήν αναγνώριση του αμυντικού χαρακτήρα του συναισθήματος και στη συνέχεια τη διερεύνηση της σημασίας και των αμυντικών σκοπών που εξυπηρετεί τόσο σε επίπεδο ατομικό όσο και σε επίπεδο ομάδας, για παράδειγμα ρωτώντας τα μέλη της ομάδας σχετικά με τον τρόπο που αντιδρούν απέναντι σε ένα τέτοιο συναίσθημα (Cohen, 1997).

Βεβαίως, η έκφραση, η εμβάθυνση και η διερεύνηση των συναισθημάτων –αν και καθοριστικής σημασίας– δεν επαρκούν για την υπερπήδηση των αντιστάσεων. Χρειάζεται περαιτέρω η κατανόηση και η γνωστική επεξεργασία των συναισθημάτων, ώστε αυτά να νοηματοδοτηθούν και να ενσωματωθούν ψυχικά. Αντιστάσεις στην κατανόηση των συναισθημάτων περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: (α) τον κατακλυσμό από τα συναισθήματα σε ένα μέλος, ή στην ομάδα στο σύνολό της, που συνήθως εκφράζεται με παρορμητικές συμπεριφορές και εκδραματίσεις (Stark, 1994a, 1994b), (β) την άρνηση της ομάδας να κατανοήσει παρόντα συναισθήματα και εμπειρίες υπό το πρίσμα του παρελθόντος, γενική αδιαφορία για το παρελθόν, αναφορά στο παρελθόν με μόνωση συναισθήματος, και (γ) την τάση της ομάδας να κατακρίνει και να απορρίπτει τα συναισθήματα εκείνα που δυσκολεύεται να κατανοήσει, κρίνοντας τα ως ακατάλληλα ή λανθασμένα, και αντιμετωπίζοντας εκείνα τα μέλη της ομάδας που τα εκφράζουν ως εξιλαστήρια θύματα.

Σύμφωνα με τον Cohen (1997), η κριτική στην καταλληλότητα ή μη κάποιων συναισθημάτων υποδηλώνει τη μη-αποδοχή της διαφορετικότητας μεταξύ των μελών της ομάδας και την ανάγκη για ομοιομορφία. Τέτοιες μορφές αντίστασης, οι οποίες συχνά εκφράζονται μέσω της μονοπώλησης των ομαδικών συνεδριών από συγκεκριμένα μέλη, έχουν θεωρηθεί ως ιδιαίτερα επιβλαβείς για την ομάδα (Rosenthal, 2005b, 2005c).

Αντιστάσεις μέσω υιοθέτησης ρόλων στην ομάδα.

Είναι γεγονός, πάντως, ότι οι αντιστάσεις της ομάδας δεν αποτελούν, κατ' αναγκαιότητα, τροχοπέδη στη θεραπευτική εξέλιξη, αλλά αντίθετα σε αρκετές περιπτώσεις συμβάλλουν δυνάμει στην προώθηση της ψυχικής αλλαγής. Τέτοιες αντιστάσεις εκφράζονται μέσω των «κεντρικών φιγούρων» της ομάδας, δηλαδή των μελών της ομάδας που παίζουν ασυνείδητα κάποιο συγκεκριμένο ρόλο. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ρόλων που αντανακλούν ένα ρεπερτόριο από βασικές συμπεριφορές και στάσεις της ομάδας. Σύμφωνα με τον Bach (1954) τα μέλη μιας ομάδας μπορεί να επιλέξουν ανάμεσα σε πέντε τύπους ρόλων που περιλαμβάνουν τον θεματοφύλακα της δημοκρατίας, τον χρονομέτρη, τον επιθετικό αρσενικό, τον ηγέτη και τον διακωμωδών. Πιο σύγχρονες αναφορές (Yalom, 1995) διακρίνουν έξι τύπους ρόλων: το αστέρι της δημοσιότητας, τον υστερικό, τον διευθύνων υπεύθυνο, τον αξιοθαύμαστο, τον παρανοϊκό και τον ηθικολόγο. Η ανάληψη αυτών των ρόλων χαρακτηρίζεται από επανάληψη, ενώ συχνά οι ρόλοι εναλλάσσονται ανάμεσα στα μέλη. Μέσω αυτών εξυπηρετείται η λειτουργία της ομάδας είτε σε επίπεδο ενδραματίσεων (*acting in*) και επίλυσης συγκρούσεων (Bion, 1961), είτε διαμορφώνοντας ένα περιβάλλον «κρατήματος» των στοιχείων εκείνων που αποβάλλονται από το συνειδητό των μελών της ομάδας (Ringwald, 1974), ή γενικότερα, περιχαράκωνοντας τα όρια και τη δομή της ομάδας σε ένα συνεκτικό και ασφαλές σύστημα (MacKenzie, 1981).

Είναι η τελευταία ακριβώς παράμετρος των ρόλων που καθιστά δυνατό τον χειρισμό της αντίστασης με τρόπο τέτοιο ώστε να προάγεται η θεραπευτική εξέλιξη όχι μόνο σε ατομικό επίπεδο, αλλά και στο πλαίσιο της ομάδας στο σύνολό της. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι ρόλοι ενεργοποιούνται για να προωθήσουν τη δομή της ομάδας και τις σχέσεις μεταξύ των μελών, οπότε και η ομάδα αντιδρά σε αυτούς με τρόπο ενεργή και συμμετοχικό. Ο θεραπευτής καλείται τότε να ερμηνεύσει συστηματικά την αντίσταση μέσω ρόλων, αναφερόμενος αφενός μεν στη λειτουργία που επιτελούν μέσα στο σύστημα της ομάδας, αφετέρου δε αποκηρύσσοντας τους ως ανώφελους. Για παράδειγμα, σε ένα μέλος που τείνει να συμβουλευεί διαρκώς τους άλλους τι να κάνουν, ο θεραπευτής θα μπορούσε να επισημάνει ότι μοιάζει να είναι ο μόνος μέσα στην ομάδα που είναι φανερά δοτικός (τοποθετώντας έτσι τον ρόλο μέσα στο σύστημα της ομάδας), ενώ στη συνέχεια θα τόνιζε πως φαίνεται να μένει πάντα ανικανοποίητος από τους άλλους (δηλώνοντας έτσι τη ματαιότητα της δεδομένης συμπεριφοράς). Εντούτοις, οι τεχνικές αυτού του τύπου, οι οποίες εφαρμόζονται συχνά σε ομάδες αντιπαράθεσης (*encounter groups*, *T-groups*), απαιτούν λεπτούς χειρισμούς και μεγάλη προϋπάρχουσα συνοχή ομάδας, ώστε να μην έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα, αυτό της περαιτέρω ενίσχυσης της αντίστασης, ή ακόμη χειρότερα, της πρόκλησης ψυχικής βλάβης, σε περίπτωση που τα σχετικά σχόλια του θεραπευτή γίνουν αντιληπτά ως αρνητική κριτική (Kaplan, 1982).

Στην αντίθετη περίπτωση που η ομάδα αντιδρά στους ρόλους όχι με ενεργητικό ενδιαφέρον και συμμετοχή, αλλά με απάθεια ή με στασιμότητα, αυτό αποτελεί δείκτη ότι η αντίσταση της ομάδας είναι σε υψηλά επίπεδα, αν και ιδιαίτερα συγκαλυμμένη, και απειλεί είτε να αναστείλει την εξέλιξη της ομάδας, κρατώντας τη σε μια άκαρπη επανάληψη, είτε να διασαλεύσει την ανάπτυξη και διατήρηση της ομαδικής συνοχής. Σε αυτές τις περιπτώσεις κατατάσσεται και ο ρόλος που αφορά στο «βασικό μέλος της ομάδας» (*pivotal group member*), ο οποίος σε αντίθεση με τους άλλους κεντρικούς ρόλους που περιγράφηκαν

παραπάνω είναι ιδιαίτερα διαβρωτικός και απαιτεί από τον θεραπευτή την αποκλειστική προσοχή και εγρήγορσή του. Το «βασικό μέλος της ομάδας» λειτουργεί αποδιοργανωτικά για την ομάδα, χειραγωγεί τις αντιδράσεις των υπολοίπων μελών, προκαλεί διχόνοια ανάμεσα τους και απαξιώνει την ίδια την παρουσία τους στη θεραπεία. Συχνά, πρώτα ζημιώνει την ομάδα και μετά αποχωρεί (Dub, 1997). Ο κατηλωτικός χαρακτήρας αυτού του ρόλου μπορεί εύκολα να οδηγήσει στη σύναψη συμμαχιών με άλλα μέλη, ή με τον θεραπευτή, ο οποίος κατακλύζεται από τα προβεβλημένα συναισθήματα μίσους και εχθρότητας που αδυνατεί να αξιοποιήσει προς όφελος της θεραπείας. Για τους λόγους αυτούς, οι Rosenthal L. (1971, 1994) και Rosenthal D. (1993) επεσήμαναν τη χρησιμότητα της «προγνωστικής παρέμβασης» ως μια μέθοδο πρόληψης τέτοιων ζημιογόνων συμπεριφορών, κατά την οποία ο θεραπευτής εμπλέκει έγκαιρα τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας σε μια προσπάθεια να κατονομαστούν τα μη-λεχθέντα συναισθήματα και να αμφισβητηθούν τα διασπαστικά για την ομάδα πρότυπα συμπεριφοράς.

Εκτός από την ανάληψη συγκεκριμένων ρόλων από τα επιμέρους μέλη της ομάδας, η ίδια η ομάδα μπορεί, επίσης, να εκφράσει αντίσταση αναλαμβάνοντας ένα ρόλο στο σύνολό της. Ο Kellerman (1981) έχει περιγράψει πώς μια ομάδα που χαρακτηρίζεται από αντιστάσεις του Υπερεγώ αναπτύσσει «βαθιά τιμωρητικές δομές», οι οποίες διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: (α) την έξω-τιμωρητική ομάδα ή ομάδα εξιλαστήριου θύματος, και (β) την ενδο-τιμωρητική ομάδα ή ομάδα αυτοκατηγορίας. Τα μέλη των ομάδων αυτών είναι ιδιαίτερα εχθρικά και επιθετικά είτε προς άλλες ομάδες είτε προς τα μέλη εκείνα της ίδιας ομάδας με τα οποία διαφωνούν, και γενικότερα τα διακρίνει μια παρανοειδή ετοιμότητα. Αντίθετα, στην ομάδα που δεν κατατράχεται από τιμωρητικές τάσεις, τα μέλη αισθάνονται ελεύθερα να διερευνήσουν τα συναισθήματα, τα κίνητρα και τις διεργασίες μάθησης που λαμβάνουν χώρα. Οι τιμωρητικές δομές του Kellerman (1981) προσομοιάζουν στα «παιχνίδια» (*games*) του Eric Berne (1964), τα οποία μια ομάδα υιοθετεί προκειμένου να αποφευχθεί η οικειότητα

και ο αυθορμητισμός μεταξύ των μελών. Παράδειγμα τέτοιων «παιχνιδιών» αποτελεί η στάση «*ναι μεν, αλλά...*», η οποία, υποδηλώνοντας ότι όλες οι προτεινόμενες λύσεις είναι ανεπαρκείς, αποτελεί μια ασυνείδητη προσπάθεια αποφυγής της εξάρτησης.

Ο ρόλος του θεραπευτή στην αντίσταση της ομάδας

Στο πλαίσιο της ομαδικής ψυχοθεραπείας, η αντίσταση εκφράζεται είτε μέσω των ατόμων που απαρτίζουν την ομάδα, είτε από την ομάδα στο σύνολό της, ή από τη δυσκολία του θεραπευτή να ανταποκριθεί καταλλήλως στις αρνητικές επιπτώσεις των συμπεριφορών αντίστασης. Ο ομαδικός θεραπευτής επηρεάζει τα μέλη της ομάδας με άμεσο όσο και με έμμεσο τρόπο. Αφενός μεν, με την αλληλεπίδραση μαζί τους, αφετέρου δε, με τη διαμόρφωση ενός συγκεκριμένου κλίματος και δομής στην ομάδα (Yalom, 1995). Η αδυναμία του θεραπευτή να αναγνωρίζει τη δική του πιθανή συμμετοχή στην εμφάνιση, ή την επιδείνωση της αντίστασης, οδηγεί σε περαιτέρω αποτυχίες της ομάδας. Το φαινόμενο αυτό έχει περιγραφεί ως «επίπτωση μπούμερανγκ» (Goodman, Marks, & Rockberger, 1964). Ο Harpaz (1994) υποστηρίζει ότι είναι η αποτυχία του θεραπευτή μάλλον, παρά του ασθενή, αυτή που βρίσκεται στο κέντρο των περισσότερων αποτυχιών στη θεραπεία.

Ο ρόλος του θεραπευτή για την ομάδα είναι πολλαπλός. Από τη μία, συμβολίζει για τα μέλη ένα πρόσωπο εξουσίας, το οποίο άλλοτε εγείρει ζητήματα της σχέσης με τον πατέρα (Wooster, 1983), άλλοτε κατέχει τη θέση «ενήλικα» και βιώνεται σε αντιδιαστολή με τα «μέλη-παιδιά» (Ghirardelli, 2001), και άλλοτε αναπαριστά το πρωταρχικό μητρικό αντικείμενο (Cohn, 1988). Από την άλλη, μπορεί να θεωρηθεί ως πρότυπο για την ψυχική εξέλιξη των μελών (Kaplan, 1982), ή ακόμα η ξεχωριστή θέση ισχύος που κατέχει να εγκωμιάζεται από τα μέλη (Freud, 1920/1955b). Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, ο θεραπευτής καλείται να αναγνωρίζει τα δυναμικά της αλληλεπίδρασης με τα μέλη της ομάδας, να αντιλαμβάνεται το ρόλο που του αποδίδουν και να επεξεργάζεται τόσο τα συναισθήματα των

μελών όσο και τα δικά του, ώστε οι ρόλοι αυτοί να μην υποδαυλίζουν την αντιμεταβίβαση (Billow, 2001, 2010. Ormont, 1991), θίγοντας τα «τυφλά σημεία» του (*blind spots*). Παραδείγματος χάριν, στην περίπτωση που ο θεραπευτής λειτουργεί ως πρότυπο άξιο θαυμασμού για τα μέλη, ελλοχεύει ο κίνδυνος να καταστεί αυτό που ο Freud (1920/1955b) ονόμασε «*συλλογικό ιδανικό του Εγώ*», όπου τα μέλη προβαίνουν σε σχάση των προσωπικών προσδοκιών και τις προβάλλουν καθ' ολοκληρία στο πρόσωπο του θεραπευτή. Εάν μια τέτοια άμυνα σχάσης των μελών συμπέσει με έναν αδύναμο ναρκισσισμό από την πλευρά του θεραπευτή, η αντιμεταβίβαση του τελευταίου θα οδηγήσει σε αύξηση της αντίστασης της ομάδας προκειμένου να αποφευχθεί να συζητηθούν ναρκισσιστικά ζητήματα, ή να εκφραστούν συναισθήματα που κλονίζουν μια τέτοια σχέση (π.χ. θυμός, διεκδικητικότητα).

Σε ένα άλλο παράδειγμα, όταν ο θεραπευτής αναπαριστά το πρωταρχικό μητρικό αντικείμενο, τα μέλη της ομάδας είναι πιθανό να εκφράσουν την ανάγκη να αναπτυχθεί μια συμβιωτική σχέση με τον θεραπευτή, εναποθέτοντας σε αυτόν τη φαντασίωση ότι η μεταξύ τους σύνδεση θα οδηγήσει, με έναν μαγικό τρόπο, στη λύση των προβλημάτων. Φαινόμενα σαν αυτό συναντώνται συχνά σε ομάδες ψυχωτικών ασθενών, οι οποίοι προκειμένου να διασφαλίσουν μια σχέση αποκλειστικότητας με τον θεραπευτή, φτάνουν στο σημείο να αρνούνται την παρουσία των άλλων μελών, καθώς και των θεραπευτικών δυνατοτήτων της ομάδας, απειλώντας έτσι τη συνοχή, αλλά και την ίδια την ύπαρξη, της ομάδας (Cohn, 1988). Ένας θεραπευτής με καταθλιπτική δομή προσωπικότητας είναι πιθανό να ταυτιστεί με έναν τέτοιο ρόλο παντοδύναμης διαθεσιμότητας και προσφοράς, γεγονός που θα επιτείνει περαιτέρω την αντίσταση της ομάδας για ανάπτυξη συνοχής και ομαδικού πνεύματος. Ωστόσο, η αντίσταση του θεραπευτή μπορεί να κινητοποιηθεί από τις ακριβώς αντίθετες ψυχικές διεργασίες. Καθώς ο θεραπευτής αποτελεί για την ομάδα, εκ των ουκ άνευ, «*αντικείμενο κάθεξης και εξάρτησης*» (Slavson, 1957, σελ. 179), τα μέλη βιώνουν γι' αυτόν πραγματικά συναισθήματα ευγνωμοσύνης, εκτίμησης και αγάπης. Τα συναισθήματα αυτά

μπορεί να ανακινήσουν άγχος και ενοχή σε έναν θεραπευτή που υπήρξε συναισθηματικά αποστερημένος, με αποτέλεσμα να τα «βαφτίσει» ως παθολογική εξιδανίκευση, ή ως μεταβίβαση, και να αποτρέψει κάθε μορφή εξάρτησης μέσα στην ομάδα.

Όπως επισημαίνει χαρακτηριστικά η Rosenthal L. (1994), οι ομάδες προκαλούν και ερεθίζουν τις αντιμεταβιβάσεις του θεραπευτή, ενώ αντιλαμβάνονται τις αντιστάσεις του είτε αυτές αφορούν σε διακρίσεις και προτιμήσεις ανάμεσα στα μέλη είτε σε αντιδραστικές συμπεριφορές. Μια μορφή αντίστασης του θεραπευτή ανακύπτει όταν αυτός δεν κρατά μια εξισορροπημένη σχέση ανάμεσα σε όλα τα μέλη της ομάδας, αλλά αντίθετα αναπτύσσει μια «ιδιαιτέρη» σχέση με κάποιο μέλος, ή δεν επενδύει την ίδια προσπάθεια με τους υπόλοιπους σε κάποιο άλλο μέλος. Το να αγνοεί ο θεραπευτής κάποιο μέλος που του προκαλεί δυσκολία ή αντιπάθεια, αντί να επεξεργαστεί σε βάθος αυτά τα συναισθήματα, προκαλεί ως αποτέλεσμα τη συντήρηση της σύγκρουσης με παθητικό-επιθετικό τρόπο και την επίταση της αντίστασης του μέλους για συμμετοχή. Καθώς ο ρόλος του θεραπευτή, εκ των πραγμάτων, χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη ισχύ και εξουσία, ο τρόπος που θα διαχειριστεί ο θεραπευτής αυτή τη διαφορά δυνάμεων με τα μέλη της ομάδας θα καθορίσει τη μείωση ή μη των αντιστάσεων (Kaplan, 1982).

Εάν, για παράδειγμα, σε μια συμπεριφορά αντίστασης από κάποιο μέλος, ο θεραπευτής αντιδράσει με ατέρμονη αντιπαράθεση προς αυτή τη συμπεριφορά, κάνοντας χρήση της θέσης του ως αυτού που γνωρίζει πώς έχουν τα πράγματα, τότε η αντίσταση του μέλους αναμένεται ότι θα κορυφωθεί μάλλον παρά θα μειωθεί, μετατρέποντας την αντιπαράθεση σε διαμάχη για το ποιο από τα δύο μέρη έχει δίκιο. Ή αντίθετα, μπροστά στην αναγνώριση της διαφοράς δυνάμεων, το μέλος που αντιστέκεται και υπόκειται την επίμονη αντιπαράθεση του θεραπευτή μπορεί να «υποταχθεί» στις απόψεις του τελευταίου, δηλώνοντας μια επιφανειακή αποδοχή τους, προκειμένου να μην έρθει σε ρήξη μαζί του. Κάτι τέτοιο οδηγεί σε λανθασμένη εκτίμηση για την υποτιθέμενη θεραπευτική εξέλιξη του ατόμου, το οποίο

«δέχεται» την ερμηνεία του θεραπευτή, ενώ αυξάνει οπωσδήποτε τις πιθανότητες περαιτέρω αντίστασης.

Σε κάθε περίπτωση, ο θεραπευτής οφείλει να επαγρυπνά ώστε να μην χρησιμοποιεί τη διαφορά ισχύος που του προσδίδει η θέση του με τρόπο που θα αποτελεί κακή μεταχείριση του ασθενή του. Από την άλλη πλευρά, είναι βεβαίως ιδιαίτερα σημαντικό ο θεραπευτής να αποδέχεται και να αισθάνεται ασφαλής με τη δύναμη της θέσης του και με τη διαφορά που αυτή προκαλεί ανάμεσα σε εκείνον και στα άλλα μέλη της ομάδας. Σε αντίθετη περίπτωση, όταν ο θεραπευτής αποποιείται την «εξουσία» που του χαρίζει ο ρόλος του, υπάρχει κίνδυνος ταύτισης με τα μέλη της ομάδας, συγχώνευσης με τα δικά τους προβλήματα και εν τέλει μη αντικειμενικής αποστασιοποίησης, ώστε να λειτουργεί θεραπευτικά. Όπως τονίζει ο Carper (1997), ο ομαδικός θεραπευτής καλείται να διατηρεί έναν «ανεξάρτητο τρόπο σκέπτεσθαι» (*a mind of one's own*), τέτοιο που από τη μια θα ταυτίζεται, αλλά από την άλλη θα διαφοροποιείται από τις ψυχικές διεργασίες και τους ρόλους των μελών. Υπό αυτό το πρίσμα, ο θεραπευτής καλείται να εμπεριέχει τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τις φαντασιώσεις και τις αντιστάσεις των μελών της ομάδας σε βαθμό τέτοιο –και μόνο υπό την προϋπόθεση ότι– όλα τα παραπάνω γίνονται αντικείμενο επεξεργασίας σε επίπεδο αντιμεταβίβασης και αλληλεπίδρασης από τη δική του θέση (Krikorian & Fowler, 2008). Στη βάση αυτή, ο ομαδικός θεραπευτής πληροί μια βασική διάσταση του ρόλου ως συντονιστής ομάδας, η οποία συνίσταται «στη δυνατότητα αναπαραγωγής της αλήθειας στο κοινωνικό πλαίσιο» (Billow, 2006, σελ. 261).

Συμπερασματικά, οι αντιστάσεις στην ομαδική ψυχαναλυτική / ψυχοδυναμική θεραπεία παρουσιάζουν ομοιότητες, αλλά και διαφοροποιήσεις με τη δομή, τη λειτουργία και την αντιμετώπιση των αντιστάσεων σε ατομικό ψυχοδυναμικό πλαίσιο εργασίας. Μία βασική ομοιότητα αποτελεί η εξελικτική διάσταση της αντίστασης στις δύο προσεγγίσεις, η οποία δίνει έμφαση στην πρωτογενή σχέση μητέρας-βρέφους και στην αναλογία αυτής της σχέσης

στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας. Από την άλλη πλευρά, μια βασική διαφορά είναι η συνθετότητα που παρουσιάζει η ομαδική ψυχοθεραπεία, λόγω της συνύπαρξης πολλών διαφορετικών μελών, γεγονός που δημιουργεί πιο πολύπλοκα δυναμικά. Στο πλαίσιο αυτό, ορισμένοι ερευνητές έχουν θέσει μια επιπλέον διάσταση της αντίστασης: τη «ρεαλιστική» διάσταση (Scheidlinger, 2002). Πρόκειται για τις πραγματικές εμπειρίες που μπορεί να έχουν τα μέλη μιας θεραπευτικής ομάδας από προηγούμενες συμμετοχές σε άλλες ομάδες στη ζωή τους (π.χ. σχολική τάξη, κατασκήνωση, αθλητικοί σύλλογοι, κ.ά.). Οι εμπειρίες αυτές δημιουργούν συγκεκριμένα στερεότυπα και προσδοκίες από την ομάδα ψυχοθεραπείας και ευθύνονται συχνά για την εμφάνιση αντιστάσεων. Στο πλαίσιο αυτό, ορισμένοι ερευνητές (Kivlighan, 2008a, 2008b. Rosenthal & Rosenthal, 2005) τόνισαν την ανάγκη ενσωμάτωσης, στην ομαδική ψυχοθεραπεία, στοιχείων από συναφείς προσεγγίσεις που αφορούν σε ομαδικά πλαίσια (π.χ. θεραπεία οικογένειας, παρεμβάσεις στο εκπαιδευτικό σύστημα).

Όπως συνάγεται από τα παραπάνω, η έννοια της αντίστασης είναι ιδιαίτερα σύνθετη και πολυδιάστατη. Ακόμη και στους κόλπους της ίδιας θεραπευτικής προσέγγισης, της ψυχαναλυτικής / ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, υπάρχουν διαφοροποιήσεις και εξειδικεύσεις στην κατανόηση του φαινομένου της αντίστασης. Επομένως, μολονότι δεν αποτελεί κύριο στόχο της συγκεκριμένης εργασίας να εμβαθύνει στον τρόπο αντιμετώπισης της αντίστασης από άλλες προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας, κρίνεται απαραίτητο να πραγματοποιηθεί μια, όσο το δυνατόν, συνεκτική αναφορά στις κυριότερες από αυτές. Μια τέτοια αναφορά επιβάλλεται, καταρχήν, καθώς η έννοια της αντίστασης είναι πανθεωρητική. Συνεπώς, δεν θα μπορούσε να παραλειφθεί. Επιπρόσθετα, όμως, η αναφορά αυτή αναμένεται να αναδείξει την εξέλιξη της έννοιας της αντίστασης μέσα στο ευρύτερο πεδίο της ψυχοθεραπείας, και επομένως, θα προσφέρει τη δυνατότητα για μια ολοκληρωμένη κατανόηση αυτού του ιδιαίτερα σύνθετου φαινομένου. Επίσης, η αναφορά στο έργο των άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων θα αποσαφηνίσει περαιτέρω την έννοια της αντίστασης

και, κυρίως, θα προβάλλει τους κοινούς τόπους, ανάμεσα στις θεωρίες. Ένας από αυτούς, ο οποίος αποτελεί και βασική μεταβλητή της παρούσας εργασίας, είναι η σύνδεση της αντίστασης με όρους ασφάλειας / ανασφάλειας στο πλαίσιο των διαπροσωπικών σχέσεων, και δη της θεραπευτικής διαντίδρασης. Η παράμετρος της ασφάλειας αναφορικά με την αντίσταση φαίνεται να διατρέχει, κατά το ήττον ή μάλλον, το σύνολο των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, όπως αναπτύσσεται στα επόμενα κεφάλαια.

Μ Ε Ρ Ο Σ Ι Ι

Η αντίσταση σε άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Η αντίσταση ως αποφυγή στη Gestalt θεραπεία

Σε αντίθεση με τις άλλες θεωρίες ψυχοθεραπείας, η Gestalt, ή αλλιώς μορφολογική, θεραπεία, καθώς και οι συναφείς ανθρωπιστικές θεραπείες (π.χ. πελατοκεντρική) πρεσβεύουν περισσότερο ένα μοντέλο προσανατολισμένο στην υγεία και την προαγωγή της ψυχικής εξέλιξης, παρά ένα μοντέλο καθοριζόμενο με όρους παθολογίας. Βασική έννοια αυτών των θεωριών είναι η έννοια της αυτό-πραγμάτωσης. Ο άνθρωπος, ως βιολογική αλλά και ως ψυχολογική οντότητα, έχει την εγγενή τάση για αυτό-ρύθμιση με στόχο την επίτευξη ισορροπίας και αρμονίας, μια διαδικασία που αλλοιώνεται τότε μόνο όταν οι ανάγκες αυτό-πραγμάτωσης του ατόμου δεν ικανοποιούνται καταλλήλως από το περιβάλλον του. Προκειμένου το άτομο να ανταπεξέλθει σε μια τέτοια ματαίωση προβαίνει τότε σε μια «δημιουργική προσαρμογή», η οποία συνήθως έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του αισθήματος να είναι κανείς ο εαυτός του, ή αλλιώς τη μείωση της «επίγνωσης εαυτού» (Perls, 1947). Αφορά, δηλαδή, σε μια μεταστροφή της αυτό-ρύθμισης σε «νευρωτική αυτό-ρύθμιση» (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951).

Η δημιουργική προσαρμογή στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, ώστε το άτομο να προστατευθεί από τα συναισθήματα ματαίωσης των φυσικών αναγκών για ανάπτυξη, είναι συνυφασμένη με την τάση αποφυγής (*avoidance*): (α) αποφυγή της επαφής με εκείνα τα μέρη του εαυτού που προκαλούν πόνο ή σύγκρουση, οπότε σε αυτή την περίπτωση πρόκειται για «αποφυγή της επίγνωσης» (*avoidance to awareness*), και (β) αποφυγή της επαφής με το περιβάλλον, οπότε πρόκειται για «αποφυγή της επαφής» (*avoidance to contact*). Η αντίσταση στη Gestalt θεραπεία ταυτίστηκε, δηλαδή, με την έννοια της αποφυγής, θεώρηση η οποία ισχύει μέχρι σήμερα.

Η έννοια της αποφυγής: διαφοροποιητικός παράγοντας της Gestalt από την ψυχανάλυση

Η έννοια της αποφυγής στη Gestalt θεραπεία αποτέλεσε ένα από τα βασικότερα ερείσματα της διαφοροποίησής της από την κλασική ψυχανάλυση. Καταρχάς, ενώ η αντίσταση στην κλασική ψυχανάλυση θεωρήθηκε ως έκφραση εσωτερικών συγκρούσεων του ατόμου και ως εμπόδιο από την πλευρά του ασθενή στις προσπάθειες πρόσβασης στο ασυνείδητο, στο μοντέλο της Gestalt υποστηρίζεται ότι εάν το άτομο εκφράζει μια τάση να αποφύγει κάτι, η τάση αυτή υπάρχει για κάποιο σημαντικό λόγο. Οι προσπάθειες αποφυγής δεν θεωρούνται ως εμπόδια που θα πρέπει να υπερβληθούν προκειμένου να προωθηθεί η ψυχική αλλαγή, αλλά αντίθετα ως αναπόσπαστες και αξιόλογες δυνάμεις της προσωπικότητας, που καθίστανται επιβλαβείς μόνο στην περίπτωση κακής χρήσης τους (Cole, 1994. Perls, 1947). Έτσι, ενώ στην κλασική ψυχανάλυση η επικρατούσα αντίληψη της αντίστασης είναι αυτή του εμποδίου κατά τη θεραπευτική διαδικασία, στη Gestalt η αποφυγή θεωρείται αρωγός της θεραπείας, αφού επιτρέπει την έμμεση έκφραση εκείνων των συγκρουσιακών πλευρών του εαυτού που διολισθαίνουν της επίγνωσης του ατόμου και οι οποίες δεν μπορούν να κοινοποιηθούν με κανέναν άλλο τρόπο.

Η δεύτερη διάκριση που γίνεται ανάμεσα στη Gestalt και τη ψυχαναλυτική θεωρία σχετίζεται με την έμφαση που δίνει η πρώτη στις «στοματικές αντιστάσεις» (αντιστάσεις που σχετίζονται με τη διεκδίκηση και τη λήψη τροφής) και στο ρόλο των στοματικών επιθετικών ενορμήσεων από τη μια πλευρά, έναντι των πρωκτικών αντιστάσεων (αντιστάσεις που σχετίζονται με τη συγκράτηση και την άρνηση να αποσπαστεί κάτι που γίνεται αντιληπτό ως «δικό μου») και των σεξουαλικών ενορμήσεων στην κλασική ψυχανάλυση, από την άλλη (Breshgold, 1989). Στο βιβλίο *«Εγώ, πείνα και επίθεση»* (1947) ο Perls υποστήριξε ότι αυτό που αποφεύγεται μέσω της αποφυγής δεν είναι οι ασυνείδητες σεξουαλικές και πρωκτικο-επιθετικές ενορμήσεις, αλλά η στοματική επιθετικότητα του ατόμου, η οποία «έχει

εκπαιδευτεί» να αναστέλλεται από τη βρεφική ηλικία. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Perls, οι φάσεις του ενστίκτου της πείνας και η ανάπτυξη των δοντιών καθορίζουν διαφορετικά στάδια ψυχικής εξέλιξης: το εμβρυακό (τροφή μέσω του ομφάλιου λώρου), το προ-οδοντικό (θήλασμα), το οδοντικό-κοπτήρες (δάγκωμα) και το οδοντικό-τραπεζίτες (μάσημα). Στη φάση που το βρέφος αρχίζει να δαγκώνει το στήθος κατά το θηλασμό με τα πρώτα του δόντια, η μητέρα συνήθως αντιδρά, λόγω του σωματικού πόνου, αποτρέποντας μια τέτοια συμπεριφορά. Έτσι, το δάγκωμα του στήθους, μια ενστικτώδης διαδικασία διεκδίκησης της τροφής και άρα της επιβίωσης, αναστέλλεται από τη μητέρα, κι ως εκ τούτου, αναστέλλονται και οι αντίστοιχες επιθετικές ενορμήσεις που διέπουν τη συγκεκριμένη διεργασία.

Συγκεκριμένα, η συνήθης έναρξη του αποθηλασμού σε εκείνη τη φάση, ή άλλου τύπου «στερητικές» αντιδράσεις από την πλευρά της μητέρας, έχουν ως αποτέλεσμα να ενεργοποιηθεί ο μηχανισμός της αναστολής των επιθετικών πλευρών του βρέφους. Το γεγονός αυτό σηματοδοτεί την έναρξη της αποφυγής της επίγνωσης. Ιδιαίτερα, η αναστολή της επίθεσης εκφράζεται περισσότερο στον δεύτερο τύπο αποφυγής, την αποφυγή της επαφής με το περιβάλλον, όπου το άτομο αποφεύγει να εξασκήσει την επιθετική δράση διεκδίκησης που απαιτείται για να συναναστραφεί με το περιβάλλον και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του μέσα σε αυτό (Latner, 1986. Polster & Polster, 1973). Ωστόσο, ο Perls επισημαίνει ότι η ανάπτυξη των δοντιών έχει, επίσης, ως αποτέλεσμα τη φυσιολογική έναρξη της ικανότητας του βρέφους να αφομοιώνει το περιβάλλον με τρόπο που δεν αποτελεί «αμάσητη τροφή», αλλά όντας επεξεργασμένο και αναδιαμορφωμένο από το ίδιο. Οι θέσεις αυτές είναι σημαντικές γιατί μετακυλύουν την έμφαση στην έννοια της αντίστασης από μια πράξη «συγκράτησης», «άρνησης» και «σύγκρουσης» (πρωκτικό και σεξουαλικό στάδιο ανάπτυξης) σε μια πράξη «αναστολής», «αποφυγής διεκδίκησης» και «ανάγκης για προσωπική επεξεργασία» (στοματικό στάδιο ανάπτυξης). Η συγκεκριμένη διαφοροποίηση στην κατανόηση της αντίστασης προσδίδει σε αυτή πιο διευρυμένο χαρακτήρα, καθώς η

αντίσταση προκύπτει πρωτογενώς μέσα από την αλληλεπίδραση με το (μητρικό) περιβάλλον, παρά ως εγγενής μηχανισμός άμυνας. Το γεγονός αυτό ενέχει ιδιαίτερη πρακτική αξία, καθώς στην κλινική πράξη η Gestalt θεραπεία προκρίνει τη βίωση του συναισθήματος και την αφομοίωση της νέας εμπειρίας, έναντι της ψυχαναλυτικής ερμηνείας. Ενώ, δηλαδή, στην κλασική ψυχανάλυση η αντίσταση προέκυπτε ως μια αρνητική αντίδραση του αναλυόμενου απέναντι στις ερμηνείες του θεραπευτή, στη Gestalt θεραπεία η αντίσταση θεωρείται ως φυσιολογική αντίδραση απέναντι στην καινούργια «τροφή», την καινούργια εμπειρία και το άγνωστο.

Μια άλλη έννοια με πρακτική αξία που αναπτύχθηκε στη βάση των συσχετίσεων μεταξύ αντίστασης-πείνας-επιθετικών ενορμήσεων είναι η «αντίσταση στην αντίσταση» (*resistance against resistance*). Το βρέφος που εξαναγκάζεται να φάει ενώ δεν θέλει ή δεν του αρέσει, «εκπαιδεύεται» να αντιστέκεται στην επιθυμία του να αντισταθεί, δηλαδή να αρνηθεί ανοιχτά το φαγητό. Έτσι, η σύγκρουση που θα επερχόταν με το περιβάλλον, εάν εξέφραζε την αντίστασή του στο φαγητό, αποφεύγεται μέσω της καταπίεσης της επιθυμίας να αρνηθεί και της αποφυγής της προσωπικής εμπειρίας (Perls, 1947). Και πάλι η αναφορά αυτή έχει αντίκτυπο στο ρόλο της ερμηνείας του θεραπευτή και στην αντίσταση του θεραπευόμενου. Κατά τον ιδρυτή της Gestalt, η αντίσταση στην ερμηνεία δεν θα πρέπει να θεωρείται ως αρνητική μεταβίβαση, ή ως άρνηση του ασθενή να δεχτεί την αλήθεια που του προτείνεται, αλλά πολλές φορές ως γνήσια αντίδραση σε κάτι που το βιώνει ως πίεση να δεχτεί (ή αλλιώς, «να φάει») κάτι που τη δεδομένη στιγμή δεν επιθυμεί. Αντιστρόφως, η αποδοχή της ερμηνείας από τον θεραπευόμενο δεν αποτελεί *ipso facto* κάτι θετικό, αφού είναι πιθανό να αντανακλά μια παθητική συμμόρφωση, προς αποφυγή μιας ενδεχόμενης σύγκρουσης με τον θεραπευτή, με άλλα λόγια, μια αντίσταση στην αντίσταση. Η αντίσταση αυτή ονομάστηκε, επίσης, «συμβολή» (*confluence*) και συγκαταλέχθηκε ανάμεσα στους βασικούς τύπους αντίστασης στη Gestalt θεωρία (Prosnick, 2000).

Στη βάση αυτών των θεωρητικών παραμέτρων, στόχο της Gestalt θεραπείας δεν αποτελεί η πρόσβαση στο ασυνείδητο μέσω της ερμηνείας και της άρσης των αντιστάσεων. Η ερμηνεία δεν χρησιμοποιείται ως θεραπευτική τεχνική, όπως επίσης δεν αποτελούν σημείο εργασίας οι παρελθούσες εμπειρίες, αλλά πρωτίστως η τρέχουσα εμπειρία του ατόμου στο παρόν. Η δε επικέντρωση της θεραπείας βρίσκεται στη βίωση της συναισθηματικής εμπειρίας και στην έκφραση του συναισθήματος. Αυτό που είναι σημαντικό στη Gestalt θεραπεία δεν είναι τόσο η αιτιολογική συσχέτιση των εμπειριών του ατόμου, το «γιατί» μιας κατάστασης, αλλά το «πώς», δίνοντας έτσι έμφαση στη διαδικασία και στο βίωμα. Το συναισθηματικό νόημα μιας εμπειρίας είναι αυτό που βρίσκεται στο κέντρο του θεραπευτικού ενδιαφέροντος, καθώς τα συναισθήματα θεωρούνται ως η πυξίδα που κατευθύνει την ανθρώπινη συμπεριφορά (Σταλίκας, 2005). Η έμφαση στα συναισθήματα δεν δίδεται τόσο για λόγους κάθαρσης, αλλά κυρίως γιατί μέσω της συναισθηματικής έκφρασης ευοδώνεται η δημιουργία νέου νοήματος της εμπειρίας, η μορφολογική αλλαγή και εν τέλει ο σχηματισμός μιας «νέας μορφής» (*new gestalt*) (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951. Cole, 1998). Η δημιουργία νέου νοήματος και νέας μορφής σε αντικατάσταση των δυσλειτουργικών σχημάτων επιτυγχάνεται ταυτόχρονα σε τέσσερα διαφορετικά επίπεδα: συναισθηματικό, γνωστικό, κινητικό-δραστικό και σε επίπεδο κινήτρων. Το νέο νόημα προκύπτει δε καθώς η άμεση εσωτερικευμένη συναισθηματική εμπειρία αλληλεπιδρά με την ικανότητα του ατόμου να συμβολοποιεί και να κατανοεί στο συνειδητό τη συγκεκριμένη εμπειρία (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993).

Προϋποθέσεις αυτό-ρύθμισης των αντιστάσεων

Καθώς η αποφυγή της επίγνωσης του εαυτού αφορά στην επαναλαμβανόμενη και αναχρονιστική ενεργοποίηση παλαιότερων «δημιουργικών προσαρμογών» του ατόμου και στη «νευρωτική αυτό-ρύθμιση» του οργανισμού, η θεραπεία αποβλέπει στο «κλείσιμο»

(*closure*) αυτών των δυσλειτουργικών σχημάτων και στην ανάπτυξη νέων μορφών. Στο σημείο αυτό έγκειται ο ρόλος της συναισθηματικής έκφρασης. Βάσει της αρχής της αυτό-ρύθμισης, η έκφραση του συναισθήματος και η διερεύνηση του συναισθηματικού νοήματος της εμπειρίας θα οδηγήσουν αυτομάτως και αβίαστα σε επαφή με εκείνα τα στοιχεία που το άτομο έχει αποφύγει και τα οποία βρίσκονται σε καθεστώς άγνοιας, γεγονός που με τη σειρά του θα οδηγήσει σε επίγνωση του δυσλειτουργικού σχήματος, σε «κλείσιμο» της συγκεκριμένης μορφής και σε αλλαγή προς μια νέα. Σε μια τέτοια θεραπευτική διαδικασία, η ψυχική αλλαγή ξεδιπλώνεται από μόνη της, χωρίς να πρέπει κανείς να προσπαθήσει για να αλλάξει, αρκεί να εμπιστευτεί τη φυσική τάση του ανθρώπου για ανάπτυξη (Polster & Polster, 1976). Στο πλαίσιο αυτό, η αντίσταση όχι μόνο δεν αποτάσσεται ως «πολέμιος της θεραπείας», αλλά αντίθετα ενθαρρύνεται και υποστηρίζεται. Αυτό συμβαίνει με δύο τρόπους: (α) με την επικέντρωση του θεραπευτή στις εκδηλώσεις αποφυγής, όπως και αν αυτές εκφράζονται (π.χ. εκδήλωση συμπτωμάτων), και (β) με την παρότρυνση του θεραπευόμενου να εκφράζει ανοιχτά την άρνηση, ή την αντίδρασή του, προς τον θεραπευτή.

Η προτροπή για ανοιχτή έκφραση αντίδρασης προς τον θεραπευτή εντάσσεται στην αρχική σύλληψη του Perls (1947) για την αντίσταση, όπως τη συνέδεσε με την αναστολή των στοματικών επιθετικών ενορμήσεων του βρέφους και την ενδοβολή της επιθετικότητας προς τον ίδιο τον εαυτό. Στόχος της Gestalt θεραπείας είναι η επανάκτηση της επαφής με τις επιθετικές δυνάμεις του ατόμου, η αντιστροφή της ενδοβολής στον εαυτό και ο επαναπροσανατολισμός τους προς το περιβάλλον, έτσι ώστε αφενός μεν να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της πραγματικότητας, αφετέρου δε να συμφωνούν με τις ανάγκες του ατόμου. Στη διαδικασία αυτή περιλαμβάνεται και η ικανότητα του ατόμου να λέει «όχι», όπου αυτό απαιτείται. Ένας τρόπος να λέει κανείς «όχι» θεωρείται και η αντίσταση, ή η εκδήλωση συμπτωμάτων, αν και ο τρόπος αυτός είναι κατά βάση έμμεσος (Perls, 1947). Εν πάσει περιπτώσει, λόγω αυτής της σύνδεσης θεωρήθηκε σημαντική η επικέντρωση του

θεραπευτή στις εκφράσεις αποφυγής του ατόμου και η υποστήριξή του για ανοικτή αντιπαράθεση, ως ένας τρόπος επανασύνδεσης με τα αποποιημένα μέρη του εαυτού.

Μέσω της σταθερής επικέντρωσης στην εμπειρία του θεραπευόμενου, όπως ο ίδιος επιλέγει να την παρουσιάζει –ακόμα και όταν πρόκειται για εμπειρία αποφυγής πλευρών του εαυτού– οι πρεσβευτές της Gestalt υποστηρίζουν ότι αναδεικνύονται κεντρικά ζητήματα του ατόμου (Wheeler, 1991). Πρόκειται για τα ζητήματα που εκκρεμούν ως ανολοκλήρωτες μορφές. Τα ζητήματα αυτά διερευνώνται όσον αφορά τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τη συμπεριφορά και τα κίνητρα, και έτσι «κλείνουν» για να ανακύψει μια νέα μη-δυσλειτουργική μορφή. Ο βασικός αυτός κανόνας της αυτό-ρύθμισης στη Gestalt θεραπεία συμπίπτει με τις θεραπευτικές αρχές του Carl Rogers (1961), ο οποίος δεν αναφέρθηκε ποτέ στον όρο αντίσταση, υποστηρίζοντας ότι ο θεραπευτής δεν μπορεί να γνωρίζει καλύτερα την εμπειρία του πελάτη από τον ίδιο και γι' αυτό θα πρέπει να την αποδέχεται με τρόπο γνήσιο και απόλυτο, χωρίς να προβαίνει σε ερμηνείες.

Παρόμοια άποψη εκφράζουν και οι Gestalt θεωρητικοί Polster και Polster (1976), οι οποίοι επισημαίνουν ότι η έννοια της αντίστασης είναι περιττή και ασύμβατη με την ανθρωπιστική / συναισθηματική προσέγγιση της θεραπείας. Τονίζουν ότι η Gestalt θεραπεία αποτελεί μια «θεραπεία χωρίς αντίσταση» και αποκηρύσσουν τη χρήση του όρου προβάλλοντας τον ως καταχρηστικό, αρνητικά φορτισμένο και διασπαστικό. Ο όρος της αντίστασης, συνήθως, χρησιμοποιείται όταν ο θεραπευτής βιώνει σύγχυση με τον πελάτη, οπότε η χρήση του όρου υποδηλώνει ότι η συμπεριφορά του πελάτη δεν θα έπρεπε να είναι τέτοια, ή ότι θα έπρεπε να αλλάξει (Lauver, Holiman, & Kazama, 1982). Επίσης, ο όρος υποδηλώνει την καθετοποίηση της σχέσης μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου, σε αντίθεση με τη Gestalt θεωρία που πρεσβεύει την ύπαρξη μη-ιεραρχικής, ισότιμης και συνεργατικής σχέσης, στην οποία ο θεραπευτής δεν γνωρίζει καλύτερα από τον θεραπευόμενο, αλλά συνεργάζεται μαζί του προς την κατεύθυνση της περαιτέρω κατανόησης και επίγνωσης του

εαυτού (Polster & Polster, 1976). Ο όρος κρίνεται, επιπλέον, ως διασπαστικός γιατί θεωρείται ότι απομονώνει τις εκδηλώσεις αντίστασης –ως κάτι που παρεμβάλλεται και παρακωλύει τη θεραπευτική διαδικασία– από το σύνολο της προσωπικότητας του ατόμου, όπου το καθετί όχι μόνο δεν είναι κατακερματισμένο, αλλά αντίθετα βρίσκεται σε δυναμική σχέση αλληλεπίδρασης (Engle & Holiman, 2002a).

Κοινά χαρακτηριστικά της αντίστασης στη Gestalt θεραπεία

Όπως προκύπτει, οι υπάρχουσες διαφοροποιήσεις μεταξύ των Gestalt θεωρητικών σχετικά με την έννοια της αντίστασης δεν επιτρέπουν την εγκαθίδρυση ενός ενιαίου τρόπου κατανόησης μεταξύ τους. Ωστόσο, πέραν αυτών των θεωρητικών αντεγκλήσεων, σε επίπεδο θεραπευτικής αντιμετώπισης της αντίστασης, οι Gestalt θεραπευτές καταλήγουν σε ορισμένα χαρακτηριστικά που στοιχειοθετούν αντίσταση. Σε συνδυασμό με την από κοινού υιοθέτηση της έννοιας της αποφυγής –είτε ως αποφυγή επίγνωσης είτε ως αποφυγή επαφής–, στη Gestalt θεραπεία επικρατούν οι εξής έννοιες αναφορικά με την αντίσταση:

- η έννοια των «ανοιχτών υποθέσεων» (*unfinished business*).
- η έννοια της αμφιθυμίας (*ambivalence*).
- η έννοια της αυτοπροστασίας (*self-protection*).
- η έννοια της αποστέρησης (*loss*).

Καταρχήν, η έννοια των ανοιχτών υποθέσεων αναφέρεται στις περιπτώσεις όπου το άτομο δεν έχει επιλύσει βασικά ζητήματα που το απασχολούν με σημαντικά πρόσωπα, με αποτέλεσμα να παραπαίει σε μια κατάσταση σύγκρουσης ανάμεσα σε διαφορετικά συναισθήματα και σκέψεις. Η αποφυγή επίγνωσης αυτών των συγκρουσιακών πλευρών του εαυτού αποτελεί σημάδι «ανοιχτής υπόθεσης» (Engle & Holiman, 2002a).

Αναφορικά με την έννοια της αμφιθυμίας, αυτή έχει συνδεθεί στενά με την έννοια της αντίστασης στη Gestalt θεραπεία. Συχνά η αντίσταση γίνεται αντιληπτή ως μια κατάσταση

αμφιθυμίας, όπου ένα μέρος του εαυτού επιθυμεί την αλλαγή, ενώ ένα άλλο μέρος δεν τη θέλει. Ειδικότερα, η αμφιθυμία αφορά σε μια εσωτερική σύγκρουση ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες αξίες, συναισθήματα, πεποιθήσεις, ή τρόπους σχετίζεσθαι με τους άλλους (Engle & Holiman, 2002a). Ο τρόπος αντιμετώπισης αυτής της σύγκρουσης περιλαμβάνει την επισήμανση από τον θεραπευτή της διάστασης ανάμεσα σε αυτό που προβάλλεται ως επιθυμητό και σε αυτό που αντιτίθεται σε αυτή την επιθυμία, την παραδοχή ότι η διάσταση αυτή αφορά σε μια εσωτερική σύγκρουση που περιορίζει τις δυνατότητες του ατόμου και την επεξεργασία της σύγκρουσης με την πραγματοποίηση της θεραπευτικής τεχνικής των δύο καρεκλών (*two-chair dialogue*), με την οποία το άτομο μπορεί να «συνδιαλαγεί» και με τις δύο αντικρουόμενες πλευρές του εαυτού του (Engle & Holiman, 2002b). Γενικότερα, τέτοιου είδους θεραπευτικές τεχνικές, όπως η χρήση της φαντασίας, η τεχνική της άδειας καρέκλας και το παιχνίδι ρόλων, επιτρέπουν στον θεραπευόμενο να εκφράσει κάτι που δεν είχε πριν σε επίγνωση, να δοκιμάσει καινούργιες συμπεριφορές και να μετατρέψει εσωτερικές ασυνείδητες συγκρούσεις σε αναγνωρίσιμες ανοικτές συγκρούσεις (Engle & Arkowitz, 2008). Ως συνέπεια, προκύπτει η δυνατότητα να αρχίσει να κάνει αλλαγές στη ζωή του, στη βάση συνειδητών επιλογών (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993).

Η έννοια της αυτοπροστασίας συνδέεται με την αντίσταση, καθώς η τελευταία θεωρείται ως η προσπάθεια του ατόμου να ισορροπήσει ανάμεσα στη σταθερότητα και την αλλαγή, όταν βιώνει κάποια εσωτερική σύγκρουση. Όπως περιγράφεται χαρακτηριστικά από τους Engle και Holiman (2002a), είναι σαν να βαδίζει κάποιος πάνω σε ένα τεντωμένο σκοινί παραπαίοντας αριστερά-δεξιά για να αποφύγει την πτώση, όπου οποιαδήποτε αλλαγή σε αυτή την κατάσταση, όσο ωφέλιμη μπορεί να είναι, απειλεί τη σταθερότητά του και τον θέτει σε κίνδυνο. Κατά συνέπεια, η αντίσταση αποτελεί έναν μηχανισμό αυτοπροστασίας από το συνοδό άγχος κάθε αλλαγής και συμβάλλει στη διατήρηση του αισθήματος της ασφάλειας. Στόχος της θεραπείας είναι το άτομο να αποκτήσει επίγνωση των εσωτερικών συγκρούσεων,

όχι ως κάτι αλλότριο και αποκρουστικό, αλλά ως μέρος του εαυτού που θα πρέπει να ενσωματωθεί (Polster & Polster, 1976).

Τέλος, η έννοια της αποστέρησης αφορά την αντίσταση με τον εξής τρόπο: εφόσον στη Gestalt θεραπεία η αντίσταση θεωρείται ως το αποτέλεσμα των δημιουργικών προσαρμογών που το άτομο ενεργοποίησε προκειμένου να διαφύγει των εμπειριών που του προκαλούσαν πόνο ή/και σύγχυση, ενώ στην πραγματικότητα οι καταστάσεις αυτές έμειναν «ανοιχτές υποθέσεις», το ερώτημα που γεννιέται είναι πώς το άτομο θα «πεισθεί» να επαναβιώσει κατά κάποιο τρόπο τις εμπειρίες αυτές, ώστε να μπορέσει να τις επαναδιαπραγματευθεί. Πράγματι, οι θεραπευόμενοι δυσκολεύονται να υπομείνουν ξανά τις απώλειες που προηγουμένως είχαν προσπαθήσει να αποφύγουν, καθώς αυτές βιώνονταν ως μη-ανεκτές (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951). Ωστόσο, η βίωση της απώλειας είναι ο μόνος τρόπος για να επιτευχθεί το «κλείσιμο» μιας συγκρουσιακής κατάστασης. Η εμπειρία της απώλειας, ο «θάνατος» μιας παλιάς μορφής, είναι ο μόνος τρόπος για την ολοκλήρωση αυτού που είναι να τελειώσει και την ανάδυση αυτού που είναι να έρθει, ως νέα μορφή (Breshgold, 1989).

Εν κατακλείδι, φαίνεται ότι η έλευση μιας νέας μορφής στον ψυχισμό του ατόμου σε αντικατάσταση μιας παλαιότερης περισσότερο δυσλειτουργικής προϋποθέτει αφενός μεν τη διεκδίκηση μιας νέας εμπειρίας, αφετέρου δε την απώλεια μιας οικείας σιγουριάς και ασφάλειας. Μοιάζει σαν η διαδικασία αυτή να κινείται αέναα ξεκινώντας από άλυτες «ανοιχτές υποθέσεις», περνώντας μέσα από την αμφιθυμία και την ανάγκη περιχαράκωσης του εαυτού μέσα στο οικείο και ήδη γνωστό, για να καταλήξει σε μια απώλεια και έπειτα σε μια καινούργια αρχή. Ο ρόλος του Gestalt θεραπευτή σε αυτή τη διαδικασία αφορά την αντιμετώπιση της αποφυγής του θεραπευόμενου, όχι ως αντίσταση-εμπόδιο, αλλά ως μια από κοινού ευκαιρία να αποκτηθεί επίγνωση για τους τρόπους με τους οποίους ο θεραπευόμενος λειτουργεί προκειμένου να προστατευθεί και να διατηρήσει μια αίσθηση Εαυτού.

Η αντίσταση, ως μηχανισμός διασφάλισης της καθεστυκίας κατάστασης η οποία παρέχει την ασφάλεια του ήδη γνωστού και οικείου, καθώς επίσης και ως μηχανισμός αυτό-προστασίας, εμφανίζεται και στη συστημική οικογενειακή θεραπεία, όπως περιγράφεται στο επόμενο κεφάλαιο. Η διαφορά στη συστημική θεραπεία οικογένειας έγκειται στο γεγονός ότι σε αυτή την περίπτωση είναι η ομοιόσταση του οικογενειακού συστήματος που προστατεύεται μέσω της αντίστασης, αντί του ατόμου ως μονάδα. Εντούτοις, με την αναφορά στη συστημική οικογενειακή θεραπεία διαφαίνεται, για άλλη μια φορά, ο διαπροσωπικός χαρακτήρας της αντίστασης, καθώς και ο ρόλος της θεραπευτικής σχέσης στην αντιμετώπισή της, επιβεβαιώνοντας την ανάγκη διερεύνησης της συγκεκριμένης διάστασης της αντίστασης, όπως επιχειρείται στην παρούσα μελέτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Η αντίσταση στη συστημική οικογενειακή θεραπεία

Η αντίσταση στην οικογενειακή θεραπεία αποτελεί φαινόμενο με πολύπλευρες διαστάσεις και κατευθύνσεις, καθώς η εμφάνισή της δεν αφορά τον θεραπευόμενο ως μονάδα, αλλά ως μέρος ενός ευρύτερου συστήματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η αντίσταση μπορεί να αποτελεί έκφραση άρνησης απέναντι στην αλλαγή από το σύνολο της οικογένειας, ή από συγκεκριμένα μέλη της, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να ενισχύεται και από τη στάση του θεραπευτή, όταν παραδείγματος χάριν εκείνος «συμμαχεί» ασυνείδητα με κάποιο μέλος της οικογένειας έναντι των υπολοίπων. Σε όλες τις περιπτώσεις, οπωσδήποτε, τα δυναμικά που αναπτύσσονται είναι πολύπλοκότερα από εκείνα της δυαδικής σχέσης θεραπευτή-θεραπευόμενου. Ως εκ τούτου, η αντίσταση που αντιμετωπίζουν οι οικογενειακοί θεραπευτές φαίνεται να αποτελεί μία ιδιαίτερη πρόκληση. Κατά τη διαδικασία της οικογενειακής θεραπείας, οι θεραπευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν τους πολλαπλούς τρόπους έκφρασης της αντίστασης κάθε μέλους ξεχωριστά, και ταυτόχρονα να είναι σε εγρήγορση σε σχέση με τις αντιστάσεις ολόκληρης της οικογένειας, ως ένα ενιαίο σύστημα.

Παρά την ευλογοφανή σπουδαιότητα της αντίστασης για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων σε οικογένειες, υπήρχε γενικά μία άρνηση αναγνώρισής της στη συστημική οικογενειακή θεραπεία. Εντούτοις, τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί έμφαση στην αναγκαιότητα εντοπισμού και κατάλληλης αντιμετώπισης των αντιστάσεων που εκφράζουν τα μέλη μιας οικογένειας κατά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία (Schwartz, 2007). Στο πλαίσιο αυτό, περιγράφονται, στη συνέχεια, η διαδρομή της έννοιας της αντίστασης στη θεωρία της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας, τα βασικά ερμηνευτικά πλαίσια που εξηγούν την εμφάνιση των εκδηλώσεων αντίστασης, οι κύριες μορφές αντίστασης, αλλά και προτεινόμενοι τρόποι παρέμβασης στο πλαίσιο της συστημικής οικογενειακής θεραπείας. Η

συγκεκριμένη αναφορά αναδεικνύει το γεγονός ότι, παρά τις όποιες διαφορές με τις υπόλοιπες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, και στην περίπτωση της συστημικής οικογενειακής θεραπείας η αντίσταση εξυπηρετεί, καταρχάς, σκοπούς διατήρησης της προσωπικής και διαπροσωπικής ασφάλειας. Βέβαια, στη συστημική θεραπεία οικογένειας, η έννοια της ασφάλειας δεν αναφέρεται άμεσα ως τέτοια, αλλά περιγράφεται μάλλον με όρους ομοιόστασης, σταθερότητας και (διαγενεαλογικής) συνέχειας του οικογενειακού συστήματος, καθώς η συστημική προσέγγιση εξετάζει περισσότερο την αλλαγή στη δομή ενός ευρύτερου συστήματος και όχι στο ίδιο το άτομο (Σακαλάκη, 1994).

Η ιστορική εξέλιξη της έννοιας της αντίστασης

Παρά τη σύγχρονη πλέον αποδοχή της έννοιας της αντίστασης στους κόλπους της συστημικής οικογενειακής θεραπείας, θα πρέπει να επισημανθεί ότι μέχρι πρόσφατα οι οικογενειακοί θεραπευτές αναφέρονταν στην αντίσταση μόνο εμμέσως περιγράφοντας θεραπευτικές τεχνικές αλλαγής –πράγμα που υποδηλώνει ότι κάποιος βαθμός αντίστασης υπάρχει και θα πρέπει να επιλυθεί– χωρίς ωστόσο να γίνονται σαφείς αναφορές στο θέμα (Anderson & Stewart, 1983). Οι λόγοι για τους οποίους η έννοια της αντίστασης δεν έχαιρε ιδιαίτερης αναγνώρισης στη συστημική οικογενειακή θεραπεία αφορούν σε δύο αλληλεξαρτώμενες παραμέτρους: (α) στην καινοτομική φύση της οικογενειακής θεραπείας, και (β) στη δυσκολία μεταφοράς της αυθεντικής έννοιας της αντίστασης, όπως είχε αναπτυχθεί στους κόλπους της ψυχανάλυσης, σε μία έννοια συμβατή με τη θεωρία των συστημάτων. Όπως κάθε αναδυόμενο κίνημα, έτσι και η οικογενειακή θεραπεία, που πρωτοεμφανίστηκε τη δεκαετία του '50, επιχείρησε να εδραιώσει τα όριά της ορίζοντας και δίνοντας έμφαση στις διαφορές της με τις προϋπάρχουσες ψυχοθεραπευτικές παραδόσεις και ιδιαίτερα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση. Οι πρώτοι οικογενειακοί θεραπευτές ανέπτυξαν διαφορετικές θέσεις για τον ορισμό της ψυχοπαθολογίας, τον τρόπο επίτευξης της αλλαγής

και τη φύση της θεραπευτικής σχέσης. Το επίκεντρο της θεραπείας μετακινήθηκε από τις ενδο-ψυχολογικές διαδικασίες του ασθενή, στις αλληλεπιδραστικές διαδικασίες μέσα στην οικογένεια. Οι οικογένειες αντιμετωπίστηκαν ως αυτό-ρυθμιζόμενα συστήματα με ευδιάκριτους κανόνες και επαναλαμβανόμενα πρότυπα αλληλεπίδρασης, ενώ η συμπτωματική συμπεριφορά επαναπροσδιορίστηκε ως μία εκδήλωση δυσλειτουργίας του οικογενειακού συστήματος. Αποτέλεσμα των θεωρητικών αυτών αντεγκλήσεων ανάμεσα στην οικογενειακή και την επικρατούσα έως τότε ψυχαναλυτική θεραπεία ήταν η αποκήρυξη κεντρικών εννοιών της ψυχαναλυτικής θεωρίας –όπως η αντίσταση του θεραπευόμενου– και η αρχική αποσιώπησή τους, ως ασύμβατες με το θεωρητικό υπόβαθρο της νέας μορφής θεραπευτικής παρέμβασης.

Η βούληση για την εγκαθίδρυση μίας ταυτότητας διαφορετικής από αυτή της εδραιωμένης ψυχαναλυτικής προσέγγισης, σχετίζεται και με τον δεύτερο λόγο που η έννοια της αντίστασης συνάντησε δυσκολίες στην ενσωμάτωσή της στη συστημική οικογενειακή θεραπεία. Παρόλο που ορισμένα μοντέλα συστημικής οικογενειακής θεραπείας διατήρησαν κάποιο ενδιαφέρον για τις ενδοψυχικές διαδικασίες, άλλα μοντέλα προχώρησαν περαιτέρω, ώστε να θεωρήσουν τα ασυνείδητα δυναμικά, τις εσωτερικές συγκρούσεις, αλλά και το ιστορικό του ατόμου ως επουσιώδη. Ο προσανατολισμός στο παρόν του ατόμου και οι έννοιες της ιεραρχίας και της κυκλικής ανατροφοδότησης ήταν τα κυρίαρχα στοιχεία της νέας θεραπευτικής προσέγγισης. Το γεγονός αυτό άφησε τη συστημική οικογενειακή θεραπεία χωρίς κάποιο θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο θα μπορούσε να προσαρμοστεί η παραδοσιακή έννοια της αντίστασης (Anderson & Stewart, 1983). Εκτός όμως της γενικευμένης απόκλισης από την ψυχανάλυση, κάτι άλλο που δυσχέρανε την αποδοχή της έννοιας της αντίστασης στη συστημική οικογενειακή θεραπεία αποτέλεσε το γεγονός ότι δεν υπήρχε μία ενιαία θεωρητική κατεύθυνση σε αυτή. Τα διάφορα μοντέλα συστημικής οικογενειακής θεραπείας αναπτύχθηκαν γύρω από αυτό που ονομάζεται «προσανατολισμός

οικογενειακών συστημάτων», το οποίο συνίσταται στη βασική αρχή ότι η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα και ότι η ατομική συμπεριφορά μπορεί να κατανοηθεί καλύτερα στο πλαίσιο ενός συστήματος μέσα στο οποίο εκδηλώνεται (Minuchin & Fishman, 1981). Ένας τέτοιος προσανατολισμός παρέχει βέβαια μία γενική αντίληψη, αλλά δεν μπορεί να εξηγήσει πλήρως τις επιμέρους θεωρητικές υποθέσεις κάθε σχολής, ή τη φιλοσοφία κάθε παρέμβασης, πολλώ δε μάλλον τις όποιες απόψεις για την αντίσταση (Anderson & Stewart, 1983). Έτσι, σε όλα τα επιμέρους μοντέλα της συστημικής οικογενειακής προσέγγισης η έννοια της αντίστασης παραμένει, γενικώς, περιφερειακή και έμμεση. Από την άλλη, όποτε γίνεται κάποια αναφορά στην αντίσταση διαφαίνονται οι ενυπάρχουσες διαφορές ανάμεσα στα θεωρητικά μοντέλα.

Εντούτοις, παρά την αρχική δυσκολία εγκαθίδρυσης της έννοιας της αντίστασης και παρ' όλες τις επιμέρους διαφορές στις τεχνικές αντιμετώπισής της ανάμεσα στα κυρίαρχα μοντέλα της συστημικής οικογενειακής θεραπείας, φαίνεται πως έχει αναπτυχθεί μια βασική κοινή γλώσσα όσον αφορά τη θεώρησή της, η οποία διαφοροποιείται σαφώς από την ψυχοδυναμική προοπτική και παράλληλα τη συμπληρώνει, καθώς τοποθετεί την έννοια της αντίστασης τόσο σε ενδοπροσωπικό όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο (Cullin, 2008. Lebow, 1997. Schwartz, 2007). Παρακάτω αναφέρονται κάποια βασικά ερμηνευτικά πλαίσια τα οποία εμβαθύνουν στους λόγους για τους οποίους μία οικογένεια, ή ένα ζεύγος, εκδηλώνουν αντίσταση στη θεραπεία.

Αιτιάσεις της αντίστασης στη συστημική θεραπεία οικογένειας

Αντίσταση στην οικογένεια.

Σύμφωνα με τους Lerner και Lerner (1983), μία συμπεριφορά αντίστασης στη συστημική οικογενειακή θεραπεία προκύπτει όταν ένας θεραπευόμενος αισθανθεί εγκλωβισμένος σε έναν «δεσμό πίστης» (*loyalty bind*) ανάμεσα στην αίσθηση του ανήκειν στο σύστημα της

οικογένειάς του από τη μια πλευρά και στη δέσμευση απέναντι στη θεραπευτική σχέση από την άλλη. Βρισκόμενος μπροστά στο δίλημμα επιλογής ανάμεσα στα δύο –οικογένεια vs. θεραπεία– είναι αναμενόμενο να επιλέξει το πρώτο και να μείνει πιστός στις οικογενειακές επιταγές, εκδηλώνοντας αντίσταση στη θεραπεία. Η πίστη στις επιταγές της οικογένειας, ως βασική αιτία αντίστασης, έχει εξηγηθεί και ως την τάση των ανθρώπων να αναπαράγουν σε οποιοδήποτε σύστημα δραστηριοποιούνται –συμπεριλαμβανομένης της θεραπευτικής σχέσης– εκείνα τα πρότυπα που έμαθαν στο πρωταρχικό σύστημα της οικογένειάς τους (Deacon, 1999).

Μία τέτοια διλημματική κατάσταση που γεννά αντίσταση εξηγείται, στη συστημική οικογενειακή θεραπεία, με όρους ομοιόστασης και διαγενεαλογικής συνέχειας. Καταρχήν, θεωρείται ότι οι τρόποι με τους οποίους οι οικογένειες λειτουργούν καθορίζονται από έναν συνδυασμό της κληρονομιάς που φέρει κάθε μέλος εκ των συντρόφων από την οικογένεια καταγωγής του, καθώς επίσης από τον τρόπο με τον οποίο οι αναπόφευκτες διαφορές μεταξύ των δύο συζύγων αντιμετωπίζονται μέσα στην ιστορία της σχέσης τους. Οι οικογένειες οργανώνονται, από την άλλη πλευρά, με τρόπους οι οποίοι ενισχύουν τις ταυτότητες κάθε μέλους ξεχωριστά και οι οποίοι διασφαλίζουν την επιβίωση της οικογένειας ως μία ενότητα. Καθώς κυριαρχούν ασυνείδητοι κανόνες για το πώς πρέπει να είναι οι σχέσεις μέσα σε μια οικογένεια, ορισμένες οικογένειες φαίνεται να οργανώνονται με τέτοιο τρόπο ώστε τα συμπτώματα ενός μέλους να επισκιάζουν βαθύτερα προβλήματα της οικογένειας σε έναν άλλο τόπο, ή να αναχαιτίζουν την εμφάνιση άλλων προβλημάτων. Με άλλα λόγια, τα συμπτώματα ενός μέλους φαίνεται να εξυπηρετούν τη διασφάλιση της συνέχειας της οικογενειακής ενότητας (Anderson & Stewart, 1983. Nichols & Schwartz, 2004). Εάν κατά τη διάρκεια της οικογενειακής θεραπείας, ο θεραπευτής αντιμετωπίσει το ασθενές μέλος ως εξιλαστήριο θύμα της όλης οικογένειας, ή πάλι, εάν επιδιώξει να κάμψει την αντίστασή του για αλλαγή χωρίς ο ίδιος ο πελάτης να είναι έτοιμος για κάτι τέτοιο, τότε ο θεραπευόμενος

που φέρει το σύμπτωμα θα έρθει αντιμέτωπος με τον «δεσμό πίστης» και θα εκδηλώσει μεγαλύτερη αντίσταση στη θεραπεία (Lerner & Lerner, 1983).

Η διαγενεαλογική διάσταση κατέχει ιδιαίτερη σημασία για την κατανόηση των αντιστάσεων στη συστημική οικογενειακή θεραπεία (Gold & Morris, 2003). Η κληρονομιά των αξιών, των ρόλων και των μύθων που κάθε σύζυγος φέρει από την παιδική του ηλικία σε έναν νέο γάμο συμβάλλει στην ανάπτυξη των προτύπων σχέσης, που γίνονται συνήθεια με την πάροδο του χρόνου. Οι συνήθειες που επικρατούν σε μία σχέση, ακόμα και αυτές που δεν είναι αρκετά ικανοποιητικές, έχουν το πλεονέκτημα να είναι οικείες και να έχουν ένα γνώριμο προηγούμενο συνεπειών. Οι συνέπειες αυτές είναι, κατά κάποιον τρόπο, προβλέψιμες και άρα ασφαλείς (Reiss & Oliveri, 1980). Εξάλλου, η αλλαγή των παγιωμένων συνηθειών σε μια οικογένεια θεωρείται δυσχερής, καθώς η πίστη στις αξίες της οικογένειας καταγωγής συνδυάζεται με το γεγονός ότι τέτοιες πεποιθήσεις παραμένουν χωρίς αξιολόγηση, εάν εν τω μεταξύ δεν προκύψει μία κατάσταση στην οποία να αναρωτηθεί κανείς για την πεποίθηση που έχει σχετικά με μια συμπεριφορά. Πεποιθήσεις όπως «*η οικογένεια πρέπει να είναι πάντοτε δεμένη*», ή «*όταν αγαπάμε πονάμε*» μπορούν να λάβουν τη δύναμη ενός ισχυρού κανόνα, ο οποίος σε περίπτωση που σπάσει αναμένεται ότι θα προκύψουν καταστροφικές συνέπειες. Ως εκ τούτου, η προοπτική αλλαγής στις οικείες προσωπικές σχέσεις θεωρείται ιδιαίτερα απειλητική για την αίσθηση συναισθηματικής ασφάλειας ενός ατόμου, με αποτέλεσμα να εγείρονται φόβος και αντίσταση, καταστάσεις που στη θεραπεία μπορεί να εκδηλωθούν με αντιδραστική συμπεριφορά, σκληρότητα, ακόμη και επιθετικότητα (McCormack, 2000). Η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία λόγω της μεταφοράς ενός ψυχικού τραύματος από γενιά σε γενιά, έχει επισημανθεί και στην ψυχαναλυτική θεωρία (Fromm, 2006), χωρίς ωστόσο να δίδεται η ίδια έμφαση. Εν κατακλείδι, στη συστημική οικογενειακή προσέγγιση, όπως και στις περισσότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, η αντίσταση στη θεραπεία συνδέεται με το αίσθημα

εσωτερικής ασφάλειας του θεραπευόμενου και το βαθμό που το αίσθημα αυτό επηρεάζεται. Η διάσταση αυτή ενυπάρχει και στη σχέση του ζεύγους.

Αντίσταση στο ζεύγος.

Σε μια προσπάθεια να κατηγοριοποιηθούν οι κύριοι λόγοι για τους οποίους δύο σύντροφοι μπορεί να αντιστέκονται στην αλλαγή, οι Spinks και Birchler (1982) αναφέρουν τρεις λόγους. Ο πρώτος λόγος συνίσταται στους άρρητους κανόνες που έχουν καθιερωθεί ανάμεσα στους συντρόφους (π.χ. «δεν εκφράζουμε ποτέ ανοιχτά το θυμό μας»). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, τα μέλη του ζευγαριού, ή ο θεραπευτής, μπορεί να παραβιάσουν έναν τέτοιο οικογενειακό κανόνα. Επίσης, οι παρεμβάσεις εκ μέρους του θεραπευτή μπορεί να γίνουν αντιληπτές ως απειλή για τη διατήρηση αυτών των κανόνων. Και στις δύο περιπτώσεις, είναι πιθανόν να προκληθεί η αντίσταση των πελατών απέναντι στην απώλεια ενός αποδεκτού και οικειοποιημένου τρόπου αλληλεπίδρασης.

Ο δεύτερος λόγος αφορά στα «κρυφά θέματα» (*hidden agenda*) που μπορεί να υπάρχουν σε ένα ζεύγος. Ένα τέτοιο θέμα μπορεί να αποτελεί «κοινό μυστικό» ανάμεσα στους συντρόφους, αλλά ένας εκ των δύο, ή και οι δύο, να τρέφουν καταστροφικές προσδοκίες στην περίπτωση που το μυστικό αποκαλυφθεί. Έτσι, το ζήτημα παραμένει συγκαλυμμένο εμποδίζοντας την εξέλιξη της θεραπείας. Αρκετά συχνά τα ζευγάρια αντιμετωπίζουν μ' αυτόν τον τρόπο τα σεξουαλικά τους προβλήματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, καθένας φοβάται την αντίδραση του άλλου, ή και οι δύο μπορεί να έχουν την πεποίθηση ότι δεν θα καταφέρουν να αντιμετωπίσουν επιτυχώς το ζήτημα, εάν αυτό γίνει φανερό. Συνεπώς, συνεχίζουν να προσποιούνται ότι το πρόβλημα δεν υπάρχει και αποδίδουν αμοιβαία την ευθύνη των προβλημάτων της σχέσης σε άλλα ζητήματα.

Ως τρίτος λόγος αντίστασης μεταξύ δύο συζύγων αναφέρεται η αμοιβαία αντίληψη του ζευγαριού ότι το κόστος της θεραπευτικής αλλαγής πρόκειται να είναι τόσο μεγάλο που

αδυνατούν να το αναλάβουν. Αυτά τα ζευγάρια εμφανίζονται αρχικά κινητοποιημένα για τη θεραπεία, αλλά στη συνέχεια αντί της υιοθέτησης μίας εποικοδομητικής στάσης, φαίνεται να «συμμαχούν» ασυνείδητα και να μπλοκάρουν την εξέλιξη της θεραπείας. Ως αποτέλεσμα, εμφανίζονται συμπεριφορές αντίστασης, ενώ συχνά διακόπτεται η θεραπεία (Spinks & Birchler, 1982). Τέτοια φαινόμενα παρατηρούνται, παραδείγματος χάριν, όταν η εξέλιξη της θεραπευτικής διεργασίας οδηγεί σε αναπόφευκτο χωρισμό του ζευγαριού, οπότε το ζευγάρι επιλέγει να παραμείνει σε έναν προβληματικό γάμο παρά να αναλάβει το πρακτικό, και κυρίως το ψυχολογικό κόστος, ενός διαζυγίου.

Συμπερασματικά, όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η διατήρηση του αισθήματος ασφάλειας προεξάρχει ως βασικός πυρήνας αντιστάσεων στη συστημική οικογενειακή θεραπεία, όχι μόνο σε προσωπικό επίπεδο, αλλά και σε διαπροσωπικό επίπεδο ανάμεσα στα μέλη ενός ζευγαριού ή μιας ευρύτερης οικογένειας, ιδωμένα κάθε φορά ως ενιαίο σύστημα. Η ασφάλεια του συστήματος, σε αυτές τις περιπτώσεις, υποθάλπει διάφορες συμπεριφορές και εκδηλώσεις αντίστασης. Όπως περιγράφεται παρακάτω, ορισμένες από τις συμπεριφορές αντίστασης που αναφέρονται στη συστημική οικογενειακή θεραπεία παρουσιάζουν αναλογίες και κοινά στοιχεία με μορφές αντιστάσεων σε άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Σε συνδυασμό, όμως, με τις κοινές μορφές αντίστασης, η συστημική οικογενειακή προσέγγιση έχει αναγνωρίσει και μια σειρά από ιδιαίτερες συμπεριφορές αντίστασης, όπως αυτές αναλύονται στη συνέχεια.

Μορφές αντίστασης στη θεραπεία οικογένειας

Η πιο πλήρης κατηγοριοποίηση των διαφορετικών ειδών αντίστασης που είναι συνήθη στη συστημική οικογενειακή θεραπεία παρουσιάζεται από τους Anderson και Stewart (1983). Η κατηγοριοποίηση αυτή αποτελεί τη βάση για πιθανές μεταγενέστερες ταξινομήσεις αντιστάσεων στη συστημική θεραπεία οικογένειας. Αν και ορισμένες από τις αναφερόμενες

συμπεριφορές αντίστασης (π.χ. άρνηση, εκλογίκευση) εμφανίζονται και σε άλλες προσεγγίσεις (όπως στην ψυχαναλυτική προσέγγιση), εντούτοις νοηματοδοτούνται διαφορετικά στο πλαίσιο της οικογενειακής θεραπείας. Οι Anderson και Stewart (1983) αναγνωρίζουν έντεκα τύπους αντίστασης: 1. Ένα πολύ ομιλητικό μέλος, 2. Χαοτική και αποδιοργανωτική συμπεριφορά παιδιών, 3. Ο βλοσυρός και εχθρικός έφηβος, 4. Διανοητικοποίηση και εκλογίκευση, 5. Άρνηση, 6. Η ψευδό-εχθρική οικογένεια, 7. Το παιχνίδι της ευθύνης, 8. Το εξιλαστήριο θύμα, 9. Ουτοπικές προσδοκίες, 10. Απόγνωση, 11. Αντιστάσεις που αφορούν στην ιδιωτική ζωή της οικογένειας.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται αναλυτικά οι έντεκα επιμέρους μορφές αντίστασης και οι ιδιαίτερες τεχνικές παρέμβασης, όπου αυτές είναι απαραίτητες.

Ένα πολύ ομιλητικό μέλος.

Σε αυτό τον τύπο αντίστασης, ένα μέλος της οικογένειας επικρατεί στις θεραπευτικές συνεδρίες έναντι των υπολοίπων, μιλώντας ακατάπαυστα ή/και με ιδιαίτερη ένταση. Συνήθως, τα άλλα μέλη της οικογένειας παραμένουν απλοί παρατηρητές και επιτρέπουν στον ομιλούντα να συνεχίσει να φλυαρεί, ή να μιλάει εξ ονόματος τους, ελέγχοντας με αυτό τον τρόπο την εξέλιξη της συνεδρίας. Στην περίπτωση ενός ιδιαίτερα ομιλητικού μέλους, ο θεραπευτής καλείται να διερευνήσει κατά πόσο το μέλος αυτό έχει επιλεγεί από την οικογένεια ως ο «εκπρόσωπός» της, εάν ο φλύαρος λόγος επιτρέπεται ούτως ώστε να καλύψει τις ανησυχίες των υπολοίπων, ή εάν το συγκεκριμένο άτομο αποτελεί μία ισχυρή φιγούρα στην οικογένεια, στοιχεία που φανερώνουν κάθε φορά τα δυναμικά και τους ρόλους που επικρατούν στην οικογένεια. Ανεξάρτητα των βαθύτερων λόγων που ένα μέλος της οικογένειας είναι αμετροεπές, είναι σημαντικό ο θεραπευτής να περιορίζει μια τέτοια συμπεριφορά, γιατί διαφορετικά το οικογενειακό σύστημα θα συνεχίσει να λειτουργεί με τους παγιωμένους τρόπους αλληλεπίδρασης, χωρίς να πραγματοποιείται οποιαδήποτε

αλλαγή. Εάν, για παράδειγμα, αυτός που παίρνει το λόγο διαρκώς μιλά εξ ονόματος άλλων, το πρώτο βήμα για την αλλαγή του οικογενειακού συστήματος είναι ο θεραπευτής να ενθαρρύνει τα υπόλοιπα μέλη να αναλάβουν μεγαλύτερη ευθύνη για τον εαυτό τους. Εάν η φλυαρία ενός μέλους εξυπηρετεί να επισκιαστούν βαθύτερα άγχη του ιδίου ή/και των υπολοίπων, τότε αυτό αποτελεί σημαντική αντίσταση στη θεραπεία και πρέπει να διερευνηθεί άμεσα. Εάν πάλι, ο λόγος της φλυαρίας ενός μέλους είναι η ανησυχία του για τις θεραπευτικές συνεδρίες, οπότεν ελέγχοντας τις συνεδρίες διαχειρίζεται το άγχος του για αυτές, μια τέτοια συμπεριφορά παρέχει πολύτιμα στοιχεία για το πώς αντιδρά κανείς και στην καθημερινή οικογενειακή ζωή (Anderson & Stewart, 1983).

Χαοτική και αποδιοργανωτική συμπεριφορά παιδιών.

Καθώς στην οικογενειακή θεραπεία είναι συνήθης η παρουσία και των μικρών παιδιών μιας οικογένειας στις συνεδρίες, η αντίσταση του συστήματος της οικογένειας μπορεί πολλές φορές να εκφράζεται μέσω αυτών. Κάτι τέτοιο συμβαίνει όταν η συμπεριφορά των παιδιών στις συνεδρίες προκαλεί χάος και αποδιοργάνωση. Η προσοχή τόσο του θεραπευτή όσο και των υπολοίπων μελών της οικογένειας επικεντρώνεται τότε στην αναστάτωση που προκαλεί η αποδιοργανωτική συμπεριφορά του παιδιού, παρά σε οτιδήποτε άλλο συμβαίνει στη συνεδρία. Με άλλα λόγια, η αποδιοργανωτική συμπεριφορά ενός παιδιού αποτελεί αντίσταση της οικογένειας στη θεραπεία όταν λειτουργεί ως «δούρειος ίππος», όταν δηλαδή έχει ως στόχο να αποσπαστεί η προσοχή από τα σημεία έντασης στην οικογένεια, ιδιαίτερα αυτά μεταξύ των γονέων. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι γονείς συχνά αναγνωρίζουν ότι η συμπεριφορά των παιδιών δημιουργεί πρόβλημα, αλλά εμφανίζονται αδύναμοι να κάνουν οτιδήποτε για να την αλλάξουν, καθώς εάν προσπαθήσουν να θέσουν όρια θα αναδυθεί η σοβαρότητα των άλλων ζητημάτων. Η δυσκολία οριοθέτησης των παιδιών μπορεί, επίσης, να οφείλεται σε έλλειψη πειθαρχίας, εξαιτίας του φόβου των γονέων ότι με αυτό τον τρόπο θα

γίνουν δυσάρεστοι στα παιδιά. Μερικοί γονείς φαίνεται πραγματικά να φοβούνται ότι τα παιδιά θα τους απορρίψουν, εάν εκείνοι θέσουν κάποια όρια. Αυτός ο φόβος εμφανίζεται συνήθως στον έναν εκ τους δύο γονείς, ενώ ο άλλος προσπαθεί επί ματαίω να επιβάλλει την τάξη. Μία τέτοια κατάσταση είναι ιδιαίτερα συνήθης σε οικογένειες όπου υπάρχει θετός γονέας, όταν οι γονείς βρίσκονται σε διάσταση, ή όταν έχουν χωρίσει.

Πάντως, κατά πόσον η αποδιοργανωτική συμπεριφορά των παιδιών μέσα στις συνεδρίες αποτελεί σύμπτωμα της αντίστασης των γονέων, ή γενικότερο φαινόμενο έλλειψης πειθαρχίας, θα πρέπει να εκτιμηθεί εστιάζοντας στη διαδοχή των γεγονότων. Για παράδειγμα, εάν τα παιδιά υιοθετούν αποδιοργανωτική συμπεριφορά κάθε φορά που κάποιος από τους γονείς είναι ανήσυχος, ή όταν δημιουργείται ένταση ανάμεσα στο γονεϊκό ζεύγος, τότε μάλλον αυτή η συμπεριφορά συνιστά αντίσταση του οικογενειακού συστήματος στη θεραπεία. Βέβαια, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η χαοτική συμπεριφορά των παιδιών κατά τη διάρκεια των συνεδριών μπορεί να επιτρέπεται από τους γονείς και λόγω της λανθασμένης πεποίθησης ότι ο θεραπευτής είναι εκείνος που έχει την ευθύνη για την επιβολή των ορίων στις συνεδρίες, ή ακόμα, να επιτρέπεται προκειμένου ο θεραπευτής να αποκομίσει μια εικόνα για τη συμπεριφορά των παιδιών εν γένει. Ανεξάρτητα από τους λόγους για τους οποίους εκδηλώνεται μια αποδιοργανωτική συμπεριφορά, είναι γενικά καλύτερο ο θεραπευτής να παρακινεί τους γονείς να αναλάβουν τον έλεγχο της κατάστασης, παρά να τους υποκαθιστά. Μ' αυτόν τον τρόπο, οι συμπεριφορές που λειτουργούν ως αντίσταση μετατρέπονται σε ευκαιρίες, καθώς οι γονείς εκπαιδεύονται σε νέους τρόπους αντιμετώπισης και μαθαίνουν να λειτουργούν αποτελεσματικότερα.

Ο βλοσυρός και εχθρικός έφηβος

Η βλοσυρότητα και η απαξιωτική συμπεριφορά μπορεί να είναι χαρακτηριστική των εφήβων, σε οποιοδήποτε στάδιο της θεραπείας. Συχνά, οι έφηβοι βρίσκονται σε σύγκρουση

με τους γονείς, καθώς προσπαθούν να διαφοροποιηθούν από αυτούς. Δεν τους αρέσει να μιλούν για τα συναισθήματα τους, γενικότερα, πολύ λιγότερο με τους γονείς τους, αλλά και με τον θεραπευτή που αντιπροσωπεύει για αυτούς μία γονεϊκή φιγούρα. Παρόλο, όμως, που η αποτραβηγμένη συμπεριφορά ενός εφήβου συνάδει με την ηλικία του, ορισμένες φορές η στάση αυτή μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στη θεραπεία. Έχει παρατηρηθεί ότι όταν ένας έφηβος είναι βλοσυρός ή/και σιωπηλός στα πρώτα στάδια της θεραπείας, συχνά αυτή η συμπεριφορά εξελίσσεται σε επικριτική διάθεση απέναντι στον θεραπευτή και τη θεραπεία, συνολικά. Η αυξανόμενη αντίσταση ενός εφήβου αποτελεί, συνήθως, ένδειξη των ευρύτερων αντιστάσεων που υπάρχουν στο οικογενειακό σύστημα, οι οποίες μπορεί να μην είχαν εκδηλωθεί ποτέ ανοιχτά κατά τη διάρκεια των προηγούμενων θεραπευτικών συνεδριών (Robbins, Alexander, Newell, & Turner, 1996). Μια αποτελεσματική παρέμβαση που συμβάλλει στη μείωση της αρνητικής στάσης των εφήβων απέναντι στη θεραπεία και οδηγεί προοδευτικά σε ευρύτερες αλλαγές στο οικογενειακό σύστημα, έχει βρεθεί ότι είναι η τεχνική της αναπλαισίωσης (Robbins et al., 1996).

Διανοητικοποίηση και εκλογίκευση.

Οι συνήθειες αυτοί μηχανισμοί άμυνας συνιστούν πρόβλημα στην οικογενειακή θεραπεία όταν αποτελούν τους κυρίαρχους διαθέσιμους αμυντικούς μηχανισμούς για τα μέλη της οικογένειας, οπότε ο θεραπευτής έρχεται αντιμέτωπος με μια άκαμπτη στάση εκ μέρους της οικογένειας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η διανοητικοποίηση και η εκλογίκευση υποσκάπτουν άμεσα την επίδραση της θεραπείας. Για παράδειγμα, όταν η θεραπεία στοχεύει στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων, οι μηχανισμοί αυτοί μπορεί να λειτουργήσουν ως φραγμοί (Spinks & Bircher, 1982). Οι φραγμοί στην εκπαίδευση επικοινωνιακών δεξιοτήτων περιλαμβάνουν τη δυσκολία μιας, κατά τα άλλα, ικανής επικοινωνιακά οικογένειας να

επικοινωνήσει για ασήμαντα ζητήματα, ή να μάθει πολύ απλές επικοινωνιακές τεχνικές εντός της συνεδρίας.

Η χρήση των αμυντικών μηχανισμών της εκλογίκευσης και της διανοητικοποίησης γίνεται εμφανής όταν οποιαδήποτε παρέμβαση του θεραπευτή καταλήγει σε ρητορική συζήτηση, ή σε διαρκή προβολή ορθολογικών επιχειρημάτων. Οι οικογενειακοί θεραπευτές παρατηρούν, συχνά, ότι οι συνεδρίες μετατρέπονται σε πεδίο αντιπαράθεσης και άκαρπης συζήτησης, και αποτελούν μια προσπάθεια από την πλευρά της οικογένειας να δικαιολογηθούν οι εγκαθιδρυμένες συμπεριφορές, αποφεύγοντας την αναζήτηση λύσεων για τα προβλήματα που τους έφεραν στη θεραπεία. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται από τους θεραπευτές ώστε να μην παρασυρθούν σε ατελείωτες συζητήσεις διανοητικού τύπου, από τις οποίες απουσιάζει το συναίσθημα, αλλά και οποιαδήποτε βαθύτερη ψυχολογική επεξεργασία. Ένας τέτοιος κίνδυνος είναι μεγαλύτερος στις περιπτώσεις που οι ίδιοι οι θεραπευτές υιοθετούν την εκλογίκευση και τη διανοητικοποίηση ως προσωπικούς μηχανισμούς άμυνας, αλλά και σε εκείνες τις περιπτώσεις που ασυνείδητα «συμμαχούν» με την αντίσταση της οικογένειας απέναντι στο φόβο της αλλαγής. Καθώς οι συγκεκριμένοι μηχανισμοί άμυνας εμποδίζουν την αυθόρμητη επικοινωνία, οδηγούν και σε άλλες μορφές αντίστασης (π.χ. συγκρατημένος λόγος, μόνωση συναισθήματος).

Άρνηση.

Η άρνηση, ένας άλλος συνήθης μηχανισμός άμυνας, χρησιμοποιείται ως αντίσταση στην οικογενειακή θεραπεία όταν τα μέλη μιας οικογένειας επιμένουν να διατηρούν τους δικούς τους ορισμούς για την πραγματικότητα. Η άρνηση είναι ιδιαίτερα συνηθισμένη σε εκείνες τις οικογένειες οι οποίες έχουν μία έντονη ανάγκη να αποτελούν την «τέλεια οικογένεια», ή μια «δεμένη και αγαπημένη οικογένεια». Παρά το γεγονός ότι συνήθως τουλάχιστον ένα από τα μέλη παρουσιάζει κάποιο σύμπτωμα (π.χ. κατάθλιψη) ώστε να δικαιολογεί τη θεραπευτική

παρέμβαση, η οικογένεια προσκολλάται στο μύθο ότι τα πάντα σε αυτή είναι καλά, ή ότι όλοι οι υπόλοιποι, εκτός από τον ασθενή, είναι καλά. Οι οικογένειες που προβάλλουν υπερβολική άρνηση χαρακτηρίζονται, επίσης, από μεγάλο άγχος και αντιμετωπίζουν τον θεραπευτή σαν απειλή. Όλοι συμπεριφέρονται με τρόπο σαν να είναι δυνατό να αγαπιούνται και να συμφωνούν μεταξύ τους, διαρκώς. Εάν μία οικογένεια λειτουργεί με την πεποίθηση ότι οι διαφορές είναι καταστροφικές, είναι πολύ δύσκολο γι' αυτούς να επιτρέψουν στο θεραπευτή να γνωρίζει επαρκώς για τις διαφορές τους, ούτως ώστε να βοηθήσει να τις αντιμετωπίσουν. Ως αποτέλεσμα, μία από τις μεγαλύτερες δυσκολίες που έχουν οι θεραπευτές με αυτές τις οικογένειες είναι η αναγνώριση του τι πραγματικά συμβαίνει. Η συμμαχία των μελών της οικογένειας είτε προς την κατεύθυνση της εστίασης στα θετικά στοιχεία παρά σε εκείνα που πληγώνουν, είτε προς την κατεύθυνση της επίμονης προσήλωσης στο σύμπτωμα, καθιστά δύσκολη την αναγνώριση των ουσιαστικών ζητημάτων. Η άρνηση καθίσταται τότε ψευδό-συνεργασία, καθώς η οικογένεια διατηρεί μεν την επίφαση της συνεργασίας με το θεραπευτή, αλλά στην πραγματικότητα παραμένει αρνητική σε σχέση με τις επιταγές της θεραπείας. Υπάρχει ο κίνδυνος, ως εκ τούτου, ο θεραπευτής να παρασυρθεί από την εμμονή της οικογένειας για συμμετρία και αταραξία, καθιστώντας δύσκολη οποιαδήποτε πρόκληση των συγκαλυμμένων κανόνων της.

Η ψευδό-εχθρική οικογένεια.

Η εκδήλωση ψευδό-εχθρότητας ως μέσο αντίστασης παρατηρείται όταν τα μέλη μιας οικογένειας διαπληκτίζονται επίμονα μεταξύ τους για ασήμαντα, συνήθως, θέματα, εκφράζοντας διάχυτη επιθετικότητα. Η ένταση, η διχόνοια και η εχθρική διάθεση που επικρατούν σε αυτές τις οικογένειες δίνουν την εντύπωση αδιεξόδου. Ωστόσο, η συμπεριφορά αυτή θεωρείται ψευδό-εχθρότητα, επειδή εξυπηρετεί είτε την κάλυψη άλλων ζητημάτων, για τα οποία θα μπορούσε να εκδηλωθεί ακόμα μεγαλύτερο ρήγμα ανάμεσα στα

μέλη μιας οικογένειας, είτε την ύπαρξη ψυχολογικής απόστασης όταν οι πιέσεις για οικειότητα και τρυφερότητα δεν μπορούν να γίνουν ανεκτές. Η Wynne (1961) περιέγραψε αυτό το φαινόμενο ως ιδιαίτερα έντονο στις οικογένειες των σχιζοφρενών, αν και μπορεί να εμφανίζεται σε διαφορετικό βαθμό και σε οικογένειες με άλλου τύπου δυσκολίες. Η ψευδό-εχθρότητα μπορεί να εκδηλώνεται ανάμεσα στο συζυγικό ζεύγος ή/και να περιλαμβάνει και τις δύο γενιές (γονείς-παιδιά). Είτε η ψευδό-εχθρότητα προκαλείται από φόβο απέναντι στην οικειότητα είτε από φόβο για την αντιμετώπιση βαθύτερων συγκρούσεων, ο θεραπευτής καλείται να συμβάλει στη διερεύνηση των ουσιαστικών ζητημάτων που απασχολούν τα μέλη μιας ψευδό-εχθρικής οικογένειας, παρέχοντας σταθερά ένα προστατευτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο η οικογένεια θα μπορεί να έρθει αντιμέτωπη με τα συναισθήματα οργής και φόβου.

Το παιχνίδι της ευθύνης.

Σε αυτή την μορφή αντίστασης, η οικογένεια ενεργεί σαν όλα τα μέλη της να πιστεύουν ότι εάν μπορούσαν να ανακαλύψουν *«ποιος ξεκίνησε το πρόβλημα»*, τότε αυτό θα επιλυόταν με έναν μαγικό τρόπο, ή τουλάχιστον θα αποτελούσε μονομερή ευθύνη του υπαίτιου για να το επιλύσει. Όλοι συμπεριφέρονται με τρόπο τέτοιο ώστε να αποποιούνται οποιαδήποτε ευθύνη. Οι οικογένειες με αυτή τη στάση καταναλώνουν την ενέργειά τους σε μάταιες αλληλοκατηγορίες, τύπου *«αν δεν ήσουν εσύ δεν θα είχαμε προβλήματα»*, ή *«αυτή η δύσκολη κατάσταση θα βελτιωθεί μόνο αν αλλάξεις συμπεριφορά»*. Το παιχνίδι της ευθύνης εκδηλώνεται, κυρίως, ανάμεσα σε ζευγάρια, παρόλο που οι έφηβοι και οι γονείς τους μπορούν, επίσης, να εναντιώνονται ο ένας στον άλλον κατ' αυτόν τον τρόπο. Πρόσφατη έρευνα των Mitnick, Heyman, Malik και Smith Slep (2009) έδειξε ότι ο τρόπος απόδοσης ευθυνών ανάμεσα στα μέλη ενός ζευγαριού μπορεί να μειώσει την αντίσταση απέναντι στην αλλαγή. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι όταν τα αιτήματα για αλλαγή έχουν συγκεκριμένο περιεχόμενο και δίνουν έμφαση στο «εμείς» αντί στο «εσύ», ανεξάρτητα από ποιο μέλος του

ζεύγους προέρχονται, τότε τα επίπεδα αντίστασης από το έτερον ήμισυ είναι μειωμένα, επιτυγχάνεται καλύτερη επίλυση των προβλημάτων και αυξάνονται τα επίπεδα ικανοποίησης στη σχέση. Παραδείγματος χάριν, ένα αίτημα τύπου *«θα πρέπει να σταματήσουμε να είμαστε τόσο υποχωρητικοί»* σε σύγκριση με ένα αντίστοιχο αίτημα τύπου *«θα πρέπει να τους λες όχι»*, εστιάζει στην κοινή ευθύνη, δίνει έμφαση στο ζευγάρι ως ενότητα και μειώνει το αίσθημα της αρνητικής κριτικής κι ως εκ τούτου της αμυντικότητας (Mitnick et al., 2009). Τα συγκεκριμένα ερευνητικά αποτελέσματα έχουν ιδιαίτερη κλινική αξία, καθώς καταδεικνύουν ότι είναι σημαντικό ο θεραπευτής να εκπαιδεύει το ζευγάρι, ή την οικογένεια, που αντιστέκονται μέσω του παιχνιδιού της ευθύνης σε εκείνους τους τρόπους απόδοσης ευθυνών που μειώνουν τις αντιστάσεις και προάγουν την αλλαγή.

Το εξιλαστήριο θύμα.

Μία διαδεδομένη μορφή αντίστασης στην οικογενειακή θεραπεία, το εξιλαστήριο θύμα, περιλαμβάνει την επίμονη επικέντρωση της οικογένειας σε ένα μέλος της, το οποίο θεωρείται η πηγή και η έκφραση όλων των οικογενειακών προβλημάτων. Ως αντίσταση, το εξιλαστήριο θύμα, δεν αναφέρεται στην απλή τάση της οικογένειας να εντοπίζει το πρόβλημα σε ένα από τα μέλη της, αλλά στην εμμονή με την οποία το σύνολο της οικογένειας επιμένει στην άποψη ότι ένα μέλος ευθύνεται για όλα τα προβλήματά της, εμμονή η οποία συνοδεύεται από άκαμπτη ισχυρογνωμοσύνη όσον αφορά την άποψη αυτή. Οι οικογένειες με ένα εξιλαστήριο θύμα δεν μετακινούνται εύκολα από τη θέση τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ επιστρέφουν συχνά σ' αυτή καθ' όλη τη θεραπευτική πορεία. Το σημαντικότερο που σχετίζεται με τη συγκεκριμένη μορφή αντίστασης είναι το γεγονός ότι το άτομο που έχει υιοθετήσει το ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου έχει κάποιο βαθμό ίδιας συμμετοχής για τη θέση του, είτε ενεργητικά, προκαλώντας με τη συμπεριφορά του τις επιθέσεις των υπολοίπων μελών, είτε παθητικά, μέσω της άρνησης να κάνει οτιδήποτε που

θα άλλαζε το δυσμενή του ρόλο μέσα στην οικογένεια. Συνεπώς, στην περίπτωση που ο θεραπευτής επιδιώξει να «σώσει» το εξιλαστήριο θύμα, αναμένεται ότι θα συναντήσει αντίσταση είτε εκ μέρους του ίδιου του ατόμου είτε από την υπόλοιπη οικογένεια. Για το λόγο αυτό, προτείνεται η παρέμβαση του θεραπευτή να μην απευθύνεται αποκλειστικά προς το μέλος εκείνο που έχει το ρόλο του εξιλαστήριου θύματος, –καθώς κάτι τέτοιο έχει παρατηρηθεί ότι απομονώνει τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας–, αλλά αντίθετα να περιλαμβάνει όλο το σύστημα της οικογένειας.

Ένας τέτοιος τρόπος παρέμβασης έχει ιδιαίτερη σημασία όταν η συγκεκριμένη μορφή αντίστασης εκδηλώνεται ως αμοιβαία προσπάθεια των δύο συζύγων να επικεντρωθεί η θεραπεία σε θέματα άλλα από εκείνα που αφορούν άμεσα τη συντροφική σχέση (Luther & Loen, 1981). Το πλέον σύνηθες θέμα γύρω από το οποίο περιστρέφεται τότε η αντίσταση του ζευγαριού είναι τα παιδιά, και δη το παιδί που φέρει κάποιο σύμπτωμα. Το ζευγάρι μπορεί να αναλώνεται στην περιγραφή της συμπεριφοράς του παιδιού, δείχνοντας απροθυμία να διερευνηθεί η κατάσταση της συζυγικής σχέσης γενικότερα, ή ειδικότερα η επίδραση της συζυγικής σχέσης στο παιδί. Η συγκεκριμένη στάση θυματοποιεί σε κάποιο βαθμό το παιδί, καθώς τα συμπτώματά του δεν συνδέονται με την κατάσταση του γονεϊκού ζεύγους, αλλά αντίθετα θεωρούνται ανεξάρτητο πρόβλημα που σχετίζεται αποκλειστικά με τον χαρακτήρα του παιδιού.

Ουτοπικές Προσδοκίες.

Αν και οι ουτοπικές προσδοκίες των μελών μιας οικογένειας δεν συνιστούν από μόνες τους αντιστάσεις, μπορούν να λειτουργούν ως αντίσταση όταν εμποδίζουν μια οικογένεια να δει τις ρεαλιστικές εναλλακτικές που πιθανόν υπάρχουν και να αποδεχτούν το εφικτό αντί του ιδανικού. Παραδείγματος χάριν, τέτοιες ουτοπικές προσδοκίες μπορεί να αφορούν σε θέματα εξάρτησης-ανεξαρτησίας σε μια οικογένεια. Όταν μια οικογένεια έχει ως αρχές της

την ύπαρξη στενών αδιαφοροποίητων σχέσεων μεταξύ των μελών, την πειθαρχία στις οικογενειακές επιταγές και την υποταγή των προσωπικών επιθυμιών στους κοινούς στόχους της οικογένειας, τότε είναι πιθανό να αντιμετωπίσει τις εκδηλώσεις ανεξαρτησίας και αυτονομίας ενός μέλους της ως εγκατάλειψη, άποψη που πολλές φορές μπορεί να συμμερίζεται, σε ένα πλαίσιο ενοχής, και το ίδιο το μέλος που επιδιώκει την ανεξαρτητοποίηση. Οι περισσότερες οικογένειες με τέτοιου τύπου ουτοπικές προσδοκίες δεν έχουν την επίγνωση των προσδοκιών τους, πολλώ δε μάλλον ότι αυτές δεν έχουν ρεαλιστική βάση. Συνεπώς, ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση αυτής της μορφής αντίστασης διερευνώντας τις φαντασιώσεις και τα ιδανικά των μελών μιας οικογένειας, καθώς και τις ιδέες τους γύρω από το πώς θεωρούν ότι πρέπει να είναι μια οικογένεια.

Απόγνωση.

Οι Anderson και Stewart (1983) αναφέρονται σε οικογένειες που τα μέλη τους αποτυγχάνουν να αλλάξουν, επειδή είναι απαισιόδοξα σχετικά με την πιθανότητα οποιασδήποτε αλλαγής. Η απογοήτευση που εκφράζουν για τη ζωή, αλλά και για τη θεραπεία, παρακωλύει τη δυνατότητα για προσωπική εξέλιξη. Εξάλλου, οι οικογένειες αυτές πιστεύουν ότι ακόμα κι αν αλλάξουν, τα πράγματα δεν θα είναι καλύτερα. Τονίζοντας τους ο θεραπευτής την αποτυχία να ακολουθήσουν κάποιες θεραπευτικές προτάσεις, όχι μόνο δεν αποφέρει αποτελέσματα, αλλά επιπλέον αυξάνει το συναίσθημα της ματαίωσης, το θυμό, ή την αποδοκιμασία τους προς τον θεραπευτή.

Οι Luther και Loen (1981) αναφέρουν ότι αυτός ο τύπος αντίστασης, η διατήρηση δηλαδή μιας μοιρολατρικής στάσης απέναντι στην αλλαγή, εκφράζεται συνήθως στη θεραπεία από τον έναν εκ των δύο συντρόφων. Γενικώς, υιοθετείται μία απαισιόδοξη στάση και υπάρχει η πεποίθηση ότι η θεραπεία δεν πρόκειται να έχει κανένα ουσιαστικό αποτέλεσμα. Συνήθως, το άτομο που προβάλλει την αντίσταση αρνείται να επενδύσει στη

θεραπεία και επικρατεί η δικαιολογία ότι ο άλλος σύντροφος είναι εκείνος που δεν πρόκειται να αλλάξει. Εντούτοις, η ατομική αυτή αντίσταση αποτελεί, στην πραγματικότητα, αμοιβαία ασυνείδητη προσπάθεια του ζευγαριού να διατηρηθεί η υπάρχουσα κατάσταση, ως έχει. Από μία οπτική αντικειμενότροπων σχέσεων, το ζευγάρι σε αυτές τις περιπτώσεις λειτουργεί με τη χρήση του αμυντικού μηχανισμού της προβλητικής ταύτισης, αφού ο ένας σύντροφος προβάλλει στον άλλον δικά του μη-απαρτιωμένα κομμάτια κι εκείνος με τη σειρά του τα οικειοποιείται μέσα από τους εγκαθιδρυμένους συζυγικούς ρόλους (Kissen, 1996).

Ιδιωτική ζωή της οικογένειας και οικογενειακά μυστικά.

Σύμφωνα με τους Anderson και Stewart (1983), πολλές οικογένειες δείχνουν ιδιαίτερη ευαισθησία στο θέμα της ιδιωτικής ζωής, συμπεριλαμβανομένης και της σχέσης τους με τον θεραπευτή. Η ρήση «τα εν οίκω μη εν δήμω» τηρείται αυστηρά, ενώ θεωρείται προσβολή της ακεραιότητας της οικογένειας εάν διαπεραστούν τα όρια που έχουν τεθεί. Μερικές οικογένειες έχουν θέσει τόσο υψηλά την αξία της ιδιωτικής ζωής, ώστε δεν μπορούν να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες της θεραπείας, ενώ άλλοι αμφιταλαντεύονται. Τα μυστικά που υπάρχουν μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας εμπίπτουν σε τέσσερις κατηγορίες: (α) όταν τα μέλη μιας οικογένειας διατηρούν μυστικά ο ένας από τον άλλον, τα οποία παρεισφρέουν στις συνεδρίες, (β) όταν έχουν μυστικά μεταξύ τους τα οποία προσπαθούν να τα αποκαλύψουν στον θεραπευτή, χωρίς όμως να τα μοιραστούν οι ίδιοι, (γ) όταν έχουν μυστικά τα οποία μοιράζονται ο ένας με τον άλλον, αλλά όχι με τον θεραπευτή, και (δ) όταν φοβούνται ότι ο θεραπευτής θα μεταφέρει τα μυστικά τους έξω από το θεραπευτικό πλαίσιο. Τα μυστικά μπορεί να αφορούν σε γεγονότα από την ιστορία της οικογένειας, όπως παλαιότερες απογοητεύσεις, παρορμητικές συμπεριφορές, ασθένειες, και άλλα. Επίσης, τα μυστικά μιας οικογένειας μπορεί να περιλαμβάνουν πρόσφατα γεγονότα, όπως παραδείγματος χάριν, μια τρέχουσα εξωσυζυγική σχέση, ή τη χρήση ουσιών από το παιδί, χωρίς οι γονείς να έχουν

επίγνωση. Μερικές φορές, οι κρυμμένες πληροφορίες αποτελούν κοινό μυστικό ανάμεσα στο παιδί και σε έναν εκ τους δύο γονείς –συνήθως τη μητέρα. Ο πατέρας μένει, έτσι, εκτός της δυαδικής σχέσης μητέρας-παιδιού, στάση που συχνά υιοθετείται και απέναντι στον θεραπευτή. Άλλες φορές ορισμένες πληροφορίες και γεγονότα (π.χ. αλκοολισμός, ψυχιατρικό ιστορικό, κακοποίηση παιδιού ή συζύγου) αποκρύπτονται από τον θεραπευτή εξαιτίας του φόβου της πιθανής αποδοκιμασίας και της αρνητικής κριτικής.

Ο θεραπευτής θα πρέπει να υποψιάζεται ότι σημαντικές πληροφορίες πιθανόν να μην αποκαλύπτονται, όταν τίποτα δεν φαίνεται να αλλάζει, παρά τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται. Η κατάλληλη αντιμετώπιση των οικογενειακών μυστικών εξαρτάται από τη λειτουργία του μυστικού στην οικογένεια και πώς η οικογένεια στο σύνολό της, ή κάποιο μέλος της, το χρησιμοποιεί στη σχέση με τον θεραπευτή. Για παράδειγμα, όταν το μυστικό αφορά σε μία εξωσυζυγική σχέση που έχει λήξει μπορεί να είναι ή να μην είναι σημαντικό να ζητηθεί από το μέλος της οικογένειας να μοιραστεί αυτή την πληροφορία με τον/τη σύζυγό του. Η οικογενειακή θεραπεία δεν απαιτεί από τα άτομα να παραιτηθούν από τα δικαιώματά τους στην ιδιωτική ζωή, παρά μόνο εάν κάτι τέτοιο είναι κεντρικής σημασίας για την πρόοδο της θεραπείας. Εάν, από την άλλη πλευρά, μία εξωσυζυγική σχέση είναι σε εξέλιξη, τότε συνήθως ζητείται είτε να τερματιστεί η σχέση είτε να αποκαλυφθεί, διότι διαφορετικά αναμένεται ότι θα απορροφήσει την ψυχική ενέργεια του συγκεκριμένου μέλους στη θεραπεία, ενώ παράλληλα θα αναγκάσει τον θεραπευτή να συμμαχήσει με τον έναν σύζυγο εναντίον του άλλου.

Γενικότερα, πάντως, τα μυστικά μιας οικογένειας μπορούν να αποτελέσουν σημαντικό εμπόδιο στη θεραπεία, να δυσχεράνουν τις προσπάθειες του θεραπευτή να αντιληφθεί τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρά η οικογένεια μέσα στις συνεδρίες, αλλά και να βάλλουν την ουδετερότητα και την αξιοπιστία του (Luther & Love, 1981). Για όλους αυτούς τους λόγους, ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός, ώστε να μην εμπλακεί σε συμμαχίες

που μπορεί να προκαλέσουν έλλειψη εμπιστοσύνης από μέρους κάποιων μελών της οικογένειας και εν τέλει θα βλάψουν τη θεραπεία.

Για παράδειγμα, ο θεραπευτής μπορεί αθέλητα να ενισχύσει την αντίσταση μιας οικογένειας στην περίπτωση που συμμαχήσει με τον έναν σύντροφο έναντι του άλλου, ή στην περίπτωση που λειτουργήσει ως κομιστής μυστικών (Luther & Loen, 1981). Στην πρώτη περίπτωση, ο θεραπευτής μπορεί να συμμαχήσει ασυνείδητα με έναν εκ τους δύο συντρόφους, εξ αιτίας της εμφάνισης, της προσωπικότητας, ή των απόψεων του/της, τα οποία ασκούν κάποια ορισμένη έλξη στον θεραπευτή. Ο/Η σύντροφος που μένει εκτός μιας τέτοιας συμμαχίας, αναμένεται είτε να εμφανίσει μικρή θεραπευτική πρόοδο είτε να αποσυρθεί σταδιακά από τη θεραπεία. Στη δεύτερη κατηγορία αντίστασης, ο θεραπευτής μπορεί να γίνει κάτοχος μυστικών που ο άλλος σύζυγος δεν γνωρίζει, όπως εξωσυζυγικές σχέσεις, οικονομικές διαπραγματεύσεις, κρυφά γεγονότα του παρελθόντος. Ως κομιστής μυστικών, ο ρόλος του περιορίζεται, καθώς δεν δύναται να διερευνήσει πλήρως και ανοιχτά όλα τα θέματα που απασχολούν το ζευγάρι.

Περαιτέρω εξελίξεις στην έννοια της αντίστασης

Το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την αντίσταση στη συστημική οικογενειακή θεραπεία καθίσταται φανερό και στις προσπάθειες που γίνονται να συμπεριληφθεί η έννοια της αντίστασης στα ψυχομετρικά εργαλεία που κατασκευάζονται στους κόλπους της συγκεκριμένης προσέγγισης. Οι Chamberlain και Baldwin (1989) στο «*Therapy Process Coding System*», που αφορά τη μέτρηση της αντίστασης της οικογένειας όπως εκδηλώνεται μέσα από τις δηλώσεις των θεραπευόμενων στις θεραπευτικές συνεδρίες, συμπεριλαμβάνουν δύο γενικές κατηγορίες αντίστασης. Η πρώτη κατηγορία σχετίζεται με δηλώσεις προς τον θεραπευτή τύπου «δεν θέλω», ενώ η δεύτερη κατηγορία σχετίζεται με δηλώσεις τύπου «δεν μπορώ». Στις αντιστάσεις τύπου «δεν θέλω» συγκαταλέγονται η αντιπαράθεση, η πρόκληση,

η διαφωνία με τον θεραπευτή, τα παράπονα σχετικά με τον θεραπευτή, ή τη θεραπεία, και η αλλαγή θέματος συζήτησης. Στη δεύτερη κατηγορία τύπου «δεν μπορώ» περιλαμβάνονται δηλώσεις απόγνωσης, επίρριψη ευθυνών σε άλλους, παράπονα για το παιδί ή για άλλα μέλη της οικογένειας και αδυναμία να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήματα του θεραπευτή (Chamberlain & Baldwin, 1989).

Παρόλο που δεν γίνεται ανάλυση της αντίστασης σε κάποιον λειτουργικό ορισμό, όπως στους Chamberlain και Baldwin (1989), η έννοια της αντίστασης περιλαμβάνεται και στο πλέον πρόσφατο εργαλείο για τη μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας στην οικογενειακή θεραπεία, το «*System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA)*» (Friedlander, Horvath, Cabero, Escudero, Hearherington, & Martens, 2006). Σε αυτό, εκτιμάται τόσο ο βαθμός της εμπλοκής των θεραπευόμενων στη θεραπευτική διαδικασία όσο και η ανάγκη για μη-αμυντική στάση, μεταβλητή που συνδέεται μάλιστα με το αίσθημα ασφάλειας των θεραπευόμενων μέσα στο θεραπευτικό σύστημα (Friedlander et al., 2006).

Συμπερασματικά, όπως καθίσταται φανερό, η έννοια της αντίστασης έχει κερδίσει μία σημαντική θέση ως μεταβλητή της θεραπευτικής διαδικασίας στην οικογενειακή θεραπεία συστημικής προσέγγισης. Παρά τις αρχικές δυσκολίες να ενσωματωθεί στη νέα θεωρία των συστημάτων και να αποκτήσει έναν ενιαίο τρόπο ορισμού και κατανόησης στα επιμέρους θεωρητικά μοντέλα της συστημικής οικογενειακής θεραπείας, στην πορεία των ετών αναπτύχθηκε τελικά ένας κοινός τρόπος ερμηνείας, ταξινόμησης και παρέμβασης, ο οποίος φαίνεται να αποτελεί τη βάση για οποιεσδήποτε περαιτέρω διαφοροποιήσεις και εξειδικεύσεις των αντιστάσεων. Η σπουδαιότητα της έννοιας της αντίστασης στη συγκεκριμένη μορφή ψυχοθεραπείας αντανακλάται, εξάλλου, στην άποψη που έχουν εκφράσει οι Stoolmiller, Terry, Bank και Patterson (1993) ότι θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην ιδέα ότι η επεξεργασία και η αντιμετώπιση των αντιστάσεων είναι κρίσιμης σημασίας για την αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας.

Έχοντας εξετάσει μέχρι τώρα την αντιμετώπιση της έννοιας της αντίστασης στις ενορατικές-συναισθηματικές θεραπείες (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1994) –την ψυχαναλυτική / ψυχοδυναμική ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, τη Gestalt και τη συστημική οικογενειακή θεραπεία–, έχει διαφανεί ότι παρ’ όλες τις ενυπάρχουσες διαφορές, κοινός παρονομαστής όλων των θεραπευτικών προσεγγίσεων για την αντίσταση παραμένει η διατήρηση της ασφάλειας, σε ενδοπροσωπικό, αλλά κυρίως σε διαπροσωπικό επίπεδο. Αν και κάθε επιμέρους θεραπευτική προσέγγιση χρησιμοποιεί διαφορετικούς όρους (π.χ. ασφάλεια, αυτό-ρύθμιση, συνοχή, ομοιόσταση), σε όλες τις περιπτώσεις κοινός τόπος αυτών των όρων αποτελεί η ανάγκη του ατόμου να αντιστέκεται απέναντι στην ψυχοθεραπεία και την ψυχική αλλαγή προκειμένου να παραμένει συναισθηματικά ασφαλής, ακόμη κι αν κάτι τέτοιο ισχύει μόνο κατ’ επίφαση, αφού συχνά συνεπάγεται μια σειρά από προβλήματα και ψυχολογικές δυσχέρειες.

Οι θεωρίες που εξετάστηκαν έως τούδε, ωστόσο, δεν έχουν δώσει έμφαση στις γνωστικές και συμπεριφορικές διεργασίες που λαμβάνουν χώρα στο φαινόμενο των αντιστάσεων στην ψυχοθεραπεία. Στα επόμενα κεφάλαια περιγράφεται η αντιμετώπιση της έννοιας της αντίστασης στις γνωστικές και συμπεριφορικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, ολοκληρώνοντας έτσι το φάσμα της ανθρώπινης υπόστασης (συναισθηματική, γνωστική, συμπεριφορική). Όπως θα καταστεί φανερό, στις συγκεκριμένες προσεγγίσεις η κατανόηση της αντίστασης διαφέρει από τις υπόλοιπες θεωρίες ψυχοθεραπείας, καθώς η αντίσταση σε αυτές δεν συνιστά τόσο μια διευρυμένη ψυχική διεργασία, αλλά μάλλον κάτι επικεντρωμένο και στοχευμένο σε επίπεδο αντιλήψεων, ή συμπεριφορών. Οπότε, η διαχείριση των αντιστάσεων αποτελεί περισσότερο μια διαδικασία επίλυσης ενός προβλήματος, παρά μια ευρύτερη ψυχική διεργασία με ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές διαστάσεις. Βέβαια, παρά τις διαφορές, ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι διαφαίνονται και σημεία σύγκλισης των διαφόρων θεωριών μεταξύ τους, τα οποία άπτονται κυρίως στην ανάδειξη του ρόλου της

αντίστασης ως μηχανισμό αυτό-προστασίας και διατήρησης της ασφάλειας, καθώς και στην ανάδειξη της βαρύτητας της κοινής θεραπευτικής ευθύνης για την αντιμετώπιση των αντιστάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Η αντίσταση στις γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας

Προσανατολισμένη θεμελιακά στο στόχο της επίτευξης αλλαγής, το γνωστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας έχει δεχθεί κριτική, στο παρελθόν, ότι προκρίνει τη σημασία των μεθόδων και των τεχνικών αλλαγής της συμπεριφοράς έναντι των θεωρούμενων ως «ουσιαστικών» παραμέτρων της ψυχοθεραπείας, όπως αυτών της θεραπευτικής συμμαχίας, της θεραπευτικής σχέσης και της αντίστασης (Castro-Blanco, 2005). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια δίνεται ολοένα και μεγαλύτερη έμφαση στις συγκεκριμένες μεταβλητές, τονίζοντας ιδιαίτερα το ρόλο της αντίστασης στην επίτευξη της ψυχικής αλλαγής. Η μεταστροφή αυτή συνδυάστηκε με την τάση της γνωστικής ψυχοθεραπείας να συμπεριλάβει στους κόλπους της στοιχεία από άλλα θεωρητικά μοντέλα, όπως τον συμπεριφορισμό (Ellis, 1999. Wachtel, 1982), την ψυχανάλυση (Leahy, 2001), το μοντέλο της κινητοποιητικής συνέντευξης (Westra, 2004) και στοιχεία από την εξελικτική ψυχολογία (Beck, 1995). Ως εκ τούτου, ο τρόπος που η αντίσταση ορίζεται και αντιμετωπίζεται στη γνωστική ψυχοθεραπεία διαμορφώνεται βάσει των διαφόρων προσεγγίσεων που τη συναπαρτίζουν, έτσι ώστε ίσως είναι πιο δόκιμο να αναφέρεται κανείς σε «γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας» (γνωσιακή θεραπεία, γνωστικός συμπεριφορισμός, λογικο-θυμική θεραπεία) παρά σε μία ενιαία «γνωστική ψυχοθεραπεία», όταν αναλύεται ο όρος της αντίστασης.

Ερμηνευτικό πλαίσιο της αντίστασης

Κεντρικές θεωρητικές θέσεις.

Κοινός τόπος σε όλο το φάσμα των γνωστικών προσεγγίσεων είναι ότι η αντίσταση διαφέρει από τις παραδοσιακές, περισσότερο δυναμικές-ενορατικές θεραπείες, στο γεγονός ότι δεν θεωρείται πανταχού παρούσα μέσα στη θεραπευτική διαδικασία, ούτε αποτελεί το κέντρο βάρους, ή τον στόχο της θεραπείας. Αντίθετα, σύμφωνα με τη γνωστική θεώρηση, η

αντίσταση του θεραπευόμενου αναγνωρίζεται μεν ως ένα αυθύπαρκτο γεγονός της θεραπείας, ωστόσο αποτελεί περισσότερο μεμονωμένες εκδηλώσεις μη-συμμόρφωσης (*non-compliance*), ή αντίστασης του θεραπευόμενου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της θεραπείας. Αντιδράσεις που εκπορεύονται όχι από ασυνείδητες ενορμήσεις και κίνητρα, αλλά από σκέψεις και ιδέες που βασίζονται σε λανθασμένες δοξασίες και παράλογους συλλογισμούς (Davis & Hollon, 1999. Haugaard & Sandberg, 2008). Βάσει της συγκεκριμένης άποψης, η ψυχική αλλαγή προκύπτει ως αποτέλεσμα της γνωστικής επεξεργασίας των παραλογισμών αυτών που συνιστούν αντίσταση –όπως ισχύει γενικότερα στη γνωστική ψυχοθεραπεία με τον έλεγχο των λογικών διαδικασιών– χωρίς η λύση της αντίστασης αυτής καθ' εαυτής να θεωρείται απαραίκλιτα ο δίαυλος για την επίτευξη της ψυχικής αλλαγής. Για παράδειγμα, όταν ο θεραπευόμενος αρνείται να φέρει εις πέρας μια κατ' οίκον εργασία, ο θεραπευτής προσπαθεί μέσα από τη λογική, την καθοδήγηση, την πειθώ και την κατήχηση να αποσαφηνίσει και να αντικαταστήσει τις παράλογες πεποιθήσεις που υποθάλπουν την άρνηση του θεραπευόμενου, όπως ακριβώς θα δρούσε σε οποιαδήποτε άλλη συνθήκη κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

Η συγκεκριμένη αντιμετώπιση της αντίστασης συνάδει με την κεντρική θέση της γνωστικής ψυχοθεραπείας, σύμφωνα με την οποία ο τρόπος με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει τα γεγονότα –ή αλλιώς, ο υποκειμενικός τρόπος με τον οποίο νοηματοδοτεί κανείς τον κόσμο– είναι αυτός που κατά βάση επηρεάζει τόσο τις συναισθηματικές (Schachter & Singer, 1962) όσο και τις συμπεριφοριστικές του (Darley & Fazio, 1980) αντιδράσεις προς τα γεγονότα. Συνεπώς, αλλαγή στα ερμηνευτικά σχήματα του ατόμου σημαίνει, συνεπακόλουθα, αλλαγή στη συναισθηματική κατάσταση και στον τρόπο συμπεριφοράς και ανταπόκρισής του (Beck, 1964, 1970. Leahy, 2003. Mahoney, 1977). Όπως αναφέρεται από μια επιμέρους γνωστική προσέγγιση, αυτή της λογικο-θυμικής ή λογικο-θυμικο-συμπεριφοριστικής προσέγγισης (*rational-emotive therapy-RET* ή *rational emotive behavior*

therapy-REBT), βάσει των φιλοσοφικών αρχών του στωικού φιλοσόφου Επίκτητου, δεν είναι τόσο τα γεγονότα αυτά καθ' εαυτά που επηρεάζουν το άτομο, αλλά κυρίως οι ερμηνείες που αποδίδονται σε αυτά. Εάν οι επιθυμίες του ατόμου δεν απαντώνται σε ένα σημείο A (*Activating Event* ή *Adversary*) και αυτό ακολουθείται από τη βίωση επώδυνων συναισθημάτων, όπως άγχος ή κατάθλιψη, σε ένα σημείο C (*Consequences*), αυτό δεν σημαίνει ότι το A προκαλεί το C, αλλά η μεταξύ τους σχέση διαμεσολαβείται από το σημείο B (*Beliefs*), δηλαδή από τις πεποιθήσεις που διαμορφώνει το άτομο σχετικά με το αρχικό γεγονός (Ellis, 2007. Μαλικιώση-Λοϊζου, 1994).

Από μια άλλη παρεμφερή σκοπιά, αυτή της γνωστικής-συμπεριφοριστικής προσέγγισης, η αλλαγή σε επίπεδο συμπεριφοράς αποτελεί την αντανάκλαση των σχέσεων ανάμεσα στις γνωστικές δομές του ατόμου (σχήματα, πεποιθήσεις), στις συνειδητές γνωστικές διαδικασίες (αυτόματες σκέψεις, εσωτερικοί διάλογοι, εικόνες), τις διαπροσωπικές αντιδράσεις του, και τις συνέπειες που προκαλούνται από όλα τα παραπάνω σε ενδοπροσωπικό και σε διαπροσωπικό επίπεδο (Meichenbaum & Gilmore, 1982). Μολονότι όλοι οι προαναφερθέντες παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση και την αλλαγή συμπεριφοράς, ο προεξάρχων παράγοντας στην κλασική γνωστική προσέγγιση είναι το σχήμα (*schema*), η δομή εκείνη μέσω της οποίας το άτομο αποδίδει νόημα στις καταστάσεις και επεξεργάζεται τις πληροφορίες με τρόπο τέτοιο, ώστε να προάγεται η προσαρμογή του στις μεταβαλλόμενες συνθήκες του κόσμου. Η συγκεκριμένη θέση αναπτύσσεται αναλυτικά σε δύο κεντρικά αξιώματα της γνωστικής ψυχοθεραπείας:

Αξίωμα 1: Κεντρική οδό για την ψυχολογική λειτουργία και προσαρμογή αποτελούν οι γνωστικές δομές της παραγωγής νοήματος, τα επονομαζόμενα ως σχήματα. Το νόημα αφορά στις ερμηνείες που κάνει το άτομο για ένα συγκεκριμένο πλαίσιο και τη σχέση αυτού του πλαισίου με τον εαυτό.

Αξίωμα 2: Η λειτουργία της απόδοσης νοήματος (είτε γίνεται αυτόματα είτε συνειδητά) συνίσταται στον έλεγχο των διαφορών ψυχολογικών συστημάτων (π.χ. συμπεριφοριστικό, συναισθηματικό, μνήμης και προσοχής). Συνεπώς, το νόημα ενεργοποιεί στρατηγικές προσαρμογής (Alford & Beck, 1997, σελ. 15).

Επομένως, σύμφωνα με τις γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας, η κύρια αιτία που ερμηνεύει την ύπαρξη αντίστασης στη θεραπεία αφορά τα εγκαθιδρυμένα γνωστικά ερμηνευτικά σχήματα του ατόμου, τα οποία αν και δυσλειτουργικά του παρέχουν σταθερά τη δυνατότητα κατανόησης του κόσμου και προσαρμογής του σε αυτόν. Όπως επισημαίνουν οι Davis και Hollon (1999), «από τον πελάτη ζητείται στην πραγματικότητα να επερωτήσει τις υφιστάμενες πεποιθήσεις του για το πώς αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ή τον κόσμο» (σελ. 36). Θεωρείται αναπόφευκτο ότι σε αυτή τη διαδικασία «αμφισβήτησης» ο θεραπευόμενος δεν θα συνεργαστεί αβίαστα με τον θεραπευτή στην εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου, αλλά αντίθετα θα εκφράσει αμφιβολίες, φόβους, επιφυλάξεις, αντιρρήσεις, «τυφλά σημεία» και άλλα ενδοψυχικά εμπόδια (Newman, 2002).

Σε συνδυασμό με την κεντρική αυτή θέση, οι προσεγγίσεις γνωστικής ψυχοθεραπείας ερμηνεύουν το φαινόμενο της αντίστασης και με μια σειρά από άλλες παραμέτρους, εκ των οποίων άλλες συναντώνται, σε μικρότερο ή σε μεγαλύτερο βαθμό, και σε άλλες σχολές ψυχοθεραπείας, ενώ άλλες υπερθεματίζονται ιδιαίτερα από τους γνωσιακούς θεραπευτές.

Επιμέρους ερμηνευτικές παράμετροι.

Οι επιμέρους παράμετροι ερμηνείας και κατανόησης της αντίστασης στις γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας συνοψίζονται στα εξής: (α) σε αυτό που ονομάστηκε ως «παθητική μη-συμμόρφωση», σε αντιδιαστολή με την «ενεργητική αντίσταση», (β) σε ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες του ατόμου, (γ) σε περιβαλλοντικές επιρροές, και (δ) σε

παραμέτρους που άπτονται στο ρόλο του θεραπευτή. Στη συνέχεια αναλύεται κάθε παράμετρος, ξεχωριστά, προκειμένου να αναδειχθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές μεταξύ των γνωστικών προσεγγίσεων και των άλλων προσεγγίσεων ψυχοθεραπείας, αναφορικά με την έννοια της αντίστασης. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι, για άλλη μια φορά, η αντίσταση προβάλλεται ως μηχανισμός αυτό-προστασίας και διασφάλισης της αίσθησης ταυτότητας και ασφάλειας.

Παθητική μη-συμμόρφωση.

Η περιγραφή της έννοιας της παθητικής μη-συμμόρφωσης συμβάλλει σε τρεις στόχους: (α) προβάλλεται μια βασική διάκριση αναφορικά με το φαινόμενο των αντιστάσεων στις γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας, (β) αναδεικνύονται οι υπάρχουσες επικαλύψεις, στο θέμα των κινήτρων της αντίστασης, με την ψυχαναλυτική προσέγγιση της αντίστασης, και (γ) δίνονται σαφείς κατευθυντήριες για τον χειρισμό των συγκεκριμένων «παθητικών» αντιστάσεων, από τον θεραπευτή.

Η «παθητική μη-συμμόρφωση» είναι όρος που εισήγαγαν οι Davis και Hollon (1999) προκειμένου να διαφοροποιήσουν τις περιπτώσεις εκείνες που ο θεραπευόμενος επιθυμεί να ανταποκριθεί στη θεραπεία χωρίς ωστόσο να τα καταφέρνει, από τις περιπτώσεις που ο θεραπευόμενος αντιστέκεται στη θεραπεία επειδή δεν θέλει στην πραγματικότητα να εμπλακεί («ενεργητική αντίσταση»). Πρόκειται για μια αδρή διάκριση ανάμεσα στο «δεν μπορώ» και το «δεν θέλω», η οποία συνιστά διαφορετικό βαθμό δυσκολίας κατά το θεραπευτικό χειρισμό. Η παθητική μη-συμμόρφωση στη θεραπεία απορρέει είτε από εσφαλμένες προσδοκίες σχετικά με το ρυθμό και τα αποτελέσματα της θεραπείας είτε από τις μειωμένες προσωπικές δεξιότητες του ατόμου, ή αλλιώς, από την αίσθηση μειωμένης αυτό-αποτελεσματικότητας (Bandura, 1977. Davis & Hollon, 1999. Dowd, 1999b). Συχνά, οι θεραπευόμενοι επιθυμούν να έχουν γρήγορα και εύκολα αποτελέσματα από τη θεραπεία

τους, χωρίς να χρειάζεται να προσπαθήσουν ιδιαίτερα οι ίδιοι, προσδοκία που διαψεύδεται αργά ή γρήγορα στην πορεία της θεραπείας. Εντούτοις, η συγκεκριμένη προσδοκία μπορεί να αποτελεί και εγγενές στοιχείο της προσωπικότητας του θεραπευόμενου όταν αυτός χαρακτηρίζεται από μειωμένη ανοχή στη ματαιώση, μια ακόμη ερμηνεία της αντίστασης σύμφωνα με τη λογικο-θυμική προσέγγιση, στοιχείο που σε άλλους καιρούς ταυτιζόταν με την «τεμπελιά» (Ellis, 2003, 2007).

Η διερεύνηση των προσδοκιών για τη θεραπεία στα αρχικά της στάδια αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της γνωστικής προσέγγισης και βασικό προληπτικό παράγοντα κατά της αντίστασης του θεραπευόμενου (Meichenbaum & Gilmore, 1982). Ο θεραπευτής καλείται να ενδιαφερθεί ενεργά για τους «εσωτερικούς διαλόγους» του πελάτη σε σχέση με τη θεραπεία και τους ρόλους θεραπευτή-θεραπευόμενου, να διερευνήσει κατά πόσο οι προσδοκίες του πελάτη αναφορικά με τους ρόλους τους είναι σε συμφωνία με τις επιταγές της θεραπείας και να εξετάσει τη δυνατότητα επαναπροσδιορισμού αυτών των προσδοκιών, ώστε να μην αντιβαίνουν στη θεραπευτική διαδικασία (Kasl, 1975). Μια παραπλήσια τεχνική αντιμετώπισης αυτού του τύπου των αντιστάσεων στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, η οποία συναντάται ωστόσο σε κάποια σημεία της και σε άλλες προσεγγίσεις, αφορά στην προετοιμασία του θεραπευόμενου για τη διαδικασία της θεραπείας και για τις αναμενόμενες δυσκολίες της. Συγκεκριμένα, ο θεραπευτής αναφέρεται εξ αρχής στη χρονική διάρκεια της θεραπείας, δομεί το περιεχόμενό της θέτοντας ενδιάμεσους σαφείς στόχους προκειμένου να φανερώνεται η αίσθηση της προόδου, διευκρινίζει ότι μπορεί να υπάρξουν στιγμές πισωγυρίσματος, ή αποτυχιών, κατά τη θεραπευτική πορεία και ενημερώνει ότι σε τέτοιες στιγμές οι θεραπευόμενοι αντιδρούν συχνά με αρνητικές σκέψεις για τη θεραπεία και με αρνητικούς εσωτερικούς διαλόγους για τον εαυτό τους, διαδικασία που ωστόσο είναι φυσιολογική και κανονικά έχει εφήμερο χαρακτήρα (Cameron, 1978).

Παρόμοιες τεχνικές υιοθετούνται και στις περιπτώσεις που η παθητική μη-συμμόρφωση του θεραπευόμενου οφείλεται στην αντίληψή του για μειωμένη αυτό-αποτελεσματικότητα και μειωμένες προσωπικές δεξιότητες. Στις περιπτώσεις αυτές, ο θεραπευόμενος προβαίνει σε μια διαδικασία αυτό-υποτίμησης και αρνητικού εσωτερικού διαλόγου, όπου επικρατούν η απόγνωση, ο φόβος για πιθανή αποτυχία και η δυσπιστία προς οποιαδήποτε δυνατότητα αλλαγής. Σε μια τέτοια κατάσταση η βούληση του θεραπευόμενου για αλλαγή παραλύει και αντικαθίσταται από αδράνεια και άρνηση να ανταποκριθεί στη θεραπεία. Η ικανότητα του θεραπευτή να επιδείξει ενσυναίσθηση στο γεγονός ότι ο θεραπευόμενος αντιστέκεται, παρά τη γνήσια θέλησή του για αλλαγή, επειδή θεωρεί εκ των προτέρων τον εαυτό του αδύναμο να καταφέρει, μπορεί να συμβάλει στην αντικατάσταση των παράλογων ιδεών περί αποτυχίας με πιο λογικές σκέψεις (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), και ως εκ τούτου να άρει τις εκπορευόμενες αντιστάσεις για αλλαγή. Όπως έχει προκύψει από σχετικές έρευνες, όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ότι έχει μειωμένες πιθανότητες για επιτυχία σε κάτι, τότε θεωρείται απίθανο να ξεκινήσει τις απαραίτητες ενέργειες για αυτό (Seligman, 1975). Επομένως, στόχος του γνωσιακού θεραπευτή είναι να πείσει τον θεραπευόμενο ότι υπάρχουν λόγοι που καθιστούν την επιτυχία εφικτή. Ωστόσο, το θέμα των προσωπικών δεξιοτήτων ανακύπτει και υπό διαφορετικό πρίσμα στη γνωστική ψυχοθεραπεία. Κατά τον Newman (2002), ο θεραπευτής οφείλει στη διαγνωστική φάση να αναρωτηθεί κάθε φορά κατά πόσο ο θεραπευόμενος έχει αντικειμενικό έλλειμμα σε συγκεκριμένες δεξιότητες, γεγονός που καθιστά δύσκολο, ή πρακτικά αδύνατο, να συνεργαστεί ενεργά στη δεδομένη φάση στις απαιτήσεις της θεραπείας.

Πάντως, στις περιπτώσεις που η αντίσταση προκύπτει από μειωμένη αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας, ο γνωσιακός θεραπευτής καλείται να «προκαλέσει» τις προβαλλόμενες αρνητικές προσδοκίες ζητώντας αποδείξεις για την αληθοφάνεια και την εγκυρότητά τους, όπως θα ενεργούσε γενικότερα σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση

γνωστικών διαστρεβλώσεων. Για παράδειγμα, μπορεί να προβεί σε μια διαδικασία διερώτησης με τον θεραπευόμενο για το «ποιος το λέει», ή «πού είναι γραμμένο», ότι θα πρέπει να αποτυχαίνει πάντα στη ζωή του. Παράλληλα, θα κατηύθυνε τον θεραπευόμενο προς την πιθανότητα της επιτυχίας της προσπάθειάς του, αντιπαραθέτοντας τον με την πραγματικότητα πως εάν προσπαθήσει μπορεί όντως να αποτύχει, αλλά εάν δεν προσπαθήσει καθόλου δεν έχει καμία απολύτως πιθανότητα να καταφέρει οτιδήποτε. Η σταθερή αναγνώριση των επιμέρους προσπαθειών του θεραπευόμενου και η απλοποίηση της θεραπευτικής άσκησης, όταν ο θεραπευόμενος δείχνει να κατακλύζεται από αυτή, αποτελούν περαιτέρω τεχνικές για την αντιμετώπιση της παθητικής μη-συμμόρφωσης στις γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας. Οι Meichenbaum και Gilmore (1982) αναφέρουν ένα σχετικό παράδειγμα απλοποίησης της θεραπευτικής άσκησης. Σε μία συνεδρία προτρέπουν τον θεραπευόμενο να τηλεφωνήσει στην κόρη του –με την οποία έχουν διακόψει τη σχέση τους– από το γραφείο του θεραπευτή, μετά από επανειλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες να της τηλεφωνήσει από το σπίτι.

Όλες οι παραπάνω προσπάθειες εκ μέρους του θεραπευτή εντάσσονται στις δύο βασικές επιδιώξεις των γνωστικών προσεγγίσεων ψυχοθεραπείας: (α) να μάθει στον θεραπευόμενο να λειτουργεί σαν επιστήμονας όσον αφορά τις προσωπικές του ιδέες και πεποιθήσεις (δηλαδή, να τις αντιμετωπίζει ως υποθέσεις και όχι ως αξιώματα, να τις ελέγχει εμπειρικά και να τις τροποποιεί όταν αποδεικνύονται άκυρες ή δυσλειτουργικές), και (β) να ενισχύσει τις προσωπικές δεξιότητες ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει τα υφιστάμενα προβλήματα, χωρίς αυτό να ταυτίζεται απαραίτητα με την επίλυση των προβλημάτων (Meichenbaum & Gilmore, 1982).

Όπως προκύπτει, η παθητική μη-συμμόρφωση ως μορφή αντίστασης θεμελιώνεται πάνω σε εσφαλμένες προσδοκίες και παράλογες πεποιθήσεις σχετικά με τη διαδικασία, ή το αποτέλεσμα της θεραπείας, οι οποίες μπορούν ωστόσο με τους κατάλληλους χειρισμούς να

αντικατασταθούν σχετικά εύκολα με άλλες πιο λογικές και ρεαλιστικές. Οι παράλογες αυτές ιδέες φαίνεται να ανήκουν περισσότερο στην κατηγορία που ο Ellis ονόμασε «ελαφρύτερες παράλογες πεποιθήσεις» (*lighter irrational beliefs-IB's*) διακρίνοντας τις από τις «βαθύτερες πυρηνικές παράλογες πεποιθήσεις» (*deeper core IB's*) (Ellis, 2007). Σε αυτή τη δεύτερη κατηγορία εντάσσεται η «ενεργητική αντίσταση».

Ενεργητική αντίσταση.

Η ενεργητική αντίσταση δεν αποτελεί τόσο ένα πρόβλημα σε επίπεδο εσφαλμένων προσδοκιών, αλλά πρωτίστως, πρόβλημα σε επίπεδο κινήτρου (Davis & Hollon, 1999). Ο θεραπευόμενος αρνείται να συνεργαστεί με τη θεραπευτική πρόταση του θεραπευτή, ή παραμένει αδρανής παρακωλύοντας την ανάληψη οποιασδήποτε πρωτοβουλίας στο πλαίσιο της θεραπείας, στην προσπάθεια να αποφύγει το αποτέλεσμα της θεραπευτικής αλλαγής. Πολλές φορές μάλιστα τα βαθύτερα κίνητρα για αυτή την αδράνεια, ή την αντίθετη συμπεριφορά, βρίσκονται εν αγνοία του. Οι λόγοι που επεξηγούν αυτού του τύπου την αντίσταση στη γνωστική προσέγγιση άλλοτε άπτονται σε γνωστικές, εξ ολοκλήρου, λειτουργίες και άλλοτε διευρύνονται στο σύνολο του ανθρώπινου ψυχισμού.

Μία από τις βασικές θεωρητικές κατασκευές, η *έννοια της «άδηλης γνώσης» (tacit knowledge)*, είναι αυτή που διαμορφώνει τις πλέον κεντρικές για κάθε άτομο πεποιθήσεις, ή αλλιώς τις «πυρηνικές γνωστικές κατασκευές» (*core cognitive constructs*). Πρόκειται για τις πεποιθήσεις που διαμορφώνονται βιωματικά και ασυνείδητα στο προ-λεκτικό στάδιο, μέσα από τη διαντίδραση του ατόμου με τα πρώτα σημαντικά πρόσωπα. Η γνώση αυτή αποκτιέται όταν δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη επαρκώς η ικανότητα της αυτό-ανάκλασης, οπότε τα μηνύματα που λαμβάνει το άτομο γίνονται αποδεκτά με τρόπο αυτόματο, ως αναπόδραστες αλήθειες που συνιστούν κεντρικά και σταθερά αξιώματα, τα οποία έχουν την τάση να διαιωνίζονται. Στην πορεία της ζωής, το άτομο χρησιμοποιεί τις πυρηνικές γνωστικές

κατασκευές ως φίλτρα οποιουδήποτε προσλαμβάνοντος ερεθίσματος, ώστε μέσω αυτών να το φέρει στην προσοχή του, να το επεξεργαστεί και να το κατηγοριοποιήσει. Αποτελούν, δηλαδή, τα φίλτρα όλης της μετέπειτα εμπειρίας του ατόμου, η οποία κατά βάση γίνεται αντιληπτή και αφομοιώσιμη με τρόπο τέτοιο ώστε να επιβεβαιώνονται τα υφιστάμενα πυρηνικά γνωστικά σχήματα, διασφαλίζοντας έτσι την ύπαρξη μιας γνωστικής συνέπειας (Beck, 1995. Dowd, 1999b, 2000). Κατ' αυτή την έννοια, η άδηλη γνώση και τα πυρηνικά γνωστικά σχήματα φαίνεται να δίνουν στο άτομο την αίσθηση μιας ενιαίας –και σχεδόν αμετάβλητης– συνέχειας μέσα στον τόπο και το χρόνο, απαραίτητο συστατικό της έννοιας της ταυτότητας. Όπως υπογραμμίζει ο Dowd (1999b), *«στην ομοιότητα βρίσκεται η ανάπαυση»* (σελ. 129). Λόγω της συντηρητικής φύσης των πυρηνικών γνωστικών σχημάτων, του ασυνείδητου χαρακτήρα και της σημασίας τους για τη διασφάλιση της ταυτότητας, θεωρείται βέβαιο ότι η προσπάθεια διερεύνησης και αναθεώρησής τους μέσα στο πλαίσιο της θεραπείας θα εγείρει την αντίσταση του θεραπευόμενου.

Ως συνέχεια των παραπάνω θέσεων προκύπτει ότι μια κύρια λειτουργία της «ενεργητικής αντίστασης» και στη γνωσιακή σχολή ψυχοθεραπείας, όπως και στις υπόλοιπες προσεγγίσεις, είναι αυτή της αυτοπροστασίας (Mahoney, 1991). Όπως έχει διαφανεί μέχρι τώρα, η έννοια της αυτοπροστασίας είναι αρκετά ετερόκλητη, ούτως ή άλλως. Σε άλλες θεωρητικές προσεγγίσεις (π.χ. κλασική ψυχανάλυση) αφορά σε προστασία από ασυνείδητες εσωτερικές συγκρούσεις, σε άλλες αφορά σε προστασία των εσωτερικευμένων δεσμών με τα σημαντικά πρόσωπα (θεωρία αντικειμενότροπων σχέσεων), σε άλλες αφορά στην προστασία της αίσθησης ασφάλειας (θεωρία προσκόλλησης, θεωρία Sandler, Gestalt θεραπεία) και σε άλλες αφορά σε προστασία της ομοιόστασης και της συνοχής του συστήματος (ομαδική θεραπεία, συστημική οικογενειακή προσέγγιση). Στις γνωστικές προσεγγίσεις, η αντίσταση ως μηχανισμός αυτό-προστασίας αφορά, πρωτίστως, στη διατήρηση της γνωστικής συνέπειας του ατόμου, στη διασφάλιση των προσωπικών γνωστικών σχημάτων με τα οποία

κανείς νοηματοδοτεί τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Μια τέτοια λειτουργία της αντίστασης συμβάλει στην αυτοπροστασία του ατόμου μειώνοντας τον παράγοντα του μη-προβλέψιμου και του άγνωστου. Απέναντι στο φόβο για το άγνωστο –βασική αιτία άγχους και αίσθησης κινδύνου (Beck & Emery, 1985)– το άτομο προτάσσει τη σταθερότητα, τη συνέχεια και την ομοιότητα, που του παρέχουν τα πυρηνικά γνωστικά σχήματα, αντιστεκόμενο έτσι στο ενδεχόμενο της απώλειας της εγκαθιδρυμένης ταυτότητας, που θα επέφερε η όποια αλλαγή στα σχήματα αυτά.

Υπό το πρίσμα αυτό, το αίσθημα της ασφάλειας προκρίνεται ως θεμελιώδες για την ενεργοποίηση του μηχανισμού της αντίστασης. Εάν δεν έχει πρώτα εξασφαλιστεί για το άτομο ότι αισθάνεται ασφαλές, δεν θα δοκιμάσει να «εξερευνήσει» νέες γνωστικές περιοχές και σχήματα (Dowd, 1999b), αφού αυτό που θα προέχει στην αντίθετη περίπτωση θα είναι να προστατευθεί από τον θεωρούμενο κίνδυνο του αγνώστου και της πιθανής απώλειας της ταυτότητάς του. Παράλληλα με τη διατήρηση της ασφάλειας του ήδη γνωστού και κεκτημένου, ο μηχανισμός της αντίστασης ως αυτοπροστασία περιλαμβάνει επίσης τη διατήρηση της ελευθερίας και της αυτονομίας. Ο θεραπευόμενος που αντιδρά σε μια κατ' οίκον άσκηση είναι πιθανό να τη βιώνει ως κάτι που του επιβάλλεται έξωθεν, οπότε η συμμόρφωσή του θα σήμαινε υποταγή και ανελευθερία (Davis & Hollon, 1999).

Είναι προφανείς οι ομοιότητες της γνωσιακής προσέγγισης με τις άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, όσον αφορά τη συγκεκριμένη διάσταση της αντίστασης. Εκεί που οι υπόλοιπες θεωρίες τοποθετούν την προστασία του ασυνειδήτου, ή των εσωτερικών αντικειμένων, ή της αυτό-εκτίμησης και της ταυτότητας, ή ακόμη, των εσωτερικών μοντέλων εργασίας, των μορφών (*gestalt*) και της ομοιόστασης του συστήματος, η γνωσιακή προσέγγιση προκρίνει την έννοια των πυρηνικών γνωστικών σχημάτων. Οι όροι και οι έννοιες αλλάζουν από προσέγγιση σε προσέγγιση. Εντούτοις, η διεργασία αυτό-

προστασίας και η επιδίωξη ασφάλειας μέσω της αντίστασης προεξάρχει, άλλοτε ρητά και άλλοτε έμμεσα, ως το κοινό ευκαίριο, σε όλες τις προσεγγίσεις.

Μια επιπλέον ερμηνευτική διάσταση της αντίστασης, η οποία αντανακλά επιρροές από τον συμπεριφορισμό, αλλά και από το μοντέλο κινητοποιητικής συνέντευξης, αφορά τη σχέση κόστους-ωφέλειας, ή αλλιώς τη «σύγκρουση συνεπειών» (Alford & Lantka, 2000). Εκτός από το ρόλο των δευτερογενών οφελών ως πιθανή αιτία της αντίστασης στη γνωστική θεραπεία (Dowd, 1999b) –μια ακόμη ομοιότητα με την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία–, η συγκεκριμένη ερμηνευτική άποψη στηρίζεται στο βασικό αξίωμα του συμπεριφορισμού ότι η μελλοντική συμπεριφορά ενός ατόμου καθορίζεται από τις συνέπειες που έχει η τρέχουσα δράση του (Skinner, 1981). Αυτό έχει ως συνέπεια να οδηγείται στο επονομαζόμενο «νευρωτικό παράδοξο» (Goldfried & Davison, 1976), δηλαδή σε συμπεριφορές που έχουν μεν θετικές επιδράσεις στο άμεσο παρόν, αλλά μακροπρόθεσμα επιφέρουν αρνητικές συνέπειες (π.χ. ουσιοεξαρτήσεις). Στη θεραπεία, το «νευρωτικό παράδοξο» εκφράζεται με την αντίσταση του θεραπευόμενου απέναντι στη θεραπευτική διαδικασία όταν έρχεται αντιμέτωπος με άμεσες αρνητικές συνέπειες (πόνος, φόβος, ντροπή), παρά την προοπτική των μακροπρόθεσμων θετικών οφελών. Μέσω αυτής της αντίστασης, το άτομο εξασφαλίζει μια αίσθηση ελέγχου, καθώς και ότι τα οφέλη που έχει είναι απτά και θετικά, τουλάχιστον περισσότερο θετικά από τα θεωρούμενα ως επαπειλούμενα, εάν ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της θεραπείας.

Σύμφωνα με τη γνωστική προσέγγιση, η σύγκρουση των συνεπειών έχει έρεισμα το βιωματικό γνωστικό σύστημα (*experiential system*), το οποίο σε αντίθεση με το ορθολογικό σύστημα (*rational system*), λειτουργεί αντανακλαστικά και ασυνείδητα και ενεργοποιείται περισσότερο όταν το άτομο βιώνει κάποιο είδος κινδύνου (Epstein, 1994). Ενώ το μεγαλύτερο μέρος της προσαρμογής του ανθρώπου εξαρτάται από τις αντανακλαστικές λειτουργίες του βιωματικού συστήματος, γεγονός που εξηγεί εν πολλοίς τα φαινόμενα της

αντίστασης στη γνωστική θεραπεία, η υπερπήδηση της αντίστασης συνίσταται στις μετα-γνωστικές (*metacognitive*) λειτουργίες του ορθολογικού συστήματος, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τη θέσπιση και την επίτευξη μακροπρόθεσμων στόχων, την επίλυση προβλημάτων και την ορθολογική επεξεργασία των ερεθισμάτων (Alford & Lantka, 2000). Επομένως, μέσω της ικανότητας του ανθρώπου να «σκέφτεται για όσα σκέφτεται» (*metacognitive level*), μπορεί κανείς να επεξεργάζεται κατά πόσον κάποια από τα παγιωμένα γνωστικά σχήματα καθίστανται δυσλειτουργικά και εάν η σχέση κόστους-ωφέλειας των επιλογών του δείχνει περισσότερο προς την κατεύθυνση της ψυχικής αλλαγής.

Ιδιοσυγκρασιακές και περιβαλλοντικές επιρροές στην αντίσταση.

Σε συνδυασμό με τις προαναφερθείσες αιτιάσεις του φαινομένου της αντίστασης, οι γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας δέχονται ακόμη την επίδραση ιδιοσυγκρασιακών ή περιβαλλοντικών επιρροών στην εκδήλωση αντίστασης. Καταρχάς, σύμφωνα με τους Lazarus και Fay (1982) θα πρέπει να γίνεται διάκριση ανάμεσα στους θεραπευόμενους που αντιστέκονται στη θεραπεία, από αυτούς που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στη θεραπεία. Στη δεύτερη περίπτωση εντάσσονται τα άτομα με κάποιο βαθμό νοητικής υστέρησης, με φτωχές αντιληπτικές και νοητικές ικανότητες (Lazarus & Fay, 1982), με νευρολογικές διαταραχές όπως το σύνδρομο μειωμένης προσοχής, ή με άλλες σοβαρές ψυχικές διαταραχές όπως η βαριά ψύχωση (Ellis, 1999). Σε επίπεδο διάγνωσης, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με διαταραχές στον Άξονα II, ή με πολλαπλή διάγνωση στον Άξονα I, εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσκολία να παραμείνουν στη θεραπεία και να ανταποκριθούν σε αυτή (Persons, Burns, & Perloff, 1988. Burns & Nolen-Hoeksema, 1992. APA, 1994). Βάσει της γνωστικής θεώρησης, φαίνεται ότι τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας, ή γενικότερα, με χαρακτηριστικά στοιχεία διαταραχής, βιώνουν τα προβληματικά γνωστικά σχήματα και τις γνωστικές διαστρεβλώσεις ως αναπόσπαστα μέρη της προσωπικότητάς τους, με αποτέλεσμα

να ταυτίζουν την αλλαγή με πραγματική απώλεια της αίσθησης εαυτού (Beck et al., 1990). Επιπλέον, ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής προσωπικότητας διαφοροποιείται και ο τρόπος με τον οποίο αντιστέκεται κανείς στο άγχος που διεγείρει η θεραπεία. Για παράδειγμα, τα άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αντιστέκονται στον αυθόρμητο χαρακτήρα της θεραπευτικής διαδικασίας, με την απαίτηση για σαφείς κανόνες και συγκεκριμένη δομή.

Οι περιβαλλοντικές επιρροές που δέχεται το άτομο αποτελούν μια ακόμη πηγή αντίστασης που υπογραμμίζεται ιδιαίτερα από τους γνωσιακούς θεραπευτές. Αυτό συμβαίνει με δύο τρόπους: αφενός μεν λαμβάνονται υπόψη οι οικογενειακές και κοινωνικο-πολιτιστικές επιταγές που διαμορφώνουν προσωπικές πεποιθήσεις και ιδέες (π.χ. οι αξίες του ελέγχου, της δύναμης, της ανεξαρτησίας και της επιτυχίας δεσπόζουν στο σύγχρονο δυτικό κόσμο), αφετέρου δε, εξετάζονται οι συνέπειες που πιθανόν έχει η αντίσταση του θεραπευόμενου για το ευρύτερο οικογενειακό του περιβάλλον. Συνυπολογίζεται, δηλαδή, κατά πόσον η επιδιωκόμενη αλλαγή του θεραπευόμενου μπορεί να βιώνεται από τα άλλα μέλη της οικογένειας ως απειλή της υφιστάμενης ισορροπίας. Εάν μια θετική αλλαγή για το ίδιο το άτομο έχει αρνητική επίπτωση σε κάποιο άλλο μέλος, ή στην περίπτωση που το σύμπτωμα του ατόμου εξυπηρετεί το οικογενειακό σύστημα, τότε είναι πιθανό η προσπάθεια αλλαγής του θεραπευόμενου να σαμποτάρεται, ή να τιμωρείται, με τρόπο τέτοιο ώστε να οδηγεί τελικά σε αντίσταση του τελευταίου στη θεραπεία (Lazarus & Fay, 1982. Davis & Hollon, 1999. Newman, 2002).

Ο ρόλος του θεραπευτή στην αντίσταση.

Ένας ακόμη μη-ενδοπροσωπικός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη αντίστασης είναι ο ίδιος ο θεραπευτής, ο ρόλος του οποίου επισημαίνεται στη γνωσιακή προσέγγιση, όπως και στις άλλες προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας. Ωστόσο, ο τρόπος με τον

οποίο αναλύεται ο ρόλος του θεραπευτή στη γνωσιακή θεώρηση διακρίνεται από την έμφαση που δίδεται στις γνωστικές και τις τεχνικές παραμέτρους. Ο θεραπευτής μπορεί να συμβάλει στη γένεση, ή την επίταση, της αντίστασης με πολλούς διαφορετικούς τρόπους.

Καταρχήν, όταν εφαρμόζει ακατάλληλες θεραπευτικές τεχνικές, ή τις κατάλληλες τεχνικές αλλά με λανθασμένο τρόπο, κάτι που οφείλεται σε ελλιπή κατανόηση, σε ανεπαρκή εκπαίδευση και εμπειρία, ή σε υποβόσκουσα αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητάς τους (Lazarus & Fay, 1982. Ellis, 1999). Επίσης, όταν έχει εκ των προτέρων αρνητικές προσδοκίες σχετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, γεγονός που φαίνεται να λειτουργεί ως αυτό-εκπληρούμενη προφητεία (Darley & Fazio, 1980). Ένας άλλος λόγος που έχει βρεθεί να επηρεάζει την εμφάνιση αντιστάσεων είναι όταν δεν παρατηρείται συνταίριασμα (*matching*) μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου, παρά τις προσπάθειες του πρώτου (Beutler & Clarkin, 1990). Σε επίπεδο τεχνικής, αύξηση των αντιστάσεων του θεραπευόμενου μπορεί να προκληθεί όταν ο θεραπευτής δεν καταφέρνει να διαμορφώσει μια πρώτη κατανόηση του περιστατικού (*case conceptualization*) σχετικά με το ποια φαίνεται να είναι τα κεντρικά ζητήματα του θεραπευόμενου και πώς θα ήταν καλύτερο να ανταποκριθεί θεραπευτικά σε αυτά, ενώ όταν το κάνει δεν λαμβάνει υπόψη το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου (Lazarus & Fay, 1982. Davis & Hollon, 1999). Επίσης, όταν ο θεραπευτής δεν διακρίνεται από ευρηματικότητα και ευελιξία, αλλά αντίθετα εφαρμόζει αδιαφοροποίητα τις θεωρητικές αρχές στο σύνολο των θεραπευομένων (Davis & Hollon, 1999). Στο πλαίσιο αυτό, ο θεραπευτής μπορεί να αντιπαρατίθεται με τον θεραπευόμενο όσον αφορά την ορθολογικότητα και την ακρίβεια των πεποιθήσεων του, προσπαθώντας να αντιτάξει τις δικές του απόψεις ως πιο λογικές και λειτουργικές, ενώ παραβλέπει επίσης και τις τυχόν πολιτισμικές διαφορές (Davis & Hollon, 1999). Επίσης, όπως συμβαίνει και με τους θεραπευόμενους, ο θεραπευτής μπορεί να υποπέσει σε παράλογες πεποιθήσεις και απαιτήσεις σχετικά με τον ρόλο και την αποτελεσματικότητά του (π.χ. να προσδοκά να

πετυχαίνει πάντοτε με όλους τους θεραπευόμενους), οι οποίες οδηγούν τελικά σε αυτό-αμφισβήτηση και σε περιορισμό των θεραπευτικών του ικανοτήτων (Ellis, 2003). Τέλος, οι αντιστάσεις του θεραπευόμενου μπορούν να εντείνονται όταν ο θεραπευτής επηρεάζεται αρνητικά από την αντίσταση του πρώτου και βιώνει την επανομαζόμενη «αμφι-αντίσταση» (*transresistance*), η οποία τον παρασύρει σε αποθάρρυνση και σε παραίτηση να προσπαθήσει περαιτέρω (Meichenbaum & Gilmore, 1982).

Όπως έχουν επισημάνει οι Beck et al. (1979), ο γνωσιακός θεραπευτής διακρίνεται εν γένει για την αμετακίνητη επιμονή του στις προσπάθειες που απαιτούνται μέχρις ότου κάμψει την αντίσταση του θεραπευόμενου. Υπό αυτό το πρίσμα, κάθε μορφή αντίστασης από την πλευρά του θεραπευόμενου θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια νέα ευκαιρία να επανεξεταστούν οι παράλογες πεποιθήσεις και οι σκέψεις που την τροφοδοτούν, προσπάθεια που συντελείται μέσα από μια σειρά από τεχνικές και στρατηγικές αντιμετώπισης.

Μορφές αντίστασης και στρατηγικές αντιμετώπισης

Πριν την αναφορά στις επιμέρους τεχνικές αντιμετώπισης των αντιστάσεων στο πλαίσιο των γνωστικών προσεγγίσεων ψυχοθεραπείας, είναι απαραίτητο να καταδειχθούν οι διάφορες μορφές αντίστασης που εντοπίζονται σε αυτές. Είναι γεγονός ότι αυτό που οι γνωσιακοί θεραπευτές αναγνωρίζουν ως αντίσταση περιλαμβάνει, εν πολλοίς, τις κοινότοπες μορφές αντίστασης σε όλο το φάσμα των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Έτσι, η αντίσταση συγκαταλέγει εκδηλώσεις άμεσης και έμμεσης αντίδρασης απέναντι στη θεραπεία, όπως για παράδειγμα εκδήλωση εχθρικότητας, ή έντονων ερωτικών συναισθημάτων προς τον θεραπευτή, διαρκής αντιπαράθεση απόψεων, επανειλημμένες ακυρώσεις συνεδριών, παθητική συμπεριφορά, παράλογες απαιτήσεις από τη θεραπεία, εκδραματίσεις, και μη-αποδοχή των όρων του θεραπευτικού πλαισίου (Newman, 2002). Εντούτοις, η μορφή αντίστασης που αποτελεί το σημείο αιχμής για τις γνωστικές

προσεγγίσεις είναι η μη-συμμόρφωση στην κατ' οίκον ανάθεση εργασίας, μία αντίσταση που προεξάρχει και στην συμπεριφοριστική προσέγγιση ψυχοθεραπείας.

Μη-συμμόρφωση στην κατ' οίκον ανάθεση εργασίας.

Η έμφαση που δίνεται στον συγκεκριμένο τύπο αντίστασης βασίζεται, αφενός μεν, σε σχετικά ερευνητικά πορίσματα που αναδεικνύουν τη σημασία της κατ' οίκον εργασίας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι όσο υψηλότερα είναι τα ποσοστά συμμόρφωσης του θεραπευόμενου στην κατ' οίκον εργασία τόσο θετικότερα είναι τα θεραπευτικά αποτελέσματα (Persons, Burns, & Perloff, 1988. Neimeyer & Feixas, 1990. Burns & Nolen-Hoeksema, 1991, 1992. Burns & Spangler, 2000. Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Αφετέρου δε, η κατ' οίκον ανάθεση εργασίας βρίσκεται στον πυρήνα των θεμελιακών αρχών της γνωστικής προσέγγισης. Το γνωσιακό μοντέλο ψυχοθεραπείας είναι κατά βάση εκπαιδευτικό και συνίσταται στην ενεργητική και καθοδηγητική μάθηση, και ιδιαίτερα στην ανάληψη δράσης από τον θεραπευόμενο ως αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας. Επομένως, στη γνωσιακή θεραπεία προκρίνεται η *in vivo* εκτέλεση συγκεκριμένης δράσης, όσο και η πρακτική εξάσκηση των στόχων που τίθενται στις συνεδρίες, ως βασικός τρόπος επίτευξης προσωπικής αλλαγής, έναντι της ενδεδεχούσας και αποκλειστικής διερεύνησης των συναισθημάτων και των σκέψεων του θεραπευόμενου, που αντίθετα θεωρείται ότι μπορούν να αναστείλουν τη θεραπευτική πρόοδο (Lazarus & Fay, 1982).

Λόγω της σημασίας που έχει η κατ' οίκον εργασία, δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της σχετιζόμενης αντίστασης. Ο θεραπευόμενος αντιμετωπίζεται ως συνεργάτης στο εγχείρημα της άσκησης, κατά την ανάθεση της οποίας ενισχύεται η αίσθηση της αυτονομίας, μολονότι ο θεραπευτής διατηρεί ενεργό ρόλο (Newman, 2002). Ο συνδυασμός αυτός επιτυγχάνεται μέσα από μια σειρά από τεχνικές: (α)

με την προτροπή του θεραπευόμενου για την ανάληψη της άσκησης αντί της επιβολής της, (β) με τη διασφάλιση ότι ο θεραπευόμενος έχει κατανοήσει πλήρως το σκοπό και τη λογική της άσκησης, ώστε να μπορεί ο ίδιος να την εξηγήσει με δικά του λόγια, (γ) με την ενθάρρυνσή του όταν επιτυγχάνει να τη φέρει, μερικώς ή ολικώς, σε πέρας, (δ) με την κατανόηση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συγκρουόμενων κινήτρων που τον οδηγούν σε αδράνεια, όταν δεν την πραγματοποιεί, και την αντιμετώπισή τους όχι ως αδιαμφισβήτητες αλήθειες αλλά ως υποθέσεις που τίθενται προς δοκιμασία, και (ε) με την ανάθεση ευκολότερης παραπλήσιας εργασίας ώστε η αρχική προβαλλόμενη αντίσταση να αρθεί (Meichenbaum & Gilmore, 1982. Burns, 1989. Leahy, 2001).

Περαιτέρω μορφές αντίστασης.

Υιοθετώντας περισσότερο δυναμικές αιτιάσεις για το φαινόμενο της αντίστασης, ότι δηλαδή η αντίσταση αφορά σε διαδικασίες προστασίας από περαιτέρω βλάβη ή απώλεια, και διαδικασίες διατήρησης της καθεστηκυίας ψυχικής κατάστασης, ο Leahy στο βιβλίο του «*Overcoming resistance in cognitive therapy*» (2003) διακρίνει 7 επιπλέον διαφορετικούς τύπους αντίστασης.

Καταρχήν, αναφέρεται η αντίσταση επικύρωσης, μέσω της οποίας εκφράζεται η ανάγκη ορισμένων θεραπευόμενων να επιζητούν επιβεβαίωση –τόσο στις θεραπευτικές συνεδρίες όσο και γενικότερα κάποιου είδους αυτό-επιβεβαίωση– πριν νιώσουν έτοιμοι για αλλαγή. Μια δεύτερη μορφή είναι η αντίσταση αυτό-συνέπειας, η οποία συνίσταται σε μια από τις προαναφερθείσες βασικές αρχές της γνωστικής προσέγγισης, σύμφωνα με την οποία υπάρχει η τάση να παραμένει κανείς συνεπής στις πεποιθήσεις και τις ιδέες του. Διακρίνονται πέντε είδη συνέπειας (γνωστική, προβλεψιμότητας, αυτό-δικαίωσης, αλληλεπιδραστικών πραγματικοτήτων και εξασθενημένων κοστών). Και στα πέντε είδη, και ιδιαίτερα στα εξασθενημένα κόστη, η αντίσταση αφορά την τάση του ατόμου να παίρνει αποφάσεις στη

βάση μιας λογικής περισσότερο επιβεβαίωσης του παρελθόντος παρά μιας μελλοντικής ωφελιμότητας (Leahy, 2000). Η αντίσταση σχημάτων, που αποτελεί την τρίτη μορφή αντίστασης σύμφωνα με τον Leahy (2003), αναφέρεται στην επίδραση των γνωστικών σχημάτων απέναντι στις προσπάθειες για αλλαγή και στην αναγκαιότητα διερεύνησης των βαθύτερων τρόπων νοηματοδότησης του ατόμου. Η δε τέταρτη μορφή αντίστασης, η αντίσταση ηθικής αναφέρεται στην περίπτωση που το άτομο αντιλαμβάνεται ότι μια νέα ιδέα είναι αναντίστοιχη προς την προσωπική του ηθική και για αυτό έχει την τάση να αντισταθεί στην υιοθέτηση αυτής της νέας ιδέας. Η αντίσταση θυματοποίησης αφορά τις περιπτώσεις εκείνες που ο θεραπευόμενος θυματοποιεί τον εαυτό του και θεωρεί ότι τα συμπτώματα, ή τα προβλήματά του, είναι εύλογα, καθώς αποτελούν μια μορφή τιμωρίας (*«τα κακά πράγματα συμβαίνουν στους κακούς ανθρώπους»*). Κάθε θεραπευτική παρέμβαση για αυτά τα προβλήματα συναντάται με αντίσταση, αφού αντιβαίνει στην πεποίθηση της δίκαιης τιμωρίας. Η έκτη μορφή αντίστασης, η αντίσταση επένδυσης, αφορά τους ασθενείς με κατάθλιψη, οι οποίοι αντιστέκονται να επενδύσουν στη θεραπεία προκειμένου να αποφύγουν με κάθε τίμημα οποιαδήποτε περαιτέρω απώλεια. Τέλος, η αντίσταση αυτό-ηττώμενης συμπεριφοράς περιγράφει τις περιπτώσεις που το ίδιο το άτομο, έχοντας μειονεκτικές ιδέες για τον εαυτό του, δημιουργεί εμπόδια και αυτό-σαμποτάρεται στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Όπως προκύπτει, αρκετές από τις μορφές αντίστασης που αναγνωρίζονται στο πλαίσιο των γνωστικών προσεγγίσεων ψυχοθεραπείας συναντώνται και σε άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, ιδιαίτερα στην ψυχαναλυτική / ψυχοδυναμική προσέγγιση. Παρά τις ομοιότητες αυτές όμως, οι γνωστικές προσεγγίσεις εφαρμόζουν ιδιαίτερες και εξειδικευμένες τεχνικές για την αντιμετώπιση των αντιστάσεων.

Στρατηγικές αντιμετώπισης.

Οι επιμέρους τεχνικές που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση των αντιστάσεων βασίζονται εν πολλοίς στην άποψη ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να συμμαχήσει με την αντίσταση, να συνταχθεί μαζί της και πολλές φορές να την ενισχύσει, προκειμένου στο τέλος αυτή να καμφθεί (Lawson, 1986). Αυτό συνεπάγεται μια σειρά από τεχνικές που στοχεύουν, κυρίως, στις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου, αλλά και στο συναίσθημά του, αφού το τελευταίο θεωρείται πλέον εξίσου σημαντικό από τους σύγχρονους γνωσιακούς θεωρητικούς για την επίτευξη της αλλαγής. Ως εκ τούτου, γίνεται προσπάθεια να λαμβάνονται υπόψη στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και συναισθηματικές παράμετροι, όπως οι δυσκολίες στην αυτό-ρύθμιση συναισθήματος, η συναισθηματική αποφυγή και ο σχηματισμός συναισθηματικών σχημάτων (Leahy, 2003. Simha-Alpern, 2007). Παραδείγματα επιμέρους τεχνικών που εφαρμόζονται στις γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση των αντιστάσεων περιλαμβάνουν τα κάτωθι.

Την τεχνική της φαντασίας, όπου ο θεραπευτής καλεί τον θεραπευόμενο να φανταστεί πώς θα είναι το μέλλον εάν επιτύχει να πραγματοποιήσει τους στόχους που τίθενται στη θεραπεία (Davis & Hollon, 1999. Newman, 2002). Επίσης, τον καλεί να φανταστεί την κατάσταση που του προκαλεί αντίσταση και να μιλήσει για τις συνοδές αρνητικές σκέψεις γύρω από αυτή, καθώς και για τις δεξιότητες αντιμετώπισης που θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει, ώστε να ανταπεξέλθει καλύτερα στις νέες προκλήσεις (Meichenbaum & Gilmore, 1982).

Τεχνικές της λογικο-θυμικής θεραπείας, όπως οι ασκήσεις επίθεσης ντροπής (*shame-attacking exercises*), όπου ο θεραπευόμενος εκτελεί κάτι που θα τον κάνει να αισθανθεί ντροπή προκειμένου ο θεραπευτής να «επιτεθεί» στις αρνητικές σκέψεις που θα προκληθούν από το γεγονός (Ellis, 1972), ή η χρήση του χιούμορ σε σχέση με την «τραγικότητα» της κατάστασης που παρουσιάζει ο θεραπευόμενος προκειμένου να τον βοηθήσει να αντιληφθεί

την τάση να αυτό-ηττάται και να αντιστέκεται στην υιοθέτηση πιο ρεαλιστικών πεποιθήσεων (Ellis, 2007).

Την τεχνική στοιχήματος, όπου ο θεραπευτής στοιχηματίζει ένα χρηματικό ποσό σε αυτό στο οποίο ο θεραπευόμενος αντιστέκεται (Corsini, 1979) και άλλες συμπεριφοριστικού τύπου τεχνικές, όπως αυτή της συστηματικής απευαισθητοποίησης (Wolpe, 1990) και της *in vivo* απευαισθητοποίησης. Στη δεύτερη περίπτωση, ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να παραμείνει στη δυσάρεστη κατάσταση από την οποία θέλει να απαλλαχθεί (π.χ. μη-ικανοποιητικό επάγγελμα) όσο καιρό επιθυμεί, μέχρις ότου αποφασίσει ο ίδιος ότι είναι έτοιμος να αλλάξει (Ellis, 1999). Μια παραλλαγή αυτής της τεχνικής είναι όταν το άτομο εκφράζει αντίσταση στα αρχικά στάδια της θεραπείας, οπότε ο θεραπευτής μπορεί να αποτρέψει τη συνέχιση της θεραπείας υπογραμμίζοντας ότι θα πρέπει να επιστρέψει τότε μόνο, όταν θα είναι πραγματικά πρόθυμος να εργαστεί προς την κατεύθυνση της αλλαγής (Lawson, 1986).

Πάντως, οι πλέον καινοτόμες στρατηγικές αντιμετώπισης της αντίστασης, που βασίζονται σε γνωστικές λειτουργίες, είναι τα θεραπευτικά παράδοξα (*paradoxes*) και η τεχνική της αναπλαισίωσης (*reframing*). Πρόκειται για δύο τεχνικές που εφαρμόζονται και σε άλλες προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας (π.χ. συμπεριφοριστική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία), όταν οι συμβατικές μέθοδοι αντιμετώπισης της αντίστασης δεν έχουν αποτελέσματα (Kolko & Milan, 1983. Papp, 1980). Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παράδοξων εκπορεύεται από την ίδια την αντίσταση του θεραπευόμενου, κατά συνέπεια η υπερπήδηση της αντίστασης επιτυγχάνεται μέσω της ενίσχυσής της. Τυπικό παράδειγμα θεραπευτικού παράδοξου αποτελεί η τεχνική της «συνταγογράφησης του συμπτώματος»: ο θεραπευόμενος καλείται να συνεχίσει να έχει, ή ακόμη και να επιτείνει, το σύμπτωμα από το οποίο θέλει να απαλλαχθεί, κάτω όμως από συγκεκριμένες συνθήκες, για παράδειγμα σε συγκεκριμένο χρόνο ή τόπο (Hunsley, 1988). Παρά την επιβεβαιωμένη

αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παραδόξων, έχει επισημανθεί ότι χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή τους, καθώς μακροπρόθεσμα υπάρχει ο κίνδυνος να ισχυροποιήσουν την αντίσταση του θεραπευόμενου, αντί να τη μειώσουν (Heide, 2010). Για το λόγο αυτό, τα θεραπευτικά παράδοξα εφαρμόζονται, συνήθως, συνδυαστικά με την τεχνική της αναπλαισίωσης (Lawson, 1986), αν και η τελευταία μπορεί να εφαρμοστεί και μεμονωμένα.

Η αναπλαισίωση διαφοροποιείται από τις έννοιες της επαν-ετικετοποίησης (*relabeling*) και του επαν-ορισμού (*redefinition*). Σε αντίθεση με αυτές τις έννοιες, οι οποίες περιορίζονται στην αλλαγή του τρόπου που ονοματίζεται ή ορίζεται κάτι χωρίς ωστόσο να αλλάζει το ευρύτερο ερμηνευτικό πλαίσιο, η αναπλαισίωση αναφέρεται στη μεταβολή του τρόπου με τον οποίο ο θεραπευόμενος αντιλαμβάνεται και αισθάνεται μια συγκεκριμένη κατάσταση, ούτως ώστε να οδηγείται σε ένα πιο θετικό και λειτουργικό πλαίσιο αναφοράς (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Για παράδειγμα, σε μια μητέρα η οποία αντιστέκεται στη θεραπεία γιατί φοβάται ότι θα αποδειχθεί πως είναι κακή στο ρόλο της, ή ότι το παιδί της είναι μη-φυσιολογικό, ο θεραπευτής θα μπορούσε να αναπλαισιώσει αυτόν τον τρόπο σκέψης τονίζοντας ότι τα υφιστάμενα προβλήματα αποτελούν μάλλον ενδείξεις της σημασίας που έχει η μεταξύ τους σχέση και πως στόχος της θεραπείας είναι να διερευνηθεί με ποιους τρόπους αυτή η σχέση μπορεί να προσφέρει μεγαλύτερη ικανοποίηση και στους δύο. Μέσω της συγκεκριμένης αναπλαισίωσης, τα κίνητρα των αρχικών αντιστάσεων στη θεραπεία εξασθενούν, ενώ διαμορφώνονται εναλλακτικοί τρόποι αντίληψης των πραγμάτων (LaClave & Brack, 1989). Η αποτελεσματικότητα της αναπλαισίωσης έχει διαπιστωθεί σε ποικίλες περιπτώσεις ψυχοθεραπείας, όπως για παράδειγμα σε παραβατικούς εφήβους (Kolko & Milan, 1983), σε προβλήματα αλκοολισμού (Feeney & Silverman, 1982), σε οικογενειακά προβλήματα (Briet, Im & Wilner, 1983. Robbins, Alexander, Newell, & Turner, 1996) και σε καταθλιπτικούς ασθενείς (Conoley &

Garber, 1985). Στη βάση της αρχής της γνωστικής θεώρησης ότι αυτό που καθορίζει τη συμπεριφορά του ατόμου είναι το νόημα που δίνει στα πράγματα, φαίνεται ότι η στρατηγική της γνωστικής αναπλαισίωσης οφείλει την αποτελεσματικότητά της στο γεγονός ότι συμβάλλει στην αλλαγή της νοηματοδότησης και ως εκ τούτου βοηθά στην αντικατάσταση των παλαιών δυσλειτουργικών σχημάτων με νέα πιο προσαρμοστικά σχήματα.

Ανεξάρτητα εάν κάποιος γνωσιακός θεραπευτής καταφεύγει σε αυτές τις εξειδικευμένες τεχνικές αντιμετώπισης της αντίστασης ή όχι, σε ένα ευρύτερο πλαίσιο προτείνεται ότι θα πρέπει οπωσδήποτε να ενστερνίζεται κανείς μερικές τουλάχιστον από τις δέκα στρατηγικές που προτείνει ο Newman (1994), προκειμένου να ενισχυθεί η θετική στάση του ατόμου απέναντι στην αλλαγή:

1. Εκπαίδευση του θεραπευόμενου σχετικά με τη διαδικασία της θεραπείας.
2. Εφαρμογή της σωκρατικής μεθόδου.
3. Παροχή του δικαιώματος της επιλογής στον θεραπευόμενο και της δυνατότητας να εκφράζει ενεργά τη γνώμη του.
4. Συνεργασία και συγκατάβαση.
5. Διερεύνηση των θετικών και των αρνητικών στοιχείων της αλλαγής, καθώς και της υφιστάμενης καθεστηκυίας κατάστασης.
6. Παροχή κατάλληλης ενσυναίσθησης στην αντίσταση του θεραπευόμενου.
7. Συζήτηση της εξατομικευμένης κατασκευής υποθέσεων με τον θεραπευόμενο.
8. Υιοθέτηση της «γλώσσας» (του τρόπου έκφρασης) του θεραπευόμενου.
9. Ενίσχυση της αυτό-διάθεσης του θεραπευόμενου.
10. Διακριτικά επίμονες προσπάθειες όταν ο θεραπευόμενος έχει «κολλήσει».

Από τις στρατηγικές αυτές μοιάζει να προκύπτει αυτό που ισχύει και στην ψυχοδυναμική προσέγγιση (Kohut, 1984), ότι δηλαδή η ψυχολογική ωρίμανση του ατόμου επιτυγχάνεται όταν στη θεραπεία εξασφαλίζεται ένα είδος «άριστης ματαίωσης» (*optimal frustration*). Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεώρηση, η κάμψη της αντίστασης του θεραπευόμενου και η διάθεση προς την αλλαγή επιτυγχάνονται όταν η θεραπεία χαρακτηρίζεται από μια λεπτή ισορροπία ανάμεσα σε στιγμές «κρίσης», όπου ο θεραπευόμενος μπορεί και επανεξετάζει τα υφιστάμενα γνωστικά του σχήματα –αφού σε στιγμές κρίσης το ανθρώπινο μυαλό είναι πιο ανοιχτό λόγω της γνωστικής αποδιοργάνωσης και των ρωγμών που δημιουργούνται στα γνωστικά φίλτρα της εμπειρίας– τόσο όμως όσο αυτές οι «κρίσεις» να μην γίνονται τραυματικές, αλλά να μπορούν να αφομοιωθούν και να εσωτερικευθούν (Dowd, 1999b). Με τον τρόπο αυτό, το άτομο ματαιώνεται μεν όσον αφορά την αμφισβήτηση και την κατάργηση των υφιστάμενων γνωστικών του σχημάτων, ωστόσο η ματαίωση αυτή θα πρέπει να γίνεται με τρόπο ευνοϊκό και εμπειεκτικό, ώστε ο θεραπευόμενος να μπορεί να προχωρήσει προς νέα γνωστικά συστατικά της ταυτότητάς του και άρα προς την ψυχική αλλαγή. Ο ρόλος της θεραπευτικής σχέσης για την επίτευξη αυτής της «χρυσής ισορροπίας» είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς *«μια αυθεντικά θερμή, υποστηρικτική, προσεκτική, υπομονετική και κυρίως όχι επικριτική σχέση με τον θεραπευτή αποτελεί ουσιαστική συνιστώσα του θεραπευτικού περιβάλλοντος, διότι βοηθά στην αποδυνάμωση αντανεκλαστικών που μπορούν να αναστείλουν την πρόοδο της ανάλυσης»* (Mellon, 2005, σελ. 159).

Συμπερασματικά, οι γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας αντιμετωπίζουν την αντίσταση όχι τόσο ως ένα διευρυμένο ψυχικό γεγονός –πανταχού παρόν κατά τη θεραπευτική διαδικασία και απαραίτητο δίαυλο για κάθε ψυχική αλλαγή–, αλλά μάλλον ως μεμονωμένα περιστατικά μη-συμμόρφωσης, τα οποία ο θεραπευτής καλείται να αντιμετωπίσει με στοχευμένο και χειροπιαστό τρόπο, μολονότι αναγνωρίζεται παράλληλα η σπουδαιότητα ενός ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος. Οι αντιστάσεις στη γνωσιακή

θεραπεία ερμηνεύονται ως γνωστικές διαστρεβλώσεις, ως σκέψεις και ιδέες, δηλαδή, που βασίζονται σε λανθασμένες δοξασίες και παράλογους συλλογισμούς. Στη θέση αυτή, κυρίως, είναι που αναδεικνύεται ένας κοινός τόπος ανάμεσα στις γνωστικές και στις υπόλοιπες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, παρά τις προαναφερθείσες αποκλίσεις. Συγκεκριμένα, καθώς η αντίσταση στη γνωσιακή θεραπεία, λειτουργεί ως μηχανισμός προστασίας των εγκαθιδρυμένων και ήδη οικειοποιημένων γνωστικών ερμηνευτικών σχημάτων του ατόμου, ως μηχανισμός αυτοπροστασίας απέναντι στο άγνωστο που βάζει τα θεμέλια της ταυτότητας, οι γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας συγκλίνουν με την ευρύτερη αντιμετώπιση της αντίστασης, ως εγγυητή της ασφάλειας του ατόμου.

Από την άλλη πλευρά, όπως αναφέρεται στο επόμενο κεφάλαιο, η διαδρομή που ακολούθησε η έννοια της αντίστασης στη συμπεριφοριστική θεραπεία –παρόλο που κι εκεί τίθεται η διάσταση της μη-συμμόρφωσης στις θεραπευτικές επιταγές, όπως και στις γνωστικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας–, βρίσκεται σε αντιδιαστολή με όλες τις υπόλοιπες σχολές ψυχοθεραπείας. Στον συμπεριφορισμό, η αντίσταση διέρχεται από την πλήρη ανυπαρξία στην αναγνώρισή της, αποκλειστικά, ως εμπόδιο για τη θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Η αντίσταση ως μη-συμμόρφωση στη συμπεριφοριστική θεραπεία

Η έννοια της αντίστασης δεν είχε τύχει ιδιαίτερης προσοχής στη συμπεριφοριστική προσέγγιση έως τη δεκαετία του '70, όταν αναφέρθηκαν διεξοδικά σε αυτή ο Mahoney (1974) και οι Goldfried και Davison (1976). Η απουσία σχετικών αναφορών στη σχολή του συμπεριφορισμού αναγόταν σε μια σειρά από παράγοντες, όπως στο γεγονός ότι η αντίσταση θεωρούνταν «καρπός» της ψυχανάλυσης, στην έμφαση του συμπεριφορισμού σε θέματα τεχνικών και μεθόδων έναντι των ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών δυναμικών, και κυρίως στην άποψη που μοιράζονταν οι εκπρόσωποι του συμπεριφορισμού ότι η αντίσταση είναι ασύμβατη με τη συμπεριφοριστική θεωρία και πρακτική. Βάσει της θεωρίας του συμπεριφορισμού –κατά την οποία η συμπεριφορά του ατόμου είναι αποτέλεσμα μάθησης και αλληλεπίδρασης του βιολογικού οργανισμού με τα φυσικά γεγονότα της ζωής του (Mellon, 2005, 2010)–, ο θεραπευτής θεωρούνταν ότι έχει τη δυνατότητα να τροποποιήσει *οποιαδήποτε* απροσάρμοστη συμπεριφορά με την εφαρμογή των κατάλληλων τροποποιητικών και ενισχυτικών τεχνικών (*behavior modifiers / reinforcers*). Γενικότερα, η συμπεριφοριστική θεραπεία παρουσιαζόταν ως η πλέον ενδεδειγμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση των περιστατικών αντίστασης, σε τέτοιο βαθμό ώστε οι πρεσβευτές του συμπεριφορισμού να διατείνονται ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν τους πιο δύσκολους ασθενείς, στους οποίους όλες οι άλλες προσεγγίσεις είχαν προηγουμένως αποτύχει (Jahn & Lichstein, 1980).

Αρχικές προσπάθειες ερμηνείας της αντίστασης

Στο πλαίσιο αυτό της μη-παραδοχής της αντίστασης, οι συμπεριφοριστές θεραπευτές όταν αναπόφευκτα βρίσκονταν αντιμέτωποι με περιστατικά αντίστασης (π.χ. μη-

ανταπόκριση στις τεχνικές της συστηματικής απευαισθητοποίησης, μη-ολοκλήρωση των ασκήσεων στο σπίτι, πρόωγη διακοπή της θεραπείας), τα ερμήνευαν βάσει δύο διαφορετικών επεξηγηματικών προτύπων.

Πρώτον, ως αποτέλεσμα ανεπαρκούς κινήτρου για αλλαγή από τον ίδιο τον πελάτη (*motivational deficit*) (Bandura, 1969. Hilgard, 1987. Sahakian, 1976). Θεωρούνταν, δηλαδή, ότι ο θεραπευόμενος αντιστέκεται στη θεραπεία επειδή το κίνητρο για βελτίωση των προβλημάτων του είτε ήταν χαμηλό, είτε στην πραγματικότητα δεν επιθυμούσε να αλλάξει. Ως εκ τούτου, ήταν αποκλειστική ευθύνη του πελάτη, εάν προσκολλιόνταν σε συμπεριφορές που είχε συνηθίσει και δεν ανταποκρινόταν στη θεραπεία. Ωστόσο, εκτός από το γεγονός ότι μια τέτοια επεξήγηση παράβλεπε εντελώς το ρόλο του θεραπευτή στη θεραπευτική διαδικασία, κυριότερα μια τέτοια επεξήγηση στο πλαίσιο του συμπεριφορισμού έχει ως αναπόδραστη συνέπεια την αμφισβήτηση των θεμελιωδών αρχών της συμπεριφοριστικής θεωρίας περί μάθησης και κινήτρων συμπεριφοράς. Με δεδομένο ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου προκύπτει μέσω της μάθησης από τα ερεθίσματα που το άτομο δέχεται από το περιβάλλον (*stimulus-response*), οι αρχικές αυτές ερμηνείες της αντίστασης ως κάτι που αποδίδεται σε έλλειψη κινήτρου, αφενός μεν, κρίθηκαν ανεπαρκείς για την κατανόηση του φαινομένου της αντίστασης στη συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, αφετέρου δε, κατέληγαν σε ταυτολογία (Mahoney, 1991. Mowrer, 1960. Rachlin, 1988).

Το δεύτερο επεξηγηματικό πρότυπο ερμήνευε την αντίσταση ως αποτέλεσμα μη εφαρμογής των κατάλληλων τεχνικών ενίσχυσης (*right contingencies*) της αλλαγής συμπεριφοράς. Υποστηριζόταν, συγκεκριμένα, ότι όταν ο πελάτης εκδήλωνε κάποια μορφή αντίστασης, αυτό οφειλόταν στο γεγονός ότι δεν είχαν εντοπιστεί και εφαρμοστεί οι κατάλληλες τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς του. Εφόσον οι τεχνικές αυτές αναγνωρίζονταν και εφαρμόζονταν δεν θα υφίστατο κανένας λόγος να εκδηλωθεί αντίσταση (Betancourt & Zeiler, 1971. Boren & Colman, 1970). Ωστόσο, η συγκεκριμένη επεξήγηση

της αντίστασης εγείρει επιφυλάξεις, καθώς ανάγει όλα τα φαινόμενα της αντίστασης σε μια αποκλειστικά αιτιώδη σχέση, με έντονο το στοιχείο της χρονικής σύμπτωσης: εάν ο θεραπευτής εφαρμόζε την κατάλληλη τεχνική για το συγκεκριμένο άτομο την κατάλληλη χρονική στιγμή, τότε δεν θα εκδηλωνόταν καμία αντίσταση. Κάτι τέτοιο, όμως, είναι αρκετά αυθαίρετο, ώστε κάθε μορφή αντίστασης να μπορεί να εξηγείται από έναν και μοναδικό παράγοντα, στην προκειμένη περίπτωση από τη μη-εφαρμογή των κατάλληλων τεχνικών.

Τελικά, η άποψη που επικράτησε σχετικά με την αντίσταση στον συμπεριφορισμό είναι ο ορισμός της ως μη-συμμόρφωση (*non-compliance*) του θεραπευόμενου στις επιταγές και τις προτάσεις που θέτει ο θεραπευτής και στις γενικότερες προσπάθειες για αλλαγή της συμπεριφοράς (Goldfried & Davison, 1976. Mahoney, 1974. Shelton & Levy, 1981. Turkat & Meyer, 1982). Κατά τη συμπεριφοριστική σχολή, η αντίσταση ταυτίζεται με τη μη-συμμόρφωση του θεραπευόμενου είτε στις διαδικασίες που καλείται να ακολουθήσει μέσα στις συνεδρίες (π.χ. τεχνικές χαλάρωσης, ψυχοκατακλυσμική θεραπεία, απευαισθητοποίηση), είτε στις διαδικασίες που καλείται να ακολουθήσει ανάμεσα στις συνεδρίες (π.χ. εργασία στο σπίτι) για την αλλαγή της προβληματικής συμπεριφοράς και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Η μη-συμμόρφωση συναντάται συχνά και με άλλους συναφείς όρους, όπως μη-συνεργασιμότητα (*uncooperativeness*) (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, & Forgatch, 1984), αντιθετική (*oppositional*), ή απρόθυμη συμπεριφορά (*unwillingness to cooperate / nonresponsiveness*) (Fay & Lazarus, 1982) και αντι-ελεγκτική συμπεριφορά (*counter-control*) (Jahn & Lichstein, 1980).

Προκύπτει, έτσι, ότι ο ορισμός της αντίστασης ως μη-συμμόρφωση στη θεραπεία, αφενός μεν, υπονοεί ότι πρόκειται πάντοτε για μια συμπεριφορά αντίθεσης από την πλευρά του πελάτη, η οποία έρχεται ως εμβόλιμη των υπόλοιπων προβλημάτων και διαταράσσει την, κατά τα άλλα, ομαλή θεραπευτική διαδικασία. Αφετέρου δε, παραβλέπει αδιακρίτως τις όποιες ποιοτικές διαφορές στα φαινόμενα της αντίστασης επικεντρώνοντας αποκλειστικά σε

μια διχοτομική προσέγγιση ανάμεσα σε μη-συμμόρφωση και συνεργασιμότητα. Οτιδήποτε είναι μη-συμμόρφωση, δηλαδή, συνιστά αντίσταση, ενώ οτιδήποτε είναι συνεργασιμότητα δεν συνιστά αντίσταση. Εντούτοις, όπως έχει ήδη αναφερθεί, πολύ συχνά η συνεργασιμότητα του θεραπευόμενου εμπερικλείει αντίσταση, για παράδειγμα στις περιπτώσεις όπου ο θεραπευόμενος επιδεικνύει παθητική συμμόρφωση, υποκινούμενη από έναν βαθύτερο φόβο απόρριψης του θεραπευτή.

Σύγχρονες αιτιάσεις της μη-συμμόρφωσης στη συμπεριφοριστική θεραπεία

Περιορισμένες είναι οι απόπειρες απόδοσης νοήματος στο ερώτημα γιατί ένας πελάτης εκδηλώνει μη-συμμόρφωση. Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη μη-συμμόρφωση στη συμπεριφοριστική προσέγγιση, οι Shelton και Levy (1981) κατέληξαν σε τρεις κοινές αιτιάσεις της μη-συμμόρφωσης: (α) την έλλειψη των απαραίτητων ικανοτήτων, ή γνώσεων, από τον πελάτη προκειμένου να μπορεί να ακολουθήσει τις επιταγές της θεραπείας, (β) τις αρνητικές προσδοκίες και πεποιθήσεις για τη θεραπευτική διαδικασία ή/και το θεραπευτικό αποτέλεσμα, και (γ) τις αντίξοες συνθήκες του περιβάλλοντος του πελάτη.

Άλλοι λόγοι συναφείς με τη θεωρία του συμπεριφορισμού, για τους οποίους μπορεί κανείς να εκδηλώσει μη-συμμόρφωση, περιλαμβάνουν τους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που ενισχύουν την προβληματική συμπεριφορά (π.χ. δευτερογενή οφέλη), περισσότερο από ό,τι οι ενισχυτές αλλαγής του θεραπευτή. Επίσης, περιλαμβάνονται οι παράγοντες τιμωρίας που πιθανόν ανακλύουν εάν το άτομο μάθει να ελέγχει την προβληματική συμπεριφορά (π.χ. συγκρούσεις με προσφιλή πρόσωπα). Επιπλέον ερμηνευτικοί παράγοντες της μη-συμμόρφωσης αποτελούν οι παράγοντες αποφυγής του αγχογόνου ερεθίσματος, ο οποίος κινητοποιείται ιδιαίτερα στις περιπτώσεις φοβίας, καθώς επίσης οι μετατρεπτικές διαδικασίες, όταν για παράδειγμα ένας ψυχαναγκασμός ελέγχεται

μεν επιτυχώς, αντικαθίσταται όμως από μια ιδεοληψία (υποκατάσταση του συμπτώματος). Τέλος, η μη-συμμόρφωση του θεραπευόμενου μπορεί να οφείλεται στη διαχείριση ελέγχου, όταν παραδείγματος χάριν, ένας πελάτης διακατέχεται τόσο πολύ από το φόβο μη βγει εκτός ελέγχου που τελικά καταλήγει να ελέγχει καθετί μέσα στη θεραπεία (Turkat & Meyer, 1982).

Σε αντιδιαστολή με τις περιορισμένες προσπάθειες ερμηνείας του φαινομένου της μη-συμμόρφωσης, η έμφαση στη συμπεριφοριστική προσέγγιση επικεντρώθηκε στη διερεύνηση των συνεπειών της μη-συμμόρφωσης στη θεραπεία και ιδιαίτερα στους τρόπους διαχείρισης και ελέγχου της, ώστε ο πελάτης να συνεργάζεται απρόσκοπτα στο θεραπευτικό πλάνο. Μάλιστα, καθώς η συμπεριφοριστική θεραπεία είναι προσανατολισμένη στην πράξη και στην έκθεση των νέων συμπεριφορών σε πραγματικές συνθήκες, η έμφαση δόθηκε περισσότερο στη συνεργασιμότητα του πελάτη στην ανατεθείσα εργασία για το σπίτι.

Συνεργασιμότητα στην κατ' οίκον ανάθεση εργασίας: ερευνητικά δεδομένα

Η συνεργασιμότητα όσον αφορά την ολοκλήρωση της εργασίας που αναλαμβάνει ο πελάτης στο σπίτι έχει βρεθεί ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την έκβαση της θεραπείας, στη συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία. Οι Kazantzis και Lampropoulos (2002) σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ψυχοθεραπευτική διαδικασία και την έκβαση της θεραπείας διαπιστώνουν ότι υπάρχουν πλέον επαρκείς αποδείξεις που υποστηρίζουν ότι η συνεργασία στο ανατεθέν για το σπίτι έργο ενισχύει τα θεραπευτικά αποτελέσματα και αποτελεί έναν σταθερά σημαντικό προγνωστικό παράγοντα.

Πιο συγκεκριμένα, επιμέρους έρευνες έχουν δείξει ότι οι αγοραφοβικοί που ξόδευαν περισσότερο χρόνο σε ασκήσεις στο σπίτι είχαν σημαντικότερη μείωση του ποσοστού του φόβου και σημείωναν μεγαλύτερες αλλαγές στην αποφευκτική τους συμπεριφορά σε σύγκριση με αυτούς που συνεργάζονταν λιγότερο (Edelman & Chambless, 1993). Επίσης, σε ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή βρέθηκε ότι η καλύτερη μακρόχρονη έκβαση

συνδεόταν με καλύτερη συνεργασιμότητα με τις οδηγίες έκθεσης (O'Sullivan, Noshirvani, Marks, Monteiro, & Lelliott, 1991). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην έρευνα των Abramovitz, Franklin, Zoellner και DiBeermardo (2002), όπου η κατανόηση της λογικής της θεραπείας και η συνεργασιμότητα με τις οδηγίες έκθεσης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, αλλά και στο σπίτι, συσχετιζόταν με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων στη λήξη της θεραπείας. Η καλή συνεργασιμότητα του θεραπευόμενου φαίνεται να συνδέεται, επιπλέον, με λιγότερο άγχος, έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Edelman & Chambless, 1995).

Η μη-συμμόρφωση έχει βρεθεί ότι συνδέεται και με τα ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας. Συγκεκριμένα, όσοι διακόπτουν τη θεραπεία φαίνεται ότι συμμετείχαν σημαντικά λιγότερο από όσους ολοκληρώνουν τη θεραπεία τους στις ανατεθείσες εργασίες στο σπίτι (Oei & Kazmierczak, 1997), ενώ τόσο οι θεραπευτές όσο και οι θεραπευόμενοι στην ομάδα που διακόπτει τη θεραπεία χαρακτηρίζουν τη θεραπευτική σχέση περισσότερο προβληματική από εκείνη όσων είχαν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, ή είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους (Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998). Για παράδειγμα, ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή που διέκοψαν τη θεραπεία βρέθηκαν να είναι περισσότερο επικριτικοί απέναντι στους θεραπευτές τους (Hansen, Hoogduin, Schaap, & Haan, 1992). Συνεπώς, φαίνεται ότι η ικανότητα του θεραπευτή να ενισχύει τη συνεργασιμότητα του πελάτη σε εργασία που του ανατίθεται στο σπίτι αποτελεί ιδιαίτερη ικανότητα που καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την επιτυχία της ψυχοθεραπείας (Tompkins, 2002). Ως προς αυτό το σημείο, έχει επισημανθεί ότι η υπερβολική ανάθεση εργασιών για το σπίτι μπορεί να αποτελέσει κυρίαρχη αιτία για τη μη-συμμόρφωση του θεραπευόμενου (Schlesinger, 1982a).

Ο ρόλος του θεραπευτή και των τεχνικών αντιμετώπισης της μη-συμμόρφωσης

Γενικότερα, πάντως, σε αντίθεση με την επικρατούσα άποψη στο πλαίσιο του συμπεριφορισμού, έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι η μη-συμμόρφωση στη θεραπεία δεν αποτελεί ένα αυτοφυές φαινόμενο που προέρχεται αποκλειστικά από τον θεραπευόμενο, αλλά αντίθετα αποτελεί προϊόν διαντίδρασης με τον θεραπευτή. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι όταν ο θεραπευτής υιοθετεί μια «καθοδηγητική και αντιπαραθετική» (*teach and confront*) συμπεριφορά προς τον πελάτη, τότε τα επίπεδα μη-συμμόρφωσης του τελευταίου αυξάνονται, σε αντίθεση με τις περιπτώσεις που ο θεραπευτής συμπεριφέρεται «υποστηρικτικά και διευκολυντικά» (*support and facilitate*), οπότε τα επίπεδα μη-συμμόρφωσης παραμένουν χαμηλά (Patterson & Forgatch, 1985). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν καταδειχθεί και από άλλες έρευνες που μελετούν τη μη-συμμόρφωση του θεραπευόμενου, ως μια μεταβλητή της θεραπευτικής διαδικασίας και της αλληλεπίδρασης μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου (Bischoff & Tracey, 1995. Gillespie, 1951. Mahalik, 1994. Μυτσκίδου, 2008).

Παρόλο τη σημασία που ενέχουν τέτοια ευρήματα για την πληρέστερη κατανόηση του φαινομένου της μη-συμμόρφωσης στην ψυχοθεραπεία, η συμπεριφοριστική προσέγγιση φαίνεται να εστιάζει περισσότερο στις τεχνικές αντιμετώπισης της έλλειψης συνεργασιμότητας από τον θεραπευόμενο. Παραδείγματα επιμέρους τεχνικών αντιμετώπισης της μη-συμμόρφωσης στη θεραπεία αποτελούν τα ακόλουθα.

Η διαμόρφωση αναλυτικών υποθέσεων της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου (*behavioral formulation*), βάσει καταγραφής τριών αλληλένδετων στοιχείων: (α) ερεθίσματα της προβληματικής συμπεριφοράς, (β) τρόποι αντίδρασης στα ερεθίσματα, και (γ) συνέπειες των αντιδράσεων. Η λεπτομερής αυτή ανάλυση, σε συνδυασμό με το γενικότερο ιστορικό εξέλιξης της προβληματικής συμπεριφοράς, αποτελεί τη βάση κατανόησης και ελέγχου της μη-συμμόρφωσης στη θεραπεία. Εάν κάτι τέτοιο δεν επιτυγχάνεται, αυτό σημαίνει ότι οι

αρχικές υποθέσεις είναι ακατάλληλες και θα πρέπει να τροποποιηθούν (Turkat & Meyer, 1982).

Μία δεύτερη τεχνική αντιμετώπισης της μη-συμμόρφωσης είναι η ενίσχυση της συμμετοχής του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία μέσω: (α) της ενεργούς εμπλοκής του στο σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης, (β) του παιξίματος ρόλων στις περιπτώσεις που υπάρχουν επιφυλάξεις για ορισμένες συμπεριφοριστικές τεχνικές, ή φόβοι για τις συνέπειες της αλλαγής συμπεριφοράς, (γ) της έμπρακτης δέσμευσης του θεραπευόμενου στις ανατεθείσες για το σπίτι εργασίες, όπως για παράδειγμα με τη τήρηση ημερολογίου, την τηλεφωνική κλήση στον θεραπευτή με το πέρας της εργασίας, κ.ά., και (δ) της ενίσχυσης του κινήτρου για αλλαγή με τη σύναψη γραπτού θεραπευτικού συμβολαίου, ή επιμέρους «συμβολαίων τιμής» (Goldfried, 1982).

Για τους σκοπούς της αντιμετώπισης της μη-συμμόρφωσης, εφαρμόζονται και κλασικές συμπεριφοριστικές τεχνικές, όπως για παράδειγμα η μέθοδος της αυτό-ενίσχυσης, η θετική ενίσχυση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς από τον θεραπευτή, οι τεχνικές της συστηματικής συντελεστικής ενίσχυσης (π.χ. υλικές ή κοινωνικές αμοιβές), η μίμηση προτύπων με συμμετοχή, οι ασκήσεις παρρησιαστικής αγωγής και η *in vivo* συστηματική απευαισθητοποίηση (Καλαντζή-Αζίζι, 1992, 1993). Επιπρόσθετα, εφαρμόζονται και τεχνικές γνωστικού συμπεριφορισμού, όπως για παράδειγμα η αμφισβήτηση των παράλογων ιδεών του θεραπευόμενου γύρω από ζητήματα ντροπής, ενοχής, κριτικής και απόρριψης, καθώς και τα θεραπευτικά παράδοξα (βλ. Κεφάλαιο 9). Οι εφαρμογές των θεραπευτικών παράδοξων στη συμπεριφοριστική θεραπεία βασίζονται στη ψυχο-κατακλυσμική θεραπεία και την ενδο-εκρηκτική θεραπεία, καθώς και στην τεχνική του κορεσμού του ερεθίσματος. Σε αυτές τις μορφές παρέμβασης ο θεραπευόμενος καλείται να συμπεριφέρεται ακριβώς όπως επιτάσσει η προβληματική του συμπεριφορά, ακόμα και να φτάνει σε βαθμό υπερβολής. Μέσω των τεχνικών αυτών, το άγχος που εκλύεται από τα αρχικά αγχογόνα ερεθίσματα μειώνεται

σταδιακά, ενώ το άτομο ανακτά μια αίσθηση ελέγχου πάνω στα συμπτώματά του. Οι συγκεκριμένες τεχνικές έχει βρεθεί ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στις περιπτώσεις των ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών (Ritchie, 1987).

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η έννοια της αντίστασης στη συμπεριφοριστική θεραπεία διέρχεται από τρία κεντρικά σημεία. Καταρχήν, ιστορικά και εννοιολογικά, πέρασε από την άρνηση και την ανυπαρξία στην εννοιολογική ταυτοποίησή της ως μη-συμμόρφωση του θεραπευόμενου στις θεραπευτικές διαδικασίες και επιταγές. Συνακόλουθα, ανάχθηκε σε ιδιοσυστασιακά χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου και αποκόπηκε από τα δεδομένα της διαντίδρασης με τον θεραπευτή, καθώς και από τα δυναμικά της θεραπευτικής διαδικασίας, παρά τα αντίθετα ερευνητικά ευρήματα. Τέλος, ταυτίστηκε με τα αρνητικά φαινόμενα της θεραπείας που διαταράσσουν την ομαλή εξέλιξή της και οδηγούν αναπόδραστα σε αρνητικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ως τέτοιο, η μη-συμμόρφωση αποτέλεσε εμπόδιο της θεραπείας που έπρεπε να υπερβληθεί με τις κατάλληλες μεθόδους.

Εν τέλει, ο ορισμός αυτός της μη-συμμόρφωσης μοιάζει να απηχεί τον πρωταρχικό ορισμό της αντίστασης από τον Freud, ως οτιδήποτε παρακωλύει την πρόοδο της θεραπευτικής διαδικασίας (Schlesinger, 1982b). Κάτι τέτοιο οδηγεί στο παράδοξο η αντίσταση (ή η μη-συμμόρφωση) να συγκροτεί έναν κοινό τόπο ανάμεσα στον συμπεριφορισμό και την ψυχανάλυση, τουλάχιστον όσον αφορά την παραδοσιακή αντίληψη του φαινομένου. Δηλαδή, ενώ οι σύγχρονες τάσεις στην κατανόηση της αντίστασης, τόσο στο πεδίο της ψυχανάλυσης όσο και στις άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, αποδίδουν σε αυτή έναν λειτουργικό-προστατευτικό χαρακτήρα για την αίσθηση ασφάλειας του ατόμου, οι αντίστοιχες πρωταρχικές ψυχαναλυτικές θεωρήσεις για την αντίσταση ήταν ότι αυτή συνιστά εμπόδιο για την πρόσβαση στο ασυνείδητο και για τη θεραπευτική διαδικασία, στο σύνολό της. Κατ' αντιστοιχία, οι σύγχρονες θέσεις του συμπεριφορισμού για την

αντίσταση αντανακλούν αυτή την κλασική ψυχαναλυτική αντίληψη, του κωλύματος και της εναντίωσης στην ψυχοθεραπεία.

Η βασική αυτή διαφορά της συμπεριφοριστικής προσέγγισης από τις υπόλοιπες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις αποτέλεσε έναν από τους λόγους για τους οποίους στο δείγμα της παρούσας μελέτης δεν συμπεριληφθήκαν θεραπευτές της συγκεκριμένης θεωρητικής σχολής. Ο εκ διαμέτρου διαφορετικός, αλλά και μάλλον παρωχημένος, τρόπος κατανόησης του φαινομένου της αντίστασης στους κόλπους του συμπεριφορισμού, καθώς επίσης η μη-επικέντρωση στο ρόλο της θεραπευτικής σχέσης, συντέλεσαν ώστε να θεωρηθεί ότι η συμμετοχή συμπεριφοριστών θεραπευτών στο δείγμα της μελέτης θα οδηγούσε σε μεροληψία στα ερευνητικά δεδομένα. Ιδιαίτερα δε η επιλογή αυτή θεωρήθηκε ότι είχε επιπλέον βαρύτητα, συνυπολογίζοντας ότι η παρούσα μελέτη διερευνά μια ιδιόμορφη συνθήκη της θεραπευτικής σχέσης, αυτή της προσωρινής απώλειας και αίρεσης στη φάση των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας. Η συγκεκριμένη περίοδος διακρίνεται από σύνθετα δυναμικά και ανακινεί πολλαπλές ενδοψυχικές και διαπροσωπικές διεργασίες, όπως αναλύεται στο επόμενο κεφάλαιο.

Μ Ε Ρ Ο Σ Ι Ι Ι

Αντίσταση

και καλοκαιρινές διακοπές θεραπείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Διακοπές της θεραπείας: αποχωρισμός και αντίσταση

Το χρονικό πεδίο κατά το οποίο επιλέχθηκε να διερευνηθεί η κεντρική μεταβλητή της παρούσας εργασίας, η αντίσταση του θεραπευόμενου, είναι οι πρώτες καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας. Οι λόγοι της συγκεκριμένης επιλογής είναι πολλαπλοί. Καταρχήν, οι καλοκαιρινές διακοπές ενσωματώνουν πολλές διαφορετικές παραμέτρους που συνδέονται θεωρητικά με τις σύγχρονες τάσεις κατανόησης της αντίστασης, όπως είναι ο ρόλος της απώλειας στην εμφάνιση αντιστάσεων και αμυντικών μηχανισμών, η παράμετρος της ασφάλειας / ανασφάλειας στη θεραπευτική διαντίδραση και η σπουδαιότητα της θεραπευτικής σχέσης. Οι καλοκαιρινές διακοπές ανακινούν μια σειρά από αντιστάσεις και ενεργοποιούν ιδιαίτερα ευαίσθητες πτυχές του ψυχικού κόσμου του ασθενούς, βάλλοντας ταυτόχρονα αυτό καθ' εαυτό το πεδίο επεξεργασίας αυτών των δυναμικών –την ίδια τη θεραπευτική σχέση, με την προσωρινή απώλειά της. Το γεγονός αυτό, όπως τεκμηριώνεται θεωρητικά στη συνέχεια του κεφαλαίου, καθιστά τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας ένα «ιδανικό» πεδίο, ώστε να καταδειχθεί η πιθανή αλληλεπίδραση μεταξύ αντίστασης και ασφάλειας στην ψυχοθεραπεία. Δεύτερον, οι διακοπές της θεραπείας είναι ένα «φαινόμενο» που συναντάται σε όλες τις προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας, οπότε αποτελούν συνδετικό κρίκο ανάμεσα στις διαφορετικές θεραπείες, και άρα κοινό τόπο διερεύνησης παν-θεωρητικών μεταβλητών της θεραπείας, όπως είναι η αντίσταση. Τρίτον, οι καλοκαιρινές διακοπές αντιπροσωπεύουν ένα συγκεκριμένο και «μετρήσιμο» γεγονός της θεραπείας, παράμετρος που διευκολύνει την ερευνητική διαδικασία. Τέταρτον, η επίδραση της απουσίας του θεραπευτή τόσο στη θεραπευτική σχέση όσο και σε άλλες μεταβλητές της θεραπευτικής διαδικασίας (π.χ. μεταβίβαση, θεραπευτική συμμαχία) δεν έχει ερευνηθεί έως σήμερα, παρά την διαφανόμενη σπουδαιότητά της, από θεωρητική και κλινική σκοπιά.

Συγκεκριμένα, οι κάθε είδους αποχωρισμοί του ασθενή από τον θεραπευτή αποτελούν αναπόσπαστο μέρος κάθε θεραπείας. Ο χρόνος που μεσολαβεί ανάμεσα στις συνεδρίες, τα Σαββατοκύριακα, οι προγραμματισμένες ή οι έκτακτες ακυρώσεις συνεδριών (π.χ. λόγοι εκπαίδευσης, ασθένειας, κτλ.), οι προσωρινές διακοπές της θεραπείας για τις εορταστικές ή τις καλοκαιρινές διακοπές, σε όλες αυτές τις περιόδους ο θεραπευόμενος βιώνει τη φυσική απουσία του θεραπευτή. Αυτοί οι αποχωρισμοί –άλλοτε ως δεδομένο της θεραπείας κι άλλοτε ως κάτι εμβόλιμο– προκαλούν μια σειρά από συναισθηματικές αντιδράσεις στον θεραπευόμενο, με αποτέλεσμα η θεραπεία να συνιστά εν τέλει ένα συνεχές από συναντήσεις κι αποχωρισμούς, άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ τους. Από την εμφάνιση της κλασικής ψυχανάλυσης έως τις πλέον σύγχρονες ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, η σημασία του αποχωρισμού στην ψυχο-συναισθηματική εξέλιξη του ανθρώπου κατέχει δεσπόζουσα θέση. Είναι άξιο απορίας, λοιπόν, το γεγονός ότι οι αποχωρισμοί στη θεραπευτική διαδικασία δεν έχουν λάβει αντίστοιχη –τουλάχιστον εμπειρική– προσοχή, αν και τα ψυχαναλυτικά κείμενα έχουν πλείστες αναφορές σε σχετικό κλινικό υλικό, γεγονός που αποδεικνύει την επίδραση των κάθε είδους διακοπών στη θεραπευτική πρακτική. Ο Freud (1900/1953a) είχε εξ αρχής επισημάνει τις επιπτώσεις των διαλλειμάτων στη θεραπεία, καθώς αυτά εγείρουν μια σειρά από διαφορετικές συναισθηματικές αντιδράσεις στον θεραπευόμενο, πολλές από τις οποίες είτε συνιστούν φανερή αντίσταση είτε αντανakλούν ευρύτερους αμυντικούς μηχανισμούς απέναντι σε όσα διακινεί ο αποχωρισμός από τον θεραπευτή. Ο βασικός λόγος που στις υπόλοιπες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις το θέμα των διακοπών της θεραπείας δεν εξετάζεται τόσο αναλυτικά –παρόλο που τις αφορά– ίσως σχετίζεται με τον πιο μακρόχρονο, συστηματικό και οριοθετημένο θεραπευτικό σχεδιασμό της ψυχοδυναμικής θεραπείας. Γενικότερα, πάντως, ενώ τόσο θεωρητικά όσο και κλινικά φαίνεται να θεμελιώνεται η σχέση ανάμεσα στις διακοπές της θεραπείας και την αντίσταση του θεραπευόμενου, η σχέση αυτή

δεν έχει επιβεβαιωθεί παρά μόνο αποσπασματικά σε επίπεδο ερευνητικό, ανεξαρτήτου θεωρητικής σχολής.

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να καταδειχθούν αφενός μεν οι τρόποι με τους οποίους ο αποχωρισμός από τον θεραπευτή επηρεάζει τη θεραπεία εν τω συνόλω, κι αφετέρου πώς η έννοια του αποχωρισμού στη θεραπευτική σχέση συνδέεται με την αντίσταση. Από τις ποικίλες αφορμές διακοπών της θεραπείας, επιλέγεται να δοθεί έμφαση στις καλοκαιρινές διακοπές του θεραπευτή, καθώς αυτές αποτελούν συνήθως το μεγαλύτερο προβλεπόμενο χρονικό διάστημα απουσίας του θεραπευτή σε μια μακρόπνοη θεραπεία.

Ο ρόλος του αποχωρισμού στην ψυχική ζωή και τη θεραπεία

Στο ερώτημα γιατί ο αποχωρισμός στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης να ενέχει κάποια σημασία, η απάντηση βρίσκεται καταρχήν στον κεντρικό ρόλο που παίζει ο αποχωρισμός για την εξέλιξη της ψυχικής ζωής του ατόμου. Ο Quinodoz (1993) υποστηρίζει ότι *«το άγχος αποχωρισμού αποτελεί τη βάση για την αίσθηση της ταυτότητάς μας, όπως και για τη γνώση μας για τον άλλον»* (σελ. 5). Διευκρινίζει δε ότι ο αποχωρισμός αφορά σε μια προσωρινή διακοπή της σχέσης με τον άλλον (άγχος αποχωρισμού), ενώ η απώλεια σε μια μόνιμη που μπορεί να απειλήσει και με απώλεια εαυτού (άγχος αφανισμού), αν και οι φαντασιώσεις που αφορούν τον αποχωρισμό τείνουν να συγχέονται με αυτές της απώλειας, οπότε συχνά ο αποχωρισμός βιώνεται τελικά ως απώλεια (Quinodoz, 1993). Οι δύο αυτές καταστάσεις εναλλάσσονται αδιάκριτα μεταξύ τους στον ανθρώπινο ψυχισμό. Θα ήταν, επομένως, παράδοξο για κάτι που έχει θεμελιακή αξία στην πορεία της ανθρώπινης ψυχικής ανάπτυξης, να μην αναδύεται ως τέτοιο και στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης. Πράγματι, όταν το άγχος αποχωρισμού ανακινείται στη θεραπεία εγείρει σημαντικές μεταβιβαστικές αντιδράσεις και αντιστάσεις, οι οποίες μπορούν να καθορίσουν τη θεραπευτική εξέλιξη. Η σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου έχει θεραπευτική αξία όχι μόνο εν τη παρουσία, αλλά και

εν τη απουσία της. Αυτό κατανοείται πληρέστερα με την κατάδειξη του ουσιαστικού ρόλου του αποχωρισμού, όπως αναπτύσσεται στις βασικές ψυχοδυναμικές θεωρήσεις.

Αποτελεί για όλους κοινός τόπος ότι οποιαδήποτε αλλαγή επισύρει και μια απώλεια· κάθε μετάβαση προς μια αλλαγή συνοδεύεται από διεργασίες πένθους για αυτό που αφήνεται πίσω, για αυτό που χάνεται εξ ονόματος του νέου που προκύπτει. Η απώλεια, ο αποχωρισμός και το πένθος βρίσκονται στο κέντρο της ανθρώπινης εξέλιξης και διατρέχουν όλα τα αναπτυξιακά στάδια, αρχής γενομένης από τον αποχωρισμό με το πρωταρχικό πρόσωπο φροντίδας, τη μητέρα. Όπως εύγλωττα το τοποθετεί ο Πονταλίζ (2007), *«Βεβαιότητα: μια μητέρα εξαφανίζεται, μια γυναίκα εξαφανίζεται, εγώ εξαφανίζομαι. Μαρτύριο: άραγε θα ξανάρθουν;»* (σελ. 107). Ο πρώτος που ανέπτυξε θεωρητικά τις θέσεις αυτές ήταν ο Freud (1925-1926/1959), ο οποίος μίλησε για τις βασικές ψυχολογικές καταστάσεις κινδύνου από τις οποίες διέρχονται το βρέφος και το μικρό παιδί κατά την ανάπτυξή τους και που όλες τους σηματοδοτούνται από απώλεια και αποχωρισμό. Οι καταστάσεις αυτές αφορούν: (α) την αρχική συμβιωτική σχέση μητέρας-βρέφους ως αδιαφοροποίητη ενότητα, κατά την οποία ο «κίνδυνος» έγκειται στις υπερβολικές διεγέρσεις που βιώνει το βρέφος και οι οποίες απειλούν με χάος και αφανισμό, εάν απολεσθεί το αντικείμενο φροντίδας, (β) τη μετάβαση στη δυαδική σχέση μητέρας-βρέφους κατά την οποία η μητέρα αναγνωρίζεται πια ως ξεχωριστό πρόσωπο και πλέον ο «κίνδυνος» αφορά τον αποχωρισμό του ίδιου ως οντότητα και την απώλεια αγάπης του γονεϊκού αντικειμένου, και (γ) το ακόλουθο πέρασμα στην τριαδική σχέση –ξεχωριστός εαυτός, μητέρα, πατέρας– που αντανακλά την οιδιποδειακή κατάσταση κι εδώ ο «κίνδυνος» αφορά κυρίως στο άγχος ευνουχισμού, αλλά κι ευρύτερα στις νέες ταυτίσεις, τα άγχη και τις άμυνες που κινητοποιεί η αναπόφευκτη διεύρυνση των σχέσεων από την προηγούμενη δυαδικότητα στην τριαδικότητα.

Όλα αυτά τα στάδια έχουν ως κοινό τους στοιχείο έναν ελάχιστο βαθμό αντίστασης. Τα στάδια του Freud και οι σύστοιχοι «κίνδυνοι» ενεργοποιούνται εκ νέου στη μεταβιβαστική

σχέση με τον θεραπευτή, ιδιαίτερα σε περιόδους μακρών αποχωρισμών. Μαζί ανακύπτει και η αντίσταση του θεραπευόμενου να αντιμετωπίσει την απώλεια της εξάρτησής του από τα γονεϊκά αντικείμενα, όπως αυτά μετατίθενται στη σχέση με τον θεραπευτή (Shengold, 2006). Ο Shengold (2006) περιγράφει αυτή τη δυσκολία ως την αντίσταση να αποστασιοποιηθεί κανείς από τη γονεϊκή εξάρτηση, την αντίσταση ενός μέρους του εαυτού να μεγαλώσει ψυχικά και να αυτονομηθεί. Ο Thompson (2004) αναφέρεται σε αυτή ως την τυπική αντίσταση του θεραπευόμενου να αντέξει τις θυσίες που περιλαμβάνει η αναζήτηση της προσωπικής ευτυχίας. Πρόκειται, εν τέλει, για τη γενικότερη ψυχολογική δυσκολία στον άνθρωπο να αντιμετωπίσει την απώλεια που διαδέχεται κάθε βήμα προς την ωριμότητα. [Πιθανόν η αντίσταση αυτή να εξηγείται από την ασυνείδητη συναίσθηση ότι κάθε απώλεια που οδηγεί πλησιέστερα στην ωριμότητα παραπέμπει προοδευτικά στην ύστατη απώλεια, αυτή του φυσικού θανάτου, αν και αυτή ακριβώς η διαδρομή συνεχών αλλαγών προς την ωριμότητα συνιστά την ίδια τη ζωή; Όπως έχει υπογραμμίσει ο Heidegger (Κωσταράς, 1990) ότι το Είναι είναι πάντοτε Είναι προς τον θάνατο].

Οι θέσεις του Freud και της Klein περί αποχωρισμού.

Το άγχος αποχωρισμού είχε αποτελέσει για τον Freud (1925-1926/1959) το πρωτότυπο κάθε μορφής άγχους. Δηλαδή, ο αποχωρισμός τέθηκε εξ αρχής ως η πρωτογενής πηγή του άγχους: το άγχος ήταν αντίδραση απέναντι στον κίνδυνο απώλειας του αντικειμένου. Παρά τις μεθύτερες αναθεωρήσεις των απόψεων του, στο έργο του «*Αναστολή, Σύμπτωμα και Άγχος*» ο Freud (1925-1926/1959) είχε αρχικά αποδώσει το άγχος σε φαντασιώσεις γύρω από τον αποχωρισμό και την απώλεια αντικειμένου, κι αυτό γιατί θεώρησε ότι το άγχος παρέπεμπε σε συναισθήματα απελπισίας και ανημπόριας μπροστά στην αίσθηση ενός κινδύνου –ενός κινδύνου που ανακινούσε τα έντονα συναισθήματα αδυναμίας που έχει βιώσει ο καθένας όταν ως ανίσχυρο βρέφος έρχεται αντιμέτωπος με την απουσία της

μητέρας. Αναφορικά δε με την κατάσταση που επικρατεί στην αναλυτική εργασία ως προς το θέμα του αποχωρισμού, ο Freud (1913/1958b) είχε κάνει λόγο για την «κρούστα της Δευτέρας», μια έννοια που περιέγραφε την προκληθείσα διαταραχή στη θεραπευτική διαδικασία κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου, όταν η θεραπεία διακοπτόταν. Μιλώντας γενικότερα για τη συχνότητα που πρέπει να διέπει την αναλυτική διαδικασία, ο Freud (1913/1958b) υπογράμμιζε ότι, *«όταν η ανάλυση γίνεται σε αραιά χρονικά διαστήματα υπάρχει πάντα ο κίνδυνος...η θεραπεία να χάσει την επαφή με το παρόν και να οδηγηθεί σε πλάγιους δρόμους»* (σελ. 127), τονίζοντας έτσι την αρνητική σημασία των μεσοδιαστημάτων ανάμεσα στις συνεδρίες.

Η Klein (1975), από την πλευρά της, συνέδεσε το άγχος αποχωρισμού με τις επιθετικές φαντασιώσεις καταστροφής του αντικειμένου, που κατακλύζουν σε μια ορισμένη φάση όλα τα βρέφη. Σύμφωνα με εκείνη, το άγχος γύρω από την απώλεια αντικειμένου μπορεί να έχει παρανοειδή χαρακτήρα –όπου το άγχος αφορά το φόβο επίθεσης από ένα καταδιωκτικό αντικείμενο–, ή καταθλιπτικό χαρακτήρα –όπου το άγχος αφορά τον φόβο μήπως απολεσθεί το εσωτερικευμένο καλό αντικείμενο. Στην πρώτη περίπτωση, η μεγαλύτερη απειλή είναι το άγχος αφανισμού παρά το άγχος αποχωρισμού. Τα παρανοϊκά άγχη παραπέμπουν στην παρανοειδή-σχιζοειδή θέση όταν το βρέφος βάλλεται από άγχος αφανισμού, καθώς υφίσταται όλο και μεγαλύτερες διακοπές στη συμβιωτική σχέση με τη μητέρα. Αντίστοιχα στη θεραπεία, η απουσία του θεραπευτή μπορεί να ανακινήσει στον θεραπευόμενο είτε παρανοϊκά είτε καταθλιπτικά άγχη. Στο παρανοϊκό άγχος, ο θεραπευόμενος βιώνει την απουσία ως εγκατάλειψη, δηλαδή ως μια πράξη επίθεσης, εξαιτίας των ασυνείδητων επιθετικών φαντασιώσεων του ιδίου προς το πρόσωπο του θεραπευτή, οπότε ο θεραπευτής βιώνεται μέσω της προβλητικής ταύτισης ως κακό, εχθρικό αντικείμενο. Στην περίπτωση του καταθλιπτικού άγχους, ο θεραπευόμενος μπορεί να φοβάται πως με την απουσία του

θεραπευτή θα απωλεσθεί και η ασφάλεια που παρέχεται από εκείνον ως εσωτερικευμένο καλό αντικείμενο.

Ο Grinberg (1968) έχει περιγράψει ότι η απουσία του θεραπευτή βιώνεται καταδιωκτικά, επειδή ο ασθενής τη συνδέει με επιθετικές φαντασιώσεις και φοβάται την αντεκδίκηση. Η επιθετικότητα του ασθενή μπορεί να μην προβάλλεται απευθείας προς το πρόσωπο του θεραπευτή, αλλά να εκδραματίζεται είτε προς τρίτα πρόσωπα είτε πάνω στο ίδιο το σώμα του ασθενούς με σωματοποιήσεις και υποχονδριακά συμπτώματα. Με αυτές τις μορφές εκδραμάτισης –οι οποίες συνιστούν παράλληλα αντίσταση, καθώς τα πραγματικά συναισθήματα δεν ρηματοποιούνται, αλλά γίνονται πράξη– ο θεραπευόμενος καταφέρει να ακυρώσει τη σημασία της απώλειας του θεραπευτή και ταυτόχρονα να εμπεριέξει τα ανυπόφορα επώδυνα συναισθήματα που προκαλούνται από τον αποχωρισμό (Grinberg, 1968). Μέσα από αυτή την, κατά τα άλλα επώδυνη, διαδικασία φαίνεται πως διατηρείται ένα ελάχιστο επίπεδο μετέωρης εσωτερικής ασφάλειας. Τελικά, σύμφωνα με την Klein (1940), αυτός που πενθεί για κάποια απώλεια δεν μπορεί να ξεπεράσει το πένθος και να εδραιώσει μια αίσθηση σταθερής ασφάλειας, εάν πρώτα δεν αποκαταστήσει, ξανά και ξανά, τους «καλούς» γονείς και το απολεσθέν μέρος του εαυτού μέσα σε εκείνους, διαδικασία που προϋποθέτει να ρισκάρει κανείς τον κίνδυνο αποδιοργάνωσης του εγκαθιδρυμένου εσωτερικού του κόσμου.

Η διεργασία του πένθους ενέχει κεντρική σημασία καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου της ζωής, καθώς η διαδικασία ανάπτυξης είναι μια δια βίου διαδικασία πένθους. Όπως σχολιάζει σχετικά η Haynal (1985), τα διαφορετικά στάδια της φυσιολογικής ανάπτυξης μπορούν να θεωρηθούν ως την επιτυχή διεργασία του πένθους που συνοδεύει κάθε φορά τις αλλαγές της ζωής. Η θέση αυτή αντανακλάται στους σημαντικότερους εξελικτικούς ψυχοδυναμικούς θεωρητικούς: Mahler, Winnicott, Fairbairn, Kohut, Bowlby.

Οι θέσεις της Mahler και του Winnicott περί αποχωρισμού.

Η Mahler (1968) αναπτύσσοντας τα επιμέρους στάδια ανάπτυξης του βρέφους και του νηπίου έως την ηλικία των τριών ετών, όρισε τη διαδικασία αποχωρισμού-εξατομίκευσης. Η διαδικασία αυτή, είναι πολύ αργή και σταδιακή, ενώ όπως συμβαίνει με κάθε ενδοψυχική διεργασία, έτσι και αυτή, αναζωπυρώνεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Ποτέ δεν ολοκληρώνεται και πάντοτε μπορεί να επαναδραστηριοποιηθεί, καθώς μάλιστα θεωρείται το μεγαλύτερο υπαρξιακό καθήκον του ανθρώπου (Behrends & Blatt, 1985). Η περίοδος αποχωρισμού-εξατομίκευσης, η οποία εκτείνεται χρονικά από τον 4^ο-5^ο μήνα ζωής μέχρι τον 30^ο ή τον 36^ο μήνα, περιλαμβάνει τέσσερις υπο-φάσεις: τη φάση της διαφοροποίησης, της εξάσκησης, της επαναπροσέγγισης και της σταθερότητας του λιβιδινικού αντικειμένου (Mahler, 1968). Πρόκειται για τη σταδιακή και συχνά περίπλοκη διαδικασία αποστασιοποίησης του βρέφους από τη μητέρα του, μέσω της κιναισθητικής και αντιληπτικής ωριμότητάς του. Η φυσική αυτή εξέλιξη συνοδεύεται από ποικίλες ψυχο-συναισθηματικές εκδηλώσεις, το αποκορύφωμα των οποίων λαμβάνει χώρα στη φάση της επαναπροσέγγισης. Είναι τότε (στην ηλικία περίπου των 2 ½ ετών) που το νήπιο βιώνει αυξημένο άγχος αποχωρισμού, καθώς αποκτά συνειδητή πια συναίσθηση του αποχωρισμού του από τη μητέρα. Πλέον φθάνει σε ένα πολύ σημαντικό σημείο καμπής ως προς τη συναισθηματική του ανάπτυξη. Σύμφωνα με τον Blum (1985), οι τρεις περιπτώσεις «κινδύνου» του Freud –φόβος απώλειας του αντικειμένου, φόβος απώλειας της αγάπης του αντικειμένου και φόβος ευνουχισμού– ενεργοποιούνται ταυτόχρονα στη φάση επαναπροσέγγισης. Τώρα το νήπιο αρχίζει να αντιλαμβάνεται τα αναμενόμενα εμπόδια που υπεισέρχονται στην πορεία του προς «την κατάκτηση του κόσμου».

Παράλληλα, με την απόκτηση βασικών δεξιοτήτων και αντιληπτικών γνωστικών ικανοτήτων αρχίζει να διαφοροποιεί σαφέστερα μεταξύ της ενδοψυχικής αναπαράστασης του αντικειμένου και την αναπαράσταση εαυτού (Σακελλαρόπουλος, 2001). Έτσι, αρχίζει να

νιώθει αβοήθητο εκ νέου. Οι σημαντικοί άλλοι, και κυρίως η μητέρα, είναι εκείνοι που κατέχουν τη δύναμη να το βοηθήσουν να ανταπεξέλθει στις νέες απαιτήσεις (Μωραΐτου, 2004). Αρχίζει τότε να αναζητά πιεστικά την προσοχή της μητέρας, να δείχνει μια αυξημένη ανάγκη να μοιράζεται μαζί της –αλλά και με τα άλλα σημαντικά πρόσωπα της οικογένειας– κάθε καινούρια κατάκτηση, δεξιότητα ή εμπειρία που αποκτά. Τα προβλήματα σε αυτή τη φάση ανακύπτουν όταν η μητέρα και οι σημαντικοί άλλοι στερούν από το νήπιο τη δύναμη που εκείνο τους έχει προσδώσει, όντας συναισθηματικά μη-διαθέσιμοι, αδιαφορώντας για τα επιτεύγματα του παιδιού, ή αρνούμενοι την ανεξαρτητοποίησή του και διατηρώντας μια συμβιωτική-παρασιτική σχέση με αυτό. Σε αυτές τις περιπτώσεις, εκείνο θα καταφύγει σε προσπάθειες να ελέγξει τη δύναμη που έχει αποδώσει στους άλλους –ή μάλλον, τη βαθιά αδυναμία που βιώνει το ίδιο. Θα αναπτύξει απαιτητική, ελεγκτική συμπεριφορά· θα θυσιάσει την πορεία προς την εξατομίκευση και θα μείνει συμβιωτικά εξαρτώμενο από φόβο μη χάσει την αγάπη και την αποδοχή των άλλων· θα εξιδανικεύσει τους άλλους ως έχοντες τη δύναμη να το κάνουν να αισθάνεται καλά, παράλληλα φθονώντας και φοβούμενο τη δύναμη αυτή· ή, θα ανεξαρτητοποιηθεί πρόωρα καταπιέζοντας τις φυσιολογικές εξαρτητικές του ανάγκες.

Οι συμπεριφορές αυτές επανεμφανίζονται στη σχέση μεταβίβασης με τον θεραπευτή – ιδιαίτερα σε φάσεις διακοπών της θεραπείας (Horner, 2005. Power, 2003). Μέσα από τις αντιδράσεις που έχει ο θεραπευόμενος απέναντι στον αποχωρισμό από τον θεραπευτή, προκύπτουν πολύτιμες πληροφορίες για τους τρόπους με τους οποίους βιώνει τις σχέσεις του, ώστε να αποκαταστήσει τα κενά της ιστορίας αυτής της φάσης, του αποχωρισμού-εξατομίκευσης. Έτσι, για παράδειγμα, εάν ένας ασθενής αντιδράσει με εξαρτητική συμπεριφορά και έκδηλη αγωνία για τον αποχωρισμό, φαίνεται πως για αυτόν ο σημαντικός άλλος είναι απαραίτητος για τη διατήρηση της εσωτερικής ασφάλειας και της αυτό-εκτίμησής του. Μπορεί, επίσης, να αρχίσει να κατηγορεί –ρητά ή άρρητα– τον θεραπευτή για τις δυσκολίες που προέκυψαν κατά την απουσία του και να καταλογίζει την ευθύνη σε

εκείνον, υποδηλώνοντας με αυτό τον τρόπο ότι τον έχει εξιδανικεύσει και παράλληλα τον φοβάται. Από την άλλη πλευρά, ένας άλλος ασθενής μπορεί να εκφράσει χαρακτηριστικές αντιστάσεις απέναντι στον αποχωρισμό του θεραπευτή, π.χ. να ελέγξει την απουσία του θεραπευτή αρνούμενος την οποιαδήποτε σημασία της. Οι θεραπευτές θα πρέπει να αναγνωρίζουν, αναφέρει η Horner (2005), ότι πίσω από την ελεγκτική συμπεριφορά του ασθενή ενυπάρχουν ανασφάλεια και άγχος, ενώ μια τέτοια στάση καταδεικνύει ότι οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν κατακτήσει το τελευταίο στάδιο του αποχωρισμού-εξατομίκευσης, που είναι η σταθερότητα του λιβιδινικού αντικειμένου. Ο θεραπευτής, δηλαδή, δεν βιώνεται ως σταθερό και αξιόπιστο αντικείμενο –στοιχείο που επιτείνεται με τη φυσική του απουσία σε φάση διακοπών– όπως αντιστοίχως οι σημαντικοί άλλοι δεν κατόρθωσαν παλαιότερα να εσωτερικευθούν στον ψυχικό του κόσμο ως συναισθηματικά διαθέσιμοι και «παρόντες» ακόμη κι εν τη απουσία τους. Η αποτυχία να υπάρχουν σταθερά λιβιδινικά αντικείμενα στον ψυχισμό του ατόμου, τα οποία συμβάλουν στην ακατάπαυστη διεργασία του αποχωρισμού-εξατομίκευσης, συνδέεται με την οριακή κυρίως παθολογία, αλλά και με άλλες διαταραχές προσωπικότητας (Gunderson, 1996. Handley & Swenson, 1989. Stein, Corter, & Hull, 1996). Οι ασθενείς αυτοί έχουν ανάγκη από τη σταθερή διαθεσιμότητα του θεραπευτή, γιατί διαφορετικά καλούνται να αντιμετωπίσουν ένα εσωτερικό κενό. Η σταθερότητα του λιβιδινικού αντικειμένου –ενός αντικειμένου που παραμένει ζωντανό και υπαρκτό στον ενδοψυχικό κόσμο του ατόμου ακόμη κι όταν απουσιάζει, ακόμη κι όταν δεν ικανοποιεί– αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση ώστε ο ασθενής να μη βιώσει τον αποχωρισμό από τον θεραπευτή ως ψυχική ερημοποίηση, ως μια αβάσταχτη μοναξιά, αλλά αντίθετα να καταφέρει να ζει με τον θεραπευτή ακόμη κι εν τη απουσία του. Ο φυσικός αποχωρισμός από τον θεραπευτή ανακινεί τέτοιου είδους δυναμικά που σχετίζονται με τη σταθερότητα και τη συνέχεια του αντικειμένου. Μέσω δε των σύστοιχων αντιστάσεων που εμφανίζονται αυτή

την περίοδο αποκαλύπτεται πολύτιμο υλικό για την παθολογία του ασθενούς, αλλά και γενικότερα για την εξελικτική του πορεία.

Αντιστοίχως με την έννοια της σταθερότητας του λιβιδινικού αντικειμένου της Mahler, ο Winnicott (1958) έκανε λόγο για «την ικανότητα να υπάρχει κανείς μόνος του» (*the capacity to be alone*), ικανότητα που συνιστά το πλέον χαρακτηριστικό δείγμα συναισθηματικής ωριμότητας. Η ικανότητα αυτή χτίζεται όταν το βρέφος καταφέρνει να είναι μόνο παρουσία της μητέρας του, δηλαδή όταν βιώνει τη μητέρα ως αξιόπιστη και κατακτηθείσα, ώστε προοδευτικά να μπορεί να υπάρχει και ξεχωριστά από αυτή. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Winnicott (1976), «*τίποτα δεν μπορεί να εγκαταλειφθεί, αν προηγουμένως δεν έχει ανακαλυφθεί και αποκτηθεί*» (σελ. 147). Η μητέρα καλείται στην πρώιμη φάση ζωής του βρέφους να προσαρμόζεται με προθυμία στις ανάγκες και στον κόσμο του, και με αυτό τον τρόπο να του παρέχει την ψευδαίσθηση πως αυτό που επιθυμούσε και που είχε ανάγκη –η εσωτερική του πραγματικότητα– δημιουργήθηκε και περιλαμβάνεται στον κόσμο έξω από αυτό –στην εξωτερική πραγματικότητα– μειώνοντας έτσι στο ελάχιστο δυνατό το χάσμα ανάμεσα στο φανταστικό και το πραγματικό. Με άλλα λόγια, η ενεργητική αφοσίωση της μητέρας θα βοηθήσει το παιδί να εγκαταστήσει σταδιακά μια καλή σχέση με τον κόσμο έξω από τον εαυτό του –που σε πρώτη φάση αντιπροσωπεύεται από το ίδιο το πρόσωπο της μητέρας του– μια σχέση που μπορεί να αντέξει τις ματαιώσεις, αλλά και τις απώλειες και τους αποχωρισμούς.

Η διαδικασία αυτή θα πρέπει όμως να διέλθει κάποια στιγμή μέσα από τη βαθμιαία διάλυση των αρχικών ψευδαισθήσεων, πράγμα που επίσης αποτελεί σημαντικό καθήκον των γονέων. Αυτό σημαίνει ότι η μητέρα αναπόφευκτα, και αισίως, θα διαφύγει της τελειότητας, θα αποτύχει να συντηρεί αδιαλείπτως το μύθο της παντοδυναμίας και αντ' αυτού θα παρουσιάσει τον εαυτό της ως αυτό που πραγματικά είναι, δηλαδή ένας συνηθισμένος άνθρωπος. Αυτή ακριβώς η διαδικασία διάλυσης των ψευδαισθήσεων είναι που βοηθά το

παιδί να συνειδητοποιήσει σταδιακά τη διαφορετικότητά του ως ξεχωριστό πρόσωπο από τη μητέρα του.

Αντίστοιχα στην ψυχοθεραπεία, οι διακοπές και ο συνεπακόλουθος αποχωρισμός από τον θεραπευτή υπεισέρχονται στη θεραπευτική σχέση ως αναπόδραστος όρος της πραγματικότητας, ο οποίος αίρει την ψευδαίσθηση της απεριόριστης διαθεσιμότητας του θεραπευτή και βάζει τις όποιες επιθυμίες για ενότητα μαζί του. Οι διακοπές θέτουν τα όρια της πραγματικότητας στο προσκήνιο της θεραπευτικής διαντίδρασης και ωθούν τον ασθενή να «δει» τον θεραπευτή του ως έναν συνηθισμένο άνθρωπο με τις δικές του προσωπικές ανάγκες και περιορισμούς, ξεχωριστό από εκείνον και τις δικές του επιθυμίες. Τα δυναμικά που ανακινούνται σε αυτή τη φάση παραπέμπουν στη διαδικασία που αναφέρει η Power (2003) ως, *«σταδιακή παραίτηση του βρέφους από την εμπειρία της παντοδυναμίας προς χάριν της πλουσιότερης εμπειρίας του σχετίζεσθαι»* (σελ. 79), διαδικασία που λαμβάνει χώρα όταν η μητέρα έχει προηγουμένως βιωθεί ως αξιόπιστη. Παραπλήσια, είναι σημαντικό για τον ασθενή να καταφέρει να υπάρχει μόνος του παρουσία –και ακόμη περισσότερο, απουσία– του θεραπευτή του (Power, 2003), στοιχείο που θα αντανakλά καταφανώς όλη την προηγούμενη πορεία εμπιστοσύνης και ασφάλειας ανάμεσα στους δύο. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που έχει μόλις ξεκινήσει τη θεραπεία του, όταν τη διακόπτει προσωρινά για τις καλοκαιρινές διακοπές, αναμένεται πως θα δυσκολευτεί πολύ περισσότερο με το ενδιάμεσο κενό στις συνεδρίες σε σύγκριση με κάποιον άλλον που έχει διανύσει μεγαλύτερο διάστημα θεραπείας κι ο οποίος έχει προλάβει να θεμελιώσει μια ελάχιστη βάση αξιοπιστίας.

Ο Winnicott (1976) γράφει για τη σχετική διεργασία ανεξαρτητοποίησης του βρέφους: *«Πόσο δύσκολο είναι για τη μητέρα να εξασφαλίσει στο κάθε βρέφος με τη σειρά του το αίσθημα πως απόκτησε τα ουσιώδη της αγάπης, προτού του ζητηθεί να αρκεστεί σε λιγότερα από τα πάντα! Είναι φυσιολογικό να αναμένει κανείς συγκρούσεις και διαμαρτυρίες σε σχέση με αυτή την επώδυνη μάθηση»* (σελ. 147). Εφόσον η σχέση μεταξύ θεραπευτή-

θεραπευόμενου παρουσιάζει βασικές αναλογίες με τη σχέση μητέρας-βρέφους (Farber, Lippert, & Nevas, 1995), είναι φυσιολογικό να αναμένει εξίσου κανείς ότι στη θεραπευτική σχέση η πραγματικότητα των διακοπών και οι υποκινούμενες από αυτές ενδοψυχικές διεργασίες θα προκαλέσουν στον θεραπευόμενο αντιστάσεις και ενστάσεις για όσα διακυβεύονται. Πράγματι, ο Quinodoz (1993) έχει επισημάνει την κεντρικότητα, αλλά και τη σταθερή υπόσταση, του άγχους αποχωρισμού στη θεραπευτική σχέση. Μέσα από διεξοδική θεωρητική θεμελίωση, καταδεικνύει πώς το άγχος αποχωρισμού στη θεραπεία γεννά ισχυρές αντιστάσεις τόσο στον θεραπευόμενο, ο οποίος καταφεύγει συχνά σε ναρκισσιστικές και σε πρωτογενείς άμυνες (π.χ. σχάση, προβλητική ταύτιση, άρνηση), όσο και στον θεραπευτή, ο οποίος καλείται να εμπεριέξει δημιουργικά τις επαναλαμβανόμενες αντιστάσεις του θεραπευόμενου απέναντι στις ερμηνείες αυτού του δύσκολου μεταβιβαστικού υλικού.

Τα μεταβατικά αντικείμενα στον αποχωρισμό.

Κεντρική θέση στη θεωρία του Winnicott (1953) για την προοδευτική διάλυση των ψευδαισθήσεων του βρέφους έχουν τα μεταβατικά αντικείμενα. Πρόκειται για αποκτήματα του βρέφους που ανήκουν στον κόσμο έξω από αυτό και τα οποία ωστόσο του ανήκουν (π.χ. ένα κομμάτι ύφασμα, μια κούκλα, το μαξιλάρι, κ.ά.). Τα μεταβατικά αντικείμενα αντιπροσωπεύουν τη μετάβαση του βρέφους από την κατάσταση μέθεξης με τη μητέρα, στην κατάσταση όπου η σχέση με τη μητέρα είναι μια σχέση με κάτι έξω από τον εαυτό του. Τέτοια μεταβατικά φαινόμενα εμφανίζονται και στην ψυχοθεραπεία, σε φάσεις διακοπών και απώλειας του θεραπευτή. Ο Gunderson (1996) έχει αναφερθεί στο ρόλο της φαρμακευτικής αγωγής ως σημαντικό μεταβατικό αντικείμενο όταν ο θεραπευτής πρόκειται να απουσιάσει για κάποιο διάστημα. Η σχέση με τα φάρμακα χρησιμοποιείται σε αυτή την περίπτωση από τον ασθενή ως προέκταση της θεραπευτικής σχέσης, κι ως εκ τούτου πολλές μορφές αντίστασης, ή γενικότερα μεταβιβαστικών αντιδράσεων, εκτυλίσσονται με βάση τα φάρμακα

(Συνοδινού, 2007). Επομένως, τυχόν τροποποιήσεις, ή διακοπή, στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής αυτή την περίοδο, θα πρέπει να εξετάζονται και υπό το συγκεκριμένο δυναμικό ερμηνευτικό πρίσμα.

Το ρόλο του μεταβατικού αντικειμένου μπορεί επίσης να παίξουν μικρο-αντικείμενα, όπως ένα κομμάτι χαρτί ή μια κάρτα με αναγραφόμενο το επόμενο ραντεβού, ή ακόμη και πρόσωπα, όπως η δυνατότητα να απευθυνθεί κανείς σε άλλους θεραπευτές κατά το διάστημα της απουσίας (Gunderson, 1996). Μια συνήθης μορφή αντίστασης, τα διάφορα προβλήματα με την αμοιβή του θεραπευτή, όπως λόγου χάρη η καθυστέρηση της πληρωμής κάποιων συνεδριών, ή η άρνηση να πληρωθούν οι συνεδρίες που ακυρώνει ο θεραπευόμενος, εξηγούνται από τον Gedo (1963) επίσης ως μεταβατικά φαινόμενα. Στις περιπτώσεις αυτές τα χρήματα εκπροσωπούν ένα μεταβατικό αντικείμενο που αποσιωπάται. Με την μη-καταβολή των χρημάτων, ο θεραπευόμενος «κρατά» ως δικό του κάτι που ανήκει στον θεραπευτή, αρνείται την απώλεια του αντικειμένου, ή αλλιώς, την απώλεια της ψευδαίσθησης ότι είναι «ένα» με τον θεραπευτή· εν τέλει, αρνείται την υφιστάμενη διαφορετικότητα ανάμεσα σε εκείνον και τον θεραπευτή, ως δύο ξεχωριστές οντότητες. Η κατακράτηση των χρημάτων της αμοιβής συνιστά μια προσπάθεια, όπως υποστηρίζει ο Gedo (1963), να παραμείνει ενσωματωμένη με μαγικό τρόπο η αγάπη του θεραπευτή, ως μεταβιβαστικό αντικείμενο της μητρικής αγάπης, μέσω ενός άψυχου πράγματος, αυτού των χρημάτων. Σε αυτές τις περιπτώσεις, επίσης, μοιάζει ωσάν τα χρήματα να υποκαθιστούν τις λέξεις, οι οποίες θα μπορούσαν να ρηματοποιήσουν τα άδηλα συναισθήματα του θεραπευόμενου για την απουσία του θεραπευτή· λέξεις, που όπως περιγράφει η Τσαλίκογλου (2003), θα μπορούσαν να καταστήσουν τα απόντα πράγματα «ωσεί παρόντα» και να προστατεύσουν από τη λησμοσύνη και το (συμβολικό / ψυχικό) θάνατο. Η κλινική εμπειρία καταδεικνύει ότι η ασυνείδητη αυτή διαδικασία λαμβάνει χώρα ιδιαίτερα σε περιόδους μεγάλης ματαίωσης, όπως παραδείγματος χάριν, σε περιόδους διακοπών της θεραπείας.

Οι θέσεις του Kohut και του Fairbairn περί αποχωρισμού.

Ακολουθώντας, άλλοι θεωρητικοί των σύγχρονων ψυχοδυναμικών θέσεων, όπως ο Fairbairn (1952a, 1952b) και ο Kohut (1984), τοποθετούν το άγχος αποχωρισμού στο κέντρο κάθε ψυχικού προβλήματος. Ο Fairbairn διαφοροποιείται από τις επικρατούσες φροϋδικές ψυχαναλυτικές θέσεις, σύμφωνα με τις οποίες το άγχος είναι παράγωγο σύγκρουσης ανάμεσα στο εγώ και τις σεξουαλικές και επιθετικές επιθυμίες, κι αντ' αυτών υπογραμμίζει ότι το πρωταρχικό είναι αυτό που αφορά στη σχέση κι όχι στην επιθυμία. Συγκλίνουν, δηλαδή, οι απόψεις του με την αρχική εκδοχή του Freud περί άγχους, ως παράγωγο του άγχους αποχωρισμού. Χωρίς να απορρίπτει συλλήβδην τη σημασία που έχει για το βρέφος η επιδίωξη ικανοποίησης, ο Fairbairn (1952a, 1952b) θεωρεί ότι οι ενορμήσεις δεν έχουν αυτοτελή δύναμη –δεν επιδιώκουν από μόνες του κάτι– αλλά αντίθετα αποτελούν διάφορους τρόπους αντιμετώπισης των σχέσεων με το αντικείμενο. Όπως και η Klein (1975), ο Fairbairn περιγράφει το βρέφος ως δυνητικά ικανό να μπορεί να σχετίζεται εξ αρχής, κι ως εκ τούτου όλη του η συμπεριφορά έχει αναφορά στη σχέση με το αντικείμενο και επηρεάζεται από αυτή. Στο πεδίο της θεραπείας, ο Fairbairn περιέγραψε διεξοδικά τον σχιζοειδή ασθενή ο οποίος προβαίνει σε μια αμυντική συναισθηματική απόσυρση στη σχέση του με τον θεραπευτή, επειδή αυτή η σχέση απειλεί να ενεργοποιήσει μια πολύ πρώιμη αγχωτική κατάσταση που βιώθηκε με τη μητέρα. Πρόκειται για μια κατάσταση συνδεδεμένη με τη φαντασίωση ότι η αγάπη του για τη μητέρα ήταν μη-αποδεκτή και καταστροφική. Η αίσθηση ότι είναι εκτεθειμένος σε εξαρτητικές ανάγκες που μένουν ανικανοποίητες και που μπορούν να προκαλέσουν την καταστροφή του αντικειμένου, οδηγεί τον σχιζοειδή ασθενή να αποτραβιέται σε μια παντοδύναμη στάση «μοναχικής μεγαλειότητας» (Igra, 1998), η οποία ενισχύει την πεποίθησή του ότι ασφάλεια μπορεί να υπάρχει μόνο στον εσωτερικό του κόσμο. Η απειλή της συναισθηματικής απώλειας –το να μη γίνεται δεκτός– δημιουργεί τις προϋποθέσεις ώστε ο σχιζοειδής ασθενής να έχει την παρόρμηση να «καταστρέψει» τον

άλλον, ως ένα πιθανώς καλό αντικείμενο, και να το μεταβάλλει σε επικίνδυνο ή/και σε περιφρονημένο κακό, επιβεβαιώνοντας με αυτό τον τρόπο ότι οι λιβιδινικές του ανάγκες είναι απορριπτέες και καταστροφικές (Igra, 1998). Στη βάση αυτών των πρωταρχικών συνθηκών συναισθηματικής ματαίωσης, η Τσαλίκογλου (1989) έχει ορίσει τον άνθρωπο ως το «όν της έλλειψης», που προσπαθεί συνεχώς να υπερβεί την κατάσταση οδύνης που τον περιβάλλει.

Αναμένει, λοιπόν, κανείς ότι μια πραγματική ή/και φαντασιωσική ματαίωση εκ μέρους του θεραπευτή –όπως θα μπορούσε να θεωρηθεί η φυσική του απώλεια στις διακοπές– θα συνεπάγεται στον σχιζοειδή ασθενή αύξηση του άγχους ότι απειλείται από τον «άλλον», καθώς και μεγέθυνση των σχιζοειδών άμυνών ώστε να μπορέσει να ελέγξει την αίσθηση ότι οι ανάγκες του για εξάρτηση απομένουν μετέωρες και εκτεθειμένες. Σε επίπεδο αντιστάσεων στη θεραπεία, οι σχιζοειδικές άμυνες μπορούν να εκδηλωθούν με προσπάθεια του ασθενή να επικρατήσει στη συνεδρία, με περιφρονητική, μειωτική ή/και σαρκαστική συμπεριφορά απέναντι στον θεραπευτή, είτε με ψυχική ή/και φυσική απόσυρση από τη θεραπεία, παραδείγματος χάριν παραμένοντας πεισματικά σιωπηλός, ή μη-προσερχόμενος στις συνεδρίες.

Ο Kohut (1984), ομοίως, κάνει λόγο για την πρωτοκαθεδρία της σχέσης εαυτού-αντικειμένου, καθώς το αντικείμενο συμβάλλει στην εσωτερική απαρτίωση και συνοχή του ατόμου μέσα από την ικανοποίηση των ναρκισσιστικών αναγκών (βλ. Κεφάλαιο 5). Η διαδικασία αυτή πραγματώνεται με τον όρο της «άριστης ματαίωσης», όπου οι επιτυχίες και οι αποτυχίες στην επικοινωνιακή συναλλαγή μεταξύ μητέρας και παιδιού συνυπάρχουν ομαλά και χωρίς να αποβαίνουν τραυματικές, ώστε βαθμιαία οδηγούν στη συναισθηματική αυτονόμηση του βρέφους. Στη θεραπευτική κατάσταση, αντιστοίχως, ο Kohut (1984) πρεσβεύει ότι οι αναπόφευκτες αποτυχίες του θεραπευτή να συντονιστεί πλήρως με τις ανάγκες του ασθενή του, μπορούν δυνάμει να αποτελέσουν σημαντικές ευκαιρίες για

επεξεργασία της μεταβιβαστικής σχέσης εαυτού-αντικειμένου και να συμβάλλουν στη δόμηση μιας σταθερότερης συνοχής εαυτού. Οι αποχωρισμοί από τον θεραπευτή, όπως λόγου χάρη συμβαίνει με τις διακοπές της θεραπείας, παρεμβάλλονται στη μεταβιβαστική σχέση εαυτού-αντικειμένου – δηλαδή, ως συνέπεια της φυσικής απουσίας του θεραπευτή διαταράσσεται, κατά το ήττον ή μάλλον, η ικανοποίηση των ναρκισσιστικών αναγκών του ασθενούς για «καθρέφτισμα», εξιδανίκευση και ομοιότητα στη σχέση του με τον θεραπευτή. Σύμφωνα με την άποψη της Power (2003), η διακοπή αυτής της σχέσης έχει ως θετικό επακόλουθο να μπορεί ο ίδιος ο ασθενής να καλύψει βαθμιαία τις ναρκισσιστικές ανάγκες για τον εαυτό του, εσωτερικεύοντας ψυχικά την παρουσία και τις λειτουργίες του θεραπευτή. Ο θεραπευτής, δηλαδή, παύει πλέον να τελεί ως εαυτο-αντικείμενο για τον θεραπευόμενο, ως υποκατάστατο ενός μέρους του εαυτού του που ήταν κατακερματισμένο ή μη-απαρτιωμένο. Βασική προϋπόθεση, εντούτοις, για μια τέτοια έκβαση είναι η διακοπή της σχέσης να γίνεται σε συνθήκες «άριστης ματαίωσης», ασφάλειας και αξιοπιστίας, ώστε η εμπειρία της ματαίωσης που προκύπτει από τον αποχωρισμό να είναι αφομοιώσιμη και να μην απειλεί με αφανισμό. Ούτως ειπείν, η απώλεια αντικειμένου να μην ταυτίζεται με απώλεια εαυτού.

Οι θέσεις του Bowlby περί αποχωρισμού.

Χωρίς να αποσχίζεται από τις κυρίαρχες θέσεις της σχολής των αντικειμενότροπων σχέσεων, αλλά προβάλλοντας κάποιες καινοφανείς απόψεις, ο Bowlby (1960) διαφοροποιήθηκε από τους ομότεχνους του όταν υποστήριξε πως το άγχος αποχωρισμού δεν έχει καταρχήν παθολογικές διαστάσεις –δεν συνιστά από μόνο του κάτι παθολογικό– αλλά αντίθετα αποτελεί μια φυσιολογική ενστικτώδης αντίδραση. Το άγχος αποχωρισμού λειτουργεί ως προσαρμοστικός μηχανισμός, ο οποίος σχετίζεται με τη φυσική τάση να αποκατασταθεί ή να επανορθωθεί μία επαπειλούμενη σχέση (Sable, 1994). Όταν η σχέση προσκόλλησης απειληθεί, το παιδί θα προσπαθήσει αυτομάτως να την επανακτήσει

εκδηλώνοντας άγχος αποχωρισμού. Η άποψη αυτή θεμελιώνεται πάνω στον κεντρικό άξονα της θεωρίας του Bowlby (1960), σύμφωνα με τον οποίο το βρέφος έχει την έμφυτη προδιάθεση να αναζητά την εγγύτητα με τον φροντιστή του (συνήθως τη μητέρα), ως απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή προστασίας και μιας βάσης ασφάλειας, χωρίς την οποία παρακωλύεται η φυσική τάση για εξερεύνηση (βλ. Κεφάλαιο 5). Ως εκ τούτου, λόγω της ζωτικής σημασίας της σχέσης προσκόλλησης μητέρας-βρέφους, το άγχος αποχωρισμού θεωρήθηκε ότι αντανακλά *«τη βασική ανθρώπινη προδιάθεση»* (Bowlby, 1982, σελ. 671). Και άλλοι θεωρητικοί έκαναν λόγο για την έντονη περιέργεια του βρέφους για το άγνωστο, την έμφυτη δίψα για ερεθίσματα και αναζήτηση, η οποία αναχαιτίζεται όταν σε στιγμές ματαίωσης, αποχωρισμού ή απώλειας το παιδί αποσύρεται προς τον εαυτό του και σπαταλά την ενέργεια του για την αντιμετώπιση του ψυχικού πόνου που προκύπτει από την απουσία (Klein, 1932. Winnicott, 1976). Παρομοίως, ο Bowlby υποστήριξε ότι παρά την προσαρμοστική φυσιολογική λειτουργία του άγχους αποχωρισμού, αυτό μπορεί να πάρει ακραίες διαστάσεις μετά από παθογόνες εμπειρίες, όπως έναν πραγματικό αποχωρισμό ή μια απώλεια που δεν μπόρεσαν να αφομοιωθούν στον ψυχισμό του παιδιού, απειλή εγκατάλειψης, παραμέληση, κακοποίηση, αίσθηση ότι ο κόσμος είναι επικίνδυνος, κ.ά. (Sable, 1994). Εκεί όμως που, επίσης, ο Bowlby διαφοροποιήθηκε από άλλους είναι η θέση του ότι η προσκόλληση δεν ταυτίζεται με την έννοια της εξάρτησης (Bowlby, 1973). Δηλαδή, η προσπάθεια του ατόμου να διατηρεί στο διηνεκές σχέσεις προσκόλλησης – σχέσεις που τροφοδοτούν μια αίσθηση ασφάλειας– αποτελεί μια φυσική τάση και δεν θα πρέπει να εξομοιώνεται με τις περισσότερο παθολογικές εξαρτητικές επιδιώξεις, οι οποίες παραπέμπουν σε ψυχολογική παλινδρόμηση και σε έλλειψη συναισθηματικής ωριμότητας. Το ζητούμενο της ασφάλειας δεν ανήκει μόνο στην παιδική ηλικία, οπότε οποιαδήποτε επιζήτησή της στην ενήλικη ζωή αποτελεί παλινδρόμηση στη φάση της στοματικής εξάρτησης. Αντίθετα, διατρέχει όλη την ανθρώπινη πορεία σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο.

Κάτι τέτοιο συνεπάγεται ότι στη θεραπεία οι θεραπευτές καλούνται να αποδέχονται τις προσπάθειες των ασθενών για αναζήτηση ασφάλειας στις συναισθηματικές τους σχέσεις, να τους βοηθούν να επεξεργαστούν και να απελευθερώσουν τις πλευρές εκείνες που σχετίζονται με την ανάγκη για ασφαλείς σχέσεις προσκόλλησης και να διακρίνουν την ανάγκη αυτή από συμπεριφορές εξάρτησης και συγχώνευσης με τους άλλους (Sable, 1994).

Σχηματικά, η διαφορά ανάμεσα στη φυσιολογική ανάγκη για ασφαλή προσκόλληση και την παθολογική ανάγκη για εξάρτηση θα μπορούσε πιθανόν να αποδοθεί με την απόκλιση που υφίσταται ανάμεσα στο να «στηρίζεται» κανείς στον άλλον και στο να «αγκιστρώνεται» από τον άλλον. Στην πρώτη περίπτωση, το «κράτημα» μπορεί να επιτελείται με κάποια ευελιξία και αυτοτέλεια σε σχέση με τον άλλον, χωρίς να απαιτείται οπωσδήποτε η ακλόνητη παρουσία του, φυσική ή/και ψυχική. Η διάσταση αυτή –προσκόλληση vs. εξάρτηση– ανακύπτει αναπόδραστα στη φάση των διακοπών της θεραπείας, οπότεν είναι μια μοναδική ευκαιρία να αναδειχθούν οι ενυπάρχουσες διαφορές στη σχέση με τον θεραπευτή. Ήτοι, ο θεραπευτής αφενός μεν καλείται να εμπεριέξει τη φυσιολογική αντίδραση του άγχους αποχωρισμού του ασθενή του και με αυτό τον τρόπο να του διαμηνύσει ότι οι ανάγκες του για ασφάλεια στο πλαίσιο μιας σχέσης είναι φυσιολογικές και αποδεκτές, αφετέρου δε καλείται να διαχωρίσει τις ανάγκες αυτές από πιθανές παθολογικές αντιδράσεις στον αποχωρισμό (π.χ. έμμονη-συγχωνευτική προσκόλληση ή φοβική-αποφευκτική προσκόλληση) και να τις καταστήσει αντικείμενο διεργασίας στο θεραπευτικό πλαίσιο.

Εξάλλου, και ο Bion (Quinodoz, 1993) έχει επισημάνει τη σημασία που έχει η κατανόηση και η εμπερίεξη από τον θεραπευτή του άγχους αποχωρισμού του ασθενή του, προκειμένου αυτός με τη σειρά του να μπορέσει να το αντέξει, αλλά και να εσωτερικεύσει τη θεραπευτική αυτή λειτουργία. Στη βάση της έννοιας του Bion περί «κρατήματος», η Power (2003) επισημαίνει ότι εάν τα συναισθήματα που προκαλούνται από τον αποχωρισμό με τον θεραπευτή μπορούν να «εγκρατηθούν» από αυτόν, η όποια ρήξη στη θεραπευτική

διαντίδραση αποτελεί τότε δημιουργική αφορμή για την περαιτέρω διερεύνηση του ενδοψυχικού κόσμου του ασθενούς.

Εν τέλει, από τη σχετική επισκόπηση των κύριων θεωρητικών θέσεων αναφαίνεται ότι το πώς αντιδρά κανείς στους αποχωρισμούς και τις απώλειες στη διάρκεια της ζωής του, είτε αυτές αφορούν πρόσωπα και σχέσεις είτε αφορούν φάσεις ζωής, εξαρτάται από τον τρόπο που τα κύρια πρόσωπα φροντίδας του βρέφους –με προεξάρχον αυτό της μητέρας– οριοθέτησαν την ικανότητα του να ανέχεται την απουσία και να διαχειρίζεται τη συνοδή επιθετικότητα. Κατά πόσον μία απώλεια θα αποτελέσει «δεύτερη ευκαιρία» για προσωπική ανάπτυξη και αλλαγή –όπως υποστηρίζει η Sacks (1998) ότι δύναται να συμβεί– φαίνεται πως συμβαδίζει με τη δι-επεξεργασία όλων εκείνων των αμυντικών μηχανισμών που το άτομο έχει αναπτύξει στην πορεία για να ανταπεξέλθει στον πόνο και την απειλή που προκύπτουν από τον αποχωρισμό. Κάθε καινούργια απώλεια επανεργοποιεί όλες τις προηγούμενες, συμπεριλαμβανομένων αυτών που άπτονται στις αλλαγές που συνοδεύουν την εξελικτική πορεία του ανθρώπου (Sacks, 1998). Ως άμεσο επακόλουθο, ενεργοποιούνται εκ νέου οι εγκαθιδρυμένοι αμυντικοί μηχανισμοί απέναντι στον αποχωρισμό.

Το έργο αυτό ξετυλίγεται στη σκηνή της θεραπείας όχι μόνο μέσω των εμπειριών απώλειας που θα φέρει ο θεραπευόμενος από τη ζωή του ως υλικό (στο «εκεί και τότε»), αλλά κυρίως μέσω της μεταβιβαστικής διαντίδρασης και των σχετικών αντιστάσεων που θα προκύψουν ως αποτέλεσμα των απωλειών που ο θεραπευόμενος θα βιώσει στην παρούσα σχέση με τον θεραπευτή (στο «εδώ και τώρα»). Οι αποχωρισμοί στη θεραπεία εγείρουν ειδικά κλινικά και τεχνικά προβλήματα, καθώς υπάρχουν αναρίθμητοι τρόποι με τους οποίους αντιδρούν οι ασθενείς στον αποχωρισμό από τον θεραπευτή (Greenson, 1967). Οι αντιστάσεις δε που αναφύονται στις διακοπές της θεραπείας θέτουν υπό δοκιμασία τη θεραπευτική συμμαχία, η επανεγκατάσταση της οποίας επιτυγχάνεται μόνο μέσα από την κατανόηση του ρόλου της απουσίας στη θεραπευτική σχέση.

Αιτιολογία των αντιστάσεων στις διακοπές της θεραπείας

Θεωρείται κοινός τόπος ότι οι διακοπές της θεραπείας είναι αγχογόνες τόσο για τον θεραπευόμενο όσο, ορισμένες φορές, και για τον θεραπευτή (Freud, 1900/1953a. Greenson, 1967. Rhoads & Rhoads, 1995. Shengold, 2006). Ο Shengold (2006), για παράδειγμα, αναφέρει ότι καθώς πλησιάζει ο μήνας Αύγουστος και οι καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, συνυπάρχουν συναισθήματα λύπης και ανησυχίας, αλλά ταυτόχρονα και κάποιας ανακούφισης στην προοπτική του αποχωρισμού. Κλινικό και εμπειρικό υλικό δείχνει ότι η μεταβολή των συναισθημάτων εν όψει των καλοκαιρινών διακοπών άρχεται πολύ πριν την έναρξή τους, από την περίοδο της άνοιξης (Shengold, 2006), ενώ κορυφώνεται όταν ο θεραπευτής ανακοινώνει τις ημερομηνίες της απουσίας του (Power, 2003. Rhoads & Rhoads, 1995), αλλά και μετά, κατά την πρώτη περίοδο που έχει πλέον επιστρέψει (Handley & Swenson, 1989. Power, 2003. Stein, Corter, & Hull, 1996).

Απουσία vs. παρουσία θεραπευτή στις διακοπές της θεραπείας.

Τόσο η ευρύτερη επίδραση που έχει η απουσία του θεραπευτή, όσο και τα μοναδικά δυναμικά που δημιουργούνται από αυτό καθ' εαυτό το φαινόμενο των διακοπών, κυρίως των καλοκαιρινών διακοπών, αποτελούν τις αιτίες για τις οποίες οι διακοπές εγείρουν ιδιαίτερες αντιδράσεις στη θεραπεία. Στο άρθρο «*The Psychotherapist's Absence*», ο Schafer (2002) αναφέρει ότι οι απουσίες του θεραπευτή –φυσικές ή ψυχικές, πραγματικές ή φαντασιωσικές– αποτελούν μια από τις σημαντικότερες μεταβλητές εκ μέρους του θεραπευτή στη θεραπεία. Θεμελιώνει την άποψη αυτή στο γεγονός ότι κάθε απουσία του θεραπευτή ανοίγει ένα ευρύ παράθυρο σε κεντρικές πτυχές του ασυνείδητου του θεραπευόμενου που αφορά στις σχέσεις του με τα αντικείμενα, φωτίζοντας έτσι τις βασικές πηγές του άγχους, της ενοχής, της ντροπής και του φθόνου του, καθώς και της αυτό-εκτίμησης και της συνοχής εαυτού, των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων, των φόβων απώλειας και αποχωρισμού, και

γενικότερα της αμφιθυμίας που συνοδεύει κάθε μορφής συναισθηματικής σχέσης. Βεβαίως, σε ασυνείδητο επίπεδο η «παρουσία» του θεραπευτή αποτελεί πάντοτε μία σταθερά, καθώς η μεταβίβαση είναι συνεχής και αδιάλειπτη. Ακόμη, δηλαδή, και στις περιπτώσεις που ο θεραπευτής είναι στην πραγματικότητα απών, η απουσία του δεν διασπά τη μεταβίβαση, αλλά τη διαταράσσει (Schafer, 2002). Ο ασθενής διατηρεί πάντοτε μια αίσθηση της σχέσης θεραπευτή-θεραπευόμενου, ακόμα κι όταν η σχέση αυτή δεν είναι εν ενεργεία. Επομένως, η έννοια της απουσίας του θεραπευτή είναι σχετική, καθώς αυτό που φαίνεται να έχει σημασία δεν είναι τόσο εάν ο θεραπευτής είναι ως φυσική υπόσταση παρών ή απών, αλλά ο τρόπος που ο θεραπευόμενος βιώνει ασυνείδητα τον θεραπευτή στη διαρκώς ζωντανή σχέση μεταβίβασης. Με άλλα λόγια, το γεγονός ότι ο θεραπευτής μπορεί να είναι φυσικά απών δεν σημαίνει ότι βιώνεται και ψυχικά ως απών. Κι αυτή η διάσταση ενέχει ιδιαίτερη σημασία για τον θεραπευτή, προκειμένου να μπορέσει να κατανοήσει και να ερμηνεύσει με την απαραίτητη θεραπευτική ουδετερότητα τις έντονες, σε κάθε περίπτωση, αντιδράσεις των θεραπευόμενων του, που θα έχουν προκύψει με αφορμή την απουσία του.

Προκειμένου η διάσταση αυτή να καταστεί περισσότερο κατανοητή θα αναφερθούν μια σειρά από παραδείγματα. Παραδείγματος χάριν, ο θεραπευτής μπορεί να είναι φυσικά απών, αλλά ο θεραπευόμενος να τον βιώνει ως παρών στον εσωτερικό του κόσμο. Όπως αναφέρει ο Kohut (1977), μπορεί να τον βιώνει ως μια τιμωρητική φιγούρα που εξακολουθεί να του ασκεί κριτική ακόμη κι όταν δεν παρευρίσκεται πλησίον του, ή ως μια υποστηρικτική φιγούρα, ως παρατηρητή των πράξεων του, ή ως καθοδηγητή, ή σε κάποια άλλη εκδοχή εαυτού-αντικειμένου. Από την άλλη πλευρά, ένας θεραπευτής που σκοπεύει να απουσιάσει ή που μόλις έχει επιστρέψει από μια απουσία του, έρχεται συχνά αντιμέτωπος με ασθενείς που διαμαρτύρονται εντόνως, που εκδραματίζουν, ή που αντίθετα αδιαφορούν επιδεικτικά για την απουσία αυτή, συμπεριφορές που όλες τους συνιστούν αντίσταση. Λόγου χάρη, ο θεραπευόμενος που διαμαρτύρεται ότι ο θεραπευτής δεν θα είναι προσβάσιμος κατά την

απουσία του ή γκρινιάζει για το κενό που θα υπάρξει στις συνεδρίες, επιδιώκει ασυνείδητα να διατηρήσει την προσοχή στα εξωτερικά γεγονότα και να περιορίσει τη δυνατότητα για σκέψη και επεξεργασία όλων εκείνων που λαμβάνουν χώρα ενδοψυχικά, καθώς και στη μεταβιβαστική σχέση. Ο Schafer (1998) αναφέρει ότι τέτοιες αντιδράσεις εκ μέρους του θεραπευόμενου είναι πιθανό να συγκαλύπτουν τις φαντασιώσεις του ίδιου του θεραπευόμενου πως αυτός είναι που εγκαταλείπει και καταστρέφει τον θεραπευτή, φαντασιώσεις που προβάλλονται στον θεραπευτή ώστε τελικά να είναι εκείνος που αντιμετωπιβαστικά νιώθει ενοχή, θυμό, ή καταστροφικότητα απέναντι στον ασθενή του. Παράδειγμα συμπεριφοράς εκδραμάτισης, στο πλαίσιο αυτό, είναι όταν οι ασθενείς «προκαλούν» κρίσεις πριν από μια επικείμενη απουσία του θεραπευτή (π.χ. απειλή για απόπειρα αυτοκτονίας), ώστε με αυτό τον τρόπο να διατηρήσουν εσωτερικά «παρών» τον θεραπευτή, διασφαλίζοντας ότι εκείνος θα συνεχίσει να σκέφτεται και να ανησυχεί για αυτούς. Αντιθέτως, όταν η απουσία του θεραπευτή γίνεται δεκτή ως «μη γεγονός», ως κάτι που είναι εντελώς ασήμαντο, η άρνηση αυτή μπορεί να ερμηνευθεί ποικιλοτρόπως: είτε ως αντίσταση στην μεταβίβαση, είτε ως έντονος φόβος απέναντι σε κάθε μορφή σχετιζέσθαι με πιθανές συνοδές ναρκισσιστικές ανάγκες για αυτό-επιβεβαίωση, είτε ως αντιδραστικός σχηματισμός για εχθρικά συναισθήματα απέναντι στον θεραπευτή, είτε ως έκφραση της αμφιθυμίας προς τον θεραπευτή που βιώνεται πλέον ως ένα ολόκληρο αντικείμενο κι ως τέτοιο ανακινεί συναισθήματα έγνοιας και ανησυχίας για το κατά πόσον ο θεραπευτής παραμένει υγιής και ασφαλής κατά την απουσία του και εάν θα επιστρέψει σύντομα κοντά του (Schafer, 2002).

Αυτές είναι μερικές μόνο από τις ποικίλες αντιδράσεις / αντιστάσεις που εκδηλώνουν οι θεραπευόμενοι κατά τις διακοπές της θεραπείας. Η δυναμική των διακοπών, και δη των καλοκαιρινών διακοπών, είναι τέτοια που ανακινεί πλήθος συναισθημάτων και φαντασιώσεων στο πλαίσιο της μεταβίβασης. Τη δυναμική αυτή περιέγραψε κυρίως ο

Grinstein (1955) στο κλασικό πλέον άρθρο «*Vacations: A psycho-analytic study*». Εκεί αναδεικνύεται πως οι καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας σηματοδοτούν μια σειρά από διαφορετικές διαστάσεις του ανθρώπινου γίνεσθαι και του ψυχικού ασυνειδήτου, οι οποίες υπεισέρχονται και επηρεάζουν αναπόδραστα την κλινική πρακτική.

Ψυχικά δυναμικά που ανακινούνται στις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας.

Όπως αναφέρει ο Grinstein (1955), οι διακοπές φαίνεται, καταρχήν, να αποτελούν μια προσωρινή φυγή από τις δυσκολίες της πραγματικότητας, μια απαραίτητη προσωρινή παύση των προσπαθειών του ανθρώπου να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις και τις συγκρούσεις της ζωής, όπως εξάλλου συνιστούν και οι βιορυθμοί της ανθρώπινης φύσης οι οποίοι απαιτούν διαλείμματα ύπνου και ανάπαυλας. Το γεγονός αυτό αντανakλά ότι οι διακοπές ικανοποιούν εν πολλοίς την ψυχαναλυτική αρχή της ευχαρίστησης, και μάλιστα σε όλα τα βασικά επίπεδα ψυχοσεξουαλικής ικανοποίησης: στοματικό, πρωκτικό, γεννητικό. Γενικότερα, στις διακοπές επιδιώκονται δραστηριότητες που προσφέρουν μια κάποια ανακούφιση από το άγχος της ανθρώπινης ύπαρξης (π.χ. ελαχιστοποίηση των καθημερινών ευθυνών, απομάκρυνση από πρόσωπα και καταστάσεις που αποτελούν πηγή άγχους, διασκέδαση, περιποιήσεις σώματος, ψυχαγωγικές-πολιτιστικές εκδηλώσεις, κ.ά.).

Πιο ειδικά, με όρους οικονομίας της λιβιδούς, οι διακοπές θεωρούνται ως την ιδανική ευκαιρία για στοματικές απολαύσεις (π.χ. μεγαλύτερη κατανάλωση φαγητού και αλκοόλ), για ικανοποιήσεις που αφορούν στο πρωκτικό στάδιο (π.χ. παραμέληση των συνηθειών καθαριότητας και υγιεινής, άμβλυνση των ψυχαναγκασμών), καθώς και για γεννητικές ικανοποιήσεις (π.χ. ελεύθερη σεξουαλική συμπεριφορά, φλερτ). Αλλά οι διακοπές επιτρέπουν, επίσης, και την έκφραση των επιθετικών και σαδιστικών τάσεων, για παράδειγμα μέσα από επιλογές όπως το κυνήγι και το ψάρεμα. Η αρχή της ευχαρίστησης πραγματώνεται κατά τις διακοπές και σε επίπεδο συμβολικών ικανοποιήσεων του Εκείνου.

Αυτές συνιστούν μορφές παλινδρόμησης σε πρωϊμότερα αναπτυξιακά στάδια, όπως στην εμβρυϊκή, βρεφική και παιδική ηλικία. Έτσι, συχνά παρατηρείται το φαινόμενο να επιδίδεται κανείς σε παιχνίδια και σε δραστηριότητες που αναβιώνουν συμβολικά την παιδική ανεμελιά και πληρότητα. Το κολύμπι, η επαφή με τη θάλασσα, η έκθεση στον ήλιο, ο γυμνισμός, αποτελούν παλινδρόμηση στην ενδομήτρια και βρεφική ζωή και αφήνουν μια αίσθηση συμβολικής αναγέννησης –ή αλλιώς «αναψυχής», με όρους διακοπών. Το υγρό περιβάλλον της θάλασσας παραπέμπει συμβολικά στο περιβάλλον της μήτρας της μητέρας, ενώ ο Ferenczi (1914) έχει περιγράψει την περίπτωση μιας ασθενούς που όλο το Σαββατοκύριακο έκανε ηλιοθεραπεία σε μια προσπάθεια να υποκαταστήσει το ζεστό, στοργικό πατέρα-ήλιο. Η παλινδρόμηση είναι έκδηλη και στον τρόπο που σχετίζεται κανείς με τους άλλους. Η επιλογή να αποσυρθεί κανείς από τους υπόλοιπους ανθρώπους όσο το δυνατόν περισσότερο, πολλώ δε μάλλον, η επιλογή των μοναχικών διακοπών εκφράζουν μια παλινδρόμηση σε πρωϊμότερες μορφές σχετίζεσθαι, όταν επικρατούσε ένα πρώτο ναρκισσιστικό στάδιο. Και γενικότερα, πάντως, ο τρόπος με τον οποίο αλληλεπιδρά κανείς με τους άλλους στις θερινές διακοπές –εάν θα επιδοθεί σε εναλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων, εάν θα επιλέξει «να χαθεί μέσα στο πλήθος», εάν θα κάνει χωριστές διακοπές από τον /την σύντροφό του, κτλ.– φανερώνει σημαντικές πτυχές για τις πρωταρχικές αντικειμενότητες σχέσεις του.

Σύμφωνα πάντα με τον Grinstein (1955), η παλινδρόμηση συναντάται στις διακοπές και σε σχέση με τις παραμέτρους του χρόνου και του χώρου. Συχνά ακούγεται στις διακοπές ότι «χάνεται η αίσθηση του χρόνου», ενώ η μετακίνηση σε άγνωστα μέρη, η έκθεση στην απεραντοσύνη του ουρανού, της θάλασσας και των βουνών, αλλά και γενικότερα, η σωματική και πνευματική χαλάρωση στις διακοπές, παραπέμπουν στη φάση εκείνη της ανάπτυξης που τα όρια του Εγώ ήταν ρευστά όσον αφορά τη σχέση εσωτερικής-εξωτερικής πραγματικότητας. Μέσα από την αίσθηση επέκτασης των ορίων του Εγώ στο χρόνο και το χώρο, επαναβιώνεται το συναίσθημα της «κοσμικής ταύτισης», της ταύτισης με το σύμπαν,

και τότε παρατηρείται να νιώθει κανείς σε αρμονική ενότητα με το περιβάλλον γύρω του· ενότητα που παραπέμπει στην εποχή που το βρέφος βιώνει την εξωτερική πραγματικότητα όχι ως κάτι διάφορο από εκείνο, αλλά ως αναπόσπαστο μέρος του εαυτού.

Η διεύρυνση των ορίων του Εγώ έχει και μία συνιστώσα που αφορά άμεσα τη θεραπεία. Πρόκειται για μία από τις περιπτώσεις εκείνες που οι διακοπές μπορούν να έχουν και κάποιο θετικό αντίκρισμα στο κλινικό έργο. Συγκεκριμένα, από τη μια πλευρά η απελευθέρωση λιβιδινικής ενέργειας κατά τις διακοπές –η οποία υπό κανονικές συνθήκες παρέμενε σε μικρότερο ή σε μεγαλύτερο βαθμό καταπιεσμένη– και η αξιοποίηση της περίσσειας αυτής ενέργειας στις υπηρεσίες πια του Εγώ αντί του Εκείνου, και από την άλλη, η απαλλαγή των λειτουργιών του Εγώ από τις απαιτήσεις της πραγματικότητας, διανοίγουν νέα πεδία σκέψης και επεξεργασίας. Παρατηρείται, έτσι, το φαινόμενο η φάση των διακοπών της θεραπείας, μακριά από τις τακτικές θεραπευτικές συνεδρίες, να αποτελεί μια γόνιμη περίοδο για εμπέδωση όσων έχουν προηγηθεί στη θεραπεία, για ενσωμάτωση, αφομοίωση και σύνθεση όσων έχουν επιτευχθεί μέχρι τότε σε ψυχικό επίπεδο. Ο θεραπευόμενος έχει τη δυνατότητα να αποστασιοποιηθεί από τα τεκταινόμενα της θεραπείας και να «δει» σε ποιο σημείο βρίσκεται στην παρούσα φάση, τι βήματα έχει κάνει ήδη και τι απομένει να γίνει ακόμα. Το φαινόμενο αυτό έχει αναφερθεί από διάφορους κλινικούς (Alexander & French, 1946. Bibring, 1936. Mendel, 1977. Saul, 1958).

Για παράδειγμα, οι Alexander και French (1946), πρεσβευτές της βραχείας ψυχοθεραπείας, αναφέρθηκαν στην «αναζωογονητική» επίδραση που έχουν οι διακοπές στη θεραπεία. Μάλιστα, σε αυτή τη βάση, έχει αναφερθεί η μεταχείριση των διακοπών ως προτεινόμενη θεραπευτική τεχνική για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων που σχετίζονται με τις συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές (Berg-Cross, 1989). Ο Saul (1958) προτείνει να προγραμματίζονται διακοπές στη θεραπεία όταν κανείς έρχεται αντιμέτωπος με παρατεταμένες και άκαμπτες αντιστάσεις. Ο Mendel (1977) πάλι εισηγείται μία τροποποίηση

της αναλυτικής τεχνικής παρέχοντας ένα θεραπευτικό σχήμα «σε δόσεις», όπου μια περίοδο πυκνών συνεδριών διαδέχεται μια σημαντική περίοδος διακοπής για να ακολουθήσουν νέες, λιγότερες σε αριθμό, τακτικές συνεδρίες κι έπειτα ένα επόμενο μεγαλύτερο διάστημα διακοπής μέχρι τις εκ νέου τελευταίες δέκα συνεδρίες. Εντούτοις, εικάζεται ότι η θετική επίδραση των διακοπών στη θεραπεία δεν μπορεί να είναι μια *a priori* συνθήκη, αλλά μάλλον εξαρτάται από επιμέρους παράγοντες, όπως λόγου χάρη το στάδιο της θεραπείας, την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης και το βαθμό ψυχολογικής σκέψης του ασθενούς. Στην άποψη αυτή συγκλίνουν, εξάλλου, και τα πλείστα κλινικά ευρήματα που επιβεβαιώνουν τις δυσκολίες που προκαλούνται με αφορμή τις διακοπές της θεραπείας. Καταρχήν, ο Grinstein (1955) διευκρινίζει ότι σε πολλούς ασθενείς, η διεύρυνση των ορίων του Εγώ που επέρχεται στις διακοπές μπορεί να αποτελέσει μια μάλλον φοβογόνο εμπειρία, καθώς σε αυτούς η χαλάρωση και η επιτρεπτικότητα που επικρατούν στις διακοπές μπορεί να προξενήσουν μία αίσθηση εσωτερικής σύγχυσης και αποδιοργάνωσης.

Γενικότερα πάντως, οι παραπάνω διαστάσεις των διακοπών δεν δρουν ανεξάρτητα από την κλινική πρακτική και τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα, όπως αυτό της αντίστασης. Η χαλάρωση των λιβιδινικών και επιθετικών ενορμήσεων, η παλινδρόμηση σε πιο ανώριμες συμπεριφορές και η άμβλυνση των ορίων του Εγώ, καθώς ενθαρρύνονται κατά τις διακοπές, προκαλούν φόβο και άγχος σε πολλούς ασθενείς και συνεπώς εγείρουν αντιδράσεις αντίστασης στη θεραπεία. Οι θερινές διακοπές δυσκολεύουν ιδιαίτερα εκείνους τους ασθενείς που αισθάνονται ότι εάν πάψουν να ελέγχουν τις ενορμήσεις τους στο βαθμό που το κάνουν αυτές θα έχουν κατακλυσμιαία και καταστροφική επίδραση, αλλά και τους ασθενείς εκείνους που έχουν ένα ιδιαίτερα αυστηρό και άκαμπτο Υπερεγώ (Grinstein, 1955). Υπό αυτή την έννοια, οι διακοπές, και ιδιαίτερα οι διακοπές του θέρους, αποτελούν μια «γόνιμη» περίοδο όπου αποκαλύπτονται συγκαλυμμένες ενδοψυχικές συγκρούσεις, κάτι το οποίο

επισημαίνουν πολλοί θεωρητικοί (Goin, 2002. Greenson, 1967. Grinstein, 1955. Rhoads & Rhoads, 1995. Shengold, 2006).

Συχνά, εν όψει των καλοκαιρινών διακοπών και της συνοδής επικράτησης της αρχής ευχαρίστησης –έναντι του έλλογου Εγώ και της αρχής της πραγματικότητας– εκδηλώνονται καινοφανείς αγχώδεις αντιδράσεις εκ μέρους των ασθενών, άγχος που στα πλαίσια του προστατευμένου και ρυθμισμένου περιβάλλοντος της καθημερινής ζωής παρέμενε συγκαλυμμένο. Επίσης, οι θεραπευόμενοι που προβάλλουν υψηλές απαιτήσεις στον εαυτό τους συνήθως δυσκολεύονται να επιτρέψουν για λίγο να πάνσουν να εργάζονται και να καταπονούνται και αντ’ αυτού να χαλαρώσουν. Η ραθυμία και η απόλαυση για αυτούς φαίνεται να αποτελούν ισοδύναμα του αμαρτήματος. Έτσι, σε αντιστοιχία με τις λεγόμενες «νευρώσεις της Κυριακής» του Ferenczi (1919), ο Grinstein (1955) προτείνει τον όρο «νευρώσεις των διακοπών» προκειμένου να περιγράψει τα υστερικά συμπτώματα που μπορούν να εμφανιστούν στη φάση των διακοπών (π.χ. πονοκέφαλοι, γαστρο-οισοφαγικές διαταραχές, δερματοπάθειες, υπερβολικός ύπνος, κατάθλιψη), ως αποτέλεσμα αυτό-τιμωρητικών τάσεων για τις ενορμήσεις που αφυπνίζονται αυτή την περίοδο. Στην ίδια κατηγορία εντάσσεται και η αίσθηση του ανικανοποίητου που αναφέρουν ορισμένοι θεραπευόμενοι στη φάση των διακοπών της θεραπείας. Πρόκειται για το έντονο συναίσθημα πλήξης και αδράνειας, το οποίο δεν προσφέρει καμία ικανοποίηση και δεν μπορεί να το αντιπαρέλθει κανείς με οιονδήποτε τρόπο.

Αυτό-τιμωρητικές και μαζοχιστικές τάσεις μπορούν να εκδηλωθούν με τη μορφή συμπτωματολογίας, ή συγκεκριμένων συμπεριφορών, και απέναντι στην αφύπνιση των επιθετικών παρορμήσεων των ασθενών. Για παράδειγμα, μια ασθενής που κατακλύζοταν από ασυνείδητες ενοχές για το θάνατο προσφιλών της προσώπων και τη δική της αντίστοιχα «επιβίωση», παρουσίαζε έντονα συμπτώματα πανικού πριν αναχωρήσει για τις καλοκαιρινές διακοπές, καθώς εκεί αν επέτρεπε να χαλαρώσει θα εκτίθετο στις αποκηρυγμένες επιθετικές

της φαντασιώσεις. Για αυτή την ασθενή φαίνεται ότι, εκτός όλων των άλλων ασυνείδητων παραμέτρων, οι διακοπές έφερναν περίτρανα στο προσκήνιο τη δική της «καλή μοίρα» έναντι της ατυχίας των άλλων, κάτι που αδυνατούσε να αντέξει. Μια άλλη ασθενής, παρομοίως, φοβόταν ότι κατά το διάστημα της απουσίας της στις διακοπές, θα συνέβαινε κάτι κακό στη μητέρα της. Οι αντιδράσεις αυτές απέναντι σε ό,τι φαντασιωσικά αναμένεται ότι θα προκαλέσουν οι διακοπές στον ψυχισμό του ατόμου έρχονται στη θεραπεία με τη μορφή αντιστάσεων. Αντιστάσεις στη συνειδητοποίηση, τη ρητή έκφραση και την επεξεργασία του υλικού που ανακινείται με αφορμή τις καλοκαιρινές διακοπές και το οποίο, όπως διαφάνηκε μέχρι τώρα, συνδέεται με βαθύτατες και πυρηνικές εσωτερικές συγκρούσεις του ασθενούς.

Για όλους αυτούς τους λόγους είναι, ως εκ τούτου, ιδιαίτερα σημαντικό να διερευνά ο θεραπευτής, πριν και μετά τις καλοκαιρινές διακοπές, πώς σκοπεύει να περάσει ο ασθενής του και πώς πέρασε τελικά το διάστημα αυτό της απουσίας. Η διερεύνηση αυτή –πέρα από τα λανθάνοντα μηνύματα που υποδηλώνει, όπως λόγου χάρη το γνήσιο ενδιαφέρον του θεραπευτή για τον ασθενή, ή τη διάθεσή του να τον «πάρει» τρόπον τινά μαζί κατά τη απουσία του διαμορφώνοντας εικόνα για τις δικές του συνθήκες– ταυτόχρονα επιτρέπει να ξεδιπλωθεί η όλη δυναμική των διακοπών, που όπως φάνηκε, αποκαλύπτει πολύτιμες πληροφορίες για εσωτερικές συγκρούσεις και άγχη. Επίσης, μια τέτοια διερεύνηση συμβάλλει και στην εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας, καθώς φανερώνει το βαθμό παλινδρόμησης του ασθενή, τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο Εκείνο, το Εγώ και το Υπερεγώ, και την ψυχική ωρίμανση που έχει επιτευχθεί μέχρι εκείνη τη στιγμή στη θεραπεία.

Αντιστάσεις στη μεταβίβαση και την πραγματική θεραπευτική σχέση.

Σε συνδυασμό με αυτή καθ' εαυτή τη δυναμική των καλοκαιρινών διακοπών η οποία ανακινεί σημαντικές ενδοψυχικές διεργασίες, οι διακοπές του θέρους προκαλούν ποικίλες αντιδράσεις και αντιστάσεις στο πλαίσιο της μεταβιβαστικής σχέσης στη θεραπεία και για μια σειρά από άλλους λόγους. Καταρχήν, οι διακοπές αναζωπυρώνουν άλυτες αναπτυξιακές συγκρούσεις που αφορούν σε ματαιώσεις και σε αποχωρισμούς της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Όπως αναφέρει ο Goin (2002), η λαχτάρα για τη φαντασιωσική ή την πραγματική αίσθηση ασφάλειας της παιδικής ηλικίας, αναβιώνει με τις διακοπές. Είναι σύνηθες στις διακοπές τα μέλη της οικογένειας να έρχονται πιο κοντά και να μοιράζονται περισσότερο χρόνο μαζί, γεγονός που συχνά αποτελεί αφορμή να έρθουν στην επιφάνεια παλαιότερες άλυτες συγκρούσεις. Αλλά και γενικότερα, η αλλαγή από την οικεία και προβλέψιμη καθημερινότητα, ο αποχωρισμός και η προσωρινή απώλεια από τον θεραπευτή, ανακινούν παλαιότερους αποχωρισμούς και απώλειες, συνιστώσες που έχουν ως αποτέλεσμα η αίσθηση της «οικογένειας» που θάλπει, συντροφεύει, προστατεύει και γαλουχεί να αναζητάται πιο έντονα στη φάση των διακοπών. Αυτή η αποτυχημένη αναζήτηση μιας ασφάλειας στο όνομα ενός «αρκετά καλού» οικογενειακού περιβάλλοντος –φαντασιωσικού ή πραγματικού που όμως έχει απολεσθεί– καθιστά πολλούς θεραπευόμενους ιδιαίτερα ευάλωτους στη φάση των διακοπών. Η προσωρινή απώλεια του θεραπευτή αποτελεί μια επανάληψη προηγούμενων απωλειών και ματαιώσεων· μία επανάληψη της ατελούς προσπάθειας για εύρεση του «κρυμμένου θησαυρού» της άνευ όρων και ορίων ασφάλειας. Ο Goin (2002) επισημαίνει ότι η περίοδος των διακοπών αναβιώνει τα όνειρα, τις ελπίδες και τις επιδιώξεις της παιδικής ηλικίας, καθώς και τις αναμνήσεις των πρώιμων αποστερήσεων, τα οποία μέχρι το σημείο των διακοπών μπορεί να παρέμεναν καταπιεσμένα, αλλά στις διακοπές επανεμφανίζονται με ιδιαίτερη ένταση. Με αυτή την έννοια, οι διακοπές μπορεί να συνοδεύονται και από συναισθήματα πένθους και μελαγχολίας.

Συνειδητοποιώντας εκ νέου ότι η αδιάλειπτη δυνατότητα ασφάλειας παραμένει κάτι το ανέφικτο στην πραγματικότητα –κάτι σαν το «object *a*» του Lacan (1977)– αυτό φέρνει κάποιον αντιμέτωπο με τους περιορισμούς της πραγματικότητας και της θνητότητας κι ως εκ τούτου εγείρει ματαίωση, άγχος, φόβο και θυμό. Οι διακοπές της θεραπείας συνιστούν έναν ανυπέρβλητο όρο της πραγματικότητας, όπως είναι ο πραγματικός χρόνος και χώρος. Στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, οι διακοπές τονίζουν τους περιορισμούς της πραγματικότητας θέτοντας υπό αίρεση το «*status quo* της θεραπείας», το οικειοποιημένο και τακτικό θεραπευτικό πρόγραμμα. Συνεπακόλουθα, οι διακοπές αποτελούν διάψευση της φαντασιωσικής απεριόριστης διαθεσιμότητας του θεραπευτή, όπως στα πρώιμα αναπτυξιακά στάδια και συγκεκριμένα στην οιδιποδειακή φάση, ο πατέρας παρεμβάλλεται ως τρίτο πρόσωπο στη μέχρι τότε δυαδική σχέση μητέρας-παιδιού. Υπό αυτή την έννοια, οι διακοπές διαταράσσουν τη θεραπευτική συνέχεια και σταθερότητα, γεγονός που όπως φάνηκε επιδρά, με τον έναν ή τον άλλον τρόπο, σε όλους τους ασθενείς. Ιδιαίτερη δε επίδραση έχει η προσωρινή ασυνέχεια της θεραπείας με τη μεσολάβηση των διακοπών σε εκείνους τους ασθενείς με σοβαρότερες διαταραχές (π.χ. μεταιχμιακή προσωπικότητα). Η διατάραξη της συνέχειας και της σταθερότητας της θεραπείας ταυτίζεται για αυτούς τους ασθενείς με κατακρύμνηση της εσωτερικής αίσθησης συνέχειας και συνοχής (Gunderson, 1996).

Σε συνέχεια της αναζήτησης της (απεριόριστης) ασφάλειας, οι διακοπές της θεραπείας έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα ως αυτοτελές γεγονός της θεραπευτικής διαδικασίας γιατί αναβιώνουν την αναπτυξιακή φάση του αποχωρισμού-εξατομίκευσης (Burland, 1975), αλλά και την τριαδική οιδιποδειακή σχέση (Shengold, 2006). Η φύση και το αποτέλεσμα των πρώιμων αποχωρισμών από τη μητέρα είναι εκείνα που καθορίζουν όλες τις μετέπειτα εμπειρίες κάθε αποχωρισμού, επομένως οποιαδήποτε δυσκολία έχει προκύψει σε εκείνη τη φάση θα επαναβιωθεί εκ νέου, εάν εν τω μεταξύ δεν έχει γίνει αντικείμενο επεξεργασίας, ούτε έχει απαρτιωθεί στον ψυχισμό του ατόμου. Ο αποχωρισμός από τον θεραπευτή στη

φάση των διακοπών αποτελεί «ευκαιρία» να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες που είχαν παρουσιαστεί στη φάση του αποχωρισμού-εξατομίκευσης με τη μητέρα, δυσκολίες που τουλάχιστον σε πρώτη φάση θα έρθουν στη θεραπεία ως αντιστάσεις, καθώς αποτελούν κεντρικό επώδυνο υλικό. Η απώλεια του θεραπευτικού πλαισίου, το οποίο μέχρι το σημείο των διακοπών αποτελούσε μάλλον έναν ασφαλές και αξιόπιστο χώρο, μπορεί να αναβιώσει στη μεταβίβαση συναισθήματα οργής και τρόμου απέναντι στην προ-οιδιποδειακή μητέρα που εγκαταλείπει. Ή, η αντίδραση στις διακοπές μπορεί να είναι αμφιθυμική απέναντι στη μητέρα της συμβιωτικής περιόδου, με θετικά συναισθήματα προς τον θεραπευτή ως «καλή μητέρα» που γενικώς παρέχει ένα διευκολυντικό περιβάλλον για τον ασθενή, και από την άλλη, αρνητικά συναισθήματα απέναντι του ως «κακή μητέρα» που αποστερεί και ματαιώνει. Ο Jackel (1966) έχει περιγράψει κλινικό υλικό στο οποίο πέντε ασθενείς είχαν αντιδράσει στις διακοπές της θεραπείας με την επιθυμία να κάνουν παιδί. Η ερμηνεία που δόθηκε στην επιθυμία αυτή δεν ήταν τόσο οιδιποδειακής φύσεως (επιθυμία για παιδί από τον αναλυτή-πατέρα), αλλά προ-οιδιποδειακής: επιθυμία για επαναβίωση της σχέσης μητέρας-παιδιού, στην οποία ο ασθενής θα κατείχε και τους δύο ρόλους, οπότε με αυτό τον τρόπο φαντασιωσικά δεν θα εγκαταλειπόταν ποτέ, δεν θα έμενε ποτέ μόνος.

Η αναβίωση των προ-οιδιποδειακών και των οιδιποδειακών δυναμικών στη φάση των διακοπών της θεραπείας έχει και μία περαιτέρω διάσταση. Οι επιμέρους διακοπές της θεραπείας παραπέμπουν φαντασιωσικά στην τελική φάση ολοκλήρωσης και τερματισμού της θεραπευτικής διαδικασίας (Shengold, 2006). Αποτελούν προάγγελο του τέλους της θεραπείας, παράμετρος που ασυνείδητα μεγεθύνει το ειδικό τους βάρος στον ψυχισμό του θεραπευόμενου, καθώς οι προσωρινές διακοπές υπενθυμίζουν ότι κάπου στο βάθος της διαδικασίας υπάρχει και ένα πιο «μόνιμο τέλος». Αυτή θα μπορούσε να θεωρηθεί μια ακόμα παράμετρος που οι διακοπές συνιστούν μια ιδιαίτερα αγχογόνο περίοδο και ως τέτοια εγείρουν αντιστάσεις στη θεραπευτική σχέση.

Ένας επιπλέον λόγος που οι διακοπές της θεραπείας προκαλούν αντίσταση από τον θεραπευόμενο αποτελεί το γεγονός ότι συνήθως συνιστούν μια μονομερή απόφαση του θεραπευτή. Ούτως ειπείν, η θεραπευτική συνέχεια διακόπτεται σε χρόνο και για διάστημα τέτοιο όπως αποφασίζει από μόνος του ο ίδιος ο θεραπευτής, χωρίς να προ-απαιτείται η σύμφωνη γνώμη του θεραπευόμενου. Ο θεραπευόμενος καλείται απλώς να αποδεχτεί αυτή την απόφαση και πολλές φορές να συμμορφωθεί προς αυτή, για παράδειγμα οργανώνοντας και τις δικές του διακοπές το ίδιο χρονικό διάστημα που θα απουσιάζει και ο θεραπευτής. Οι Rhoads και Rhoads (1995) αναφέρουν ότι η συγκεκριμένη διαδικασία λήψης απόφασης μπορεί να εκληφθεί από ορισμένους ασθενείς ως αυθαίρετη. Ο Dewald (1966), παρομοίως, επισημαίνει ότι τέτοια γεγονότα αποτελούν μιας κάποιας μορφής επανάληψη πρωϊμότερων εμπειριών, όταν ο ασθενής ως παιδί καλούνταν να συμμορφωθεί με τις βουλήσεις των γονέων του. Φαίνεται ότι σε αυτές τις περιπτώσεις το γεγονός των διακοπών συνδέεται ιδιαίτερα με θέματα ισχύος, ελέγχου, εξουσίας-υποταγής, τα οποία, όπως έχει παρουσιαστεί ήδη (βλ. Κεφάλαιο 1), έχουν συσχετιστεί με φαινόμενα αντίστασης στην ψυχοθεραπεία. Η παράμετρος αυτή ενέχει, ούτως ή άλλως, ιδιαίτερη σημασία όσον αφορά τους ασθενείς με ψυχαναγκαστικά στοιχεία, οι οποίοι ταλανίζονται με ζητήματα ελέγχου, πρόβλεψης των μελλούμενων και παθητικο-επιθετικότητας. Επομένως, σε αυτούς ειδικά τους ασθενείς αναμένεται ότι το γεγονός των διακοπών θα προκαλεί μια σειρά από αντιστάσεις στη μεταβιβαστική σχέση.

Η γνώση των επιμέρους αιτιών που εξηγούν γιατί οι διακοπές της θεραπείας προκαλούν αντιδράσεις στους θεραπευόμενους είναι απαραίτητη για να μπορεί κανείς, ως θεραπευτής, να κατανοήσει το περιεχόμενο αυτών των αντιδράσεων. Μόνο έτσι θα μπορέσει να μεταβολίσει το σχετικό υλικό και να το επιστρέψει πίσω στον θεραπευόμενο με τρόπο που θα προάγει την ερμηνευτική διεργασία. Την ίδια καίρια σημασία έχει και η δυνατότητα ερμηνείας αυτών των αντιδράσεων υπό συγκεκριμένα θεωρητικά μοντέλα, όπως αυτά που

παρουσιάστηκαν ήδη για την επίδραση του αποχωρισμού στον ψυχισμό του ανθρώπου. Μία πρόσθετη παράμετρος που αναμένεται να συμβάλλει στην κατανόηση και την κατάλληλη αντιμετώπιση του φαινομένου των διακοπών της θεραπείας αφορά στην διεξοδικότερη περιγραφή των συνηθέστερων προτύπων αντιδράσεων ανάμεσα στους ασθενείς. Έχοντας, δηλαδή, αναλύσει έως τούδε το *πώς* και το *γιατί* των αντιστάσεων στη φάση των θερινών διακοπών, απομένει να διαφανεί *τι* αντιστάσεις εμφανίζονται κατά κανόνα αυτή την περίοδο. Κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο προκειμένου οι θεραπευτές να αποκτήσουν μια ελάχιστη εξοικείωση με τα φαινόμενα των αντιστάσεων κατά τη διάρκεια της ιδιαίτερης αυτής περιόδου, ώστε οι προκαλούμενες αντιστάσεις να μην θεωρηθούν τροχοπέδη στη θεραπεία, αλλά αντίθετα να αξιοποιηθούν ως αυτό που είναι στην πραγματικότητα: ως πολύτιμο υλικό που με την κατάλληλη ενσωμάτωσή του στη θεραπευτική σχέση μπορεί να λειτουργήσει προς όφελος της όλης θεραπευτικής διαδικασίας.

Μορφές αντιστάσεων στις διακοπές της θεραπείας

Μολονότι στις προηγούμενες ενότητες υπήρξαν ήδη αναφορές σε επιμέρους παραδείγματα αντιστάσεων που σχετίζονται με τις θερινές διακοπές, στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια πιο εκτενής περιγραφή βάσει θεωρητικού, κλινικού και εμπειρικού υλικού.

Η σχέση των διακοπών με την αντίσταση έχει τις ρίζες της στα πρώτα κείμενα του Freud. Το 1900 ο Freud έγραφε: *«ακόμα κι αν ένα γεγονός διακοπής της θεραπείας είναι πραγματικό και ανεξάρτητο από τον ασθενή, συχνά εξαρτάται από εκείνον πόσο μεγάλο θα είναι το ειδικό βάρος του· η αντίσταση εκδηλώνεται δε καταφανώς στην ετοιμότητα με την οποία ο ασθενής αποδέχεται αυτό το γεγονός, ή αντίθετα κάνει υπερβολική χρήση αυτού του γεγονότος στη θεραπεία»* (Freud, 1900/1953a, σελ. 517). Στο πλαίσιο αυτό, η επονομαζόμενη «κρούστα της Δευτέρας» του Freud (1913/1958b) αφορούσε αφενός στα βιωμένα γεγονότα του αποχωρισμού από τον θεραπευτή κατά το Σαββατοκύριακο, αφετέρου στις αντιστάσεις που

προκαλούνται από τον αποχωρισμό, οι οποίες αλλοιώνουν τη θεραπευτική συμμαχία και παρεμποδίζουν την εκ νέου ανάληψή της (Greenson, 1967).

Όπως έχει σημειώσει, παρομοίως, ο Guilfoyle (2002), η αντίσταση αποτελεί το συνδετικό κρίκο ανάμεσα σε δύο κεντρικές διαστάσεις της ψυχοθεραπείας: πρώτον, στη διάσταση του «λόγου» (*discourse*) που αφορά σε αυτά που λέγονται, αλλά και σε αυτά που τελούνται κατά τη θεραπευτική διαδικασία, και δεύτερον στη διάσταση της «ύλης» (*materiality*) που αφορά στο πραγματικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνουν χώρα όσα λέγονται και γίνονται. Υπό αυτό το πρίσμα, η παράμετρος της αντίστασης, καθώς εγείρει ζητήματα ισχύος και ελέγχου στη θεραπευτική σχέση, μεταχειρίζεται και τις δύο αυτές διαστάσεις της ψυχοθεραπευτικής πρακτικής. Οι διακοπές της θεραπείας αποτελούν ένα πραγματικό γεγονός που διαμορφώνει το θεραπευτικό πλαίσιο και από την άλλη συνδέεται με εκδηλώσεις αντίστασης σε αυτά που λέει και κάνει ο θεραπευόμενος. Η άποψη του Muller (2007) για τη σπουδαιότητα της αρχής του «τρίτου» στην εμφάνιση των αντιστάσεων συγκλίνει στον παραπάνω προβληματισμό. Σύμφωνα με τον Muller (2007), η αρχή του «τρίτου» αναφορικά με τις αντιστάσεις του θεραπευόμενου, συνίσταται στο γεγονός ότι ο θεραπευτής όχι μόνο αποτυγχάνει να δείξει ενσυναίσθηση, αλλά κυρίως αποτυγχάνει να κατανοήσει τον θεραπευόμενο μέσα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο (*in context*). Ένα πλαίσιο, δηλαδή, που ξεπερνά τη δυαδικότητα θεραπευτή-θεραπευόμενου και λαμβάνει υπόψη ευρύτερες μεταβλητές που υπεισέρχονται στη θεραπευτική σχέση και δυνάμει την επηρεάζουν. Οι καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, ως πραγματικό γεγονός του ευρύτερου θεραπευτικού πλαισίου, μπορούν να εννοηθούν ως ένας «τρίτος» που παρεμβάλλεται στη δυαδική θεραπευτική σχέση. Ο Haak (1957), εξάλλου, έχει καταδείξει πώς συγκαλυμμένο μεταβιβαστικό υλικό προς τον θεραπευτή «χρησιμοποιεί» πραγματικά γεγονότα, όπως είναι οι διακοπές της θεραπείας, για να έρθει στην επιφάνεια και να εκδηλωθεί στη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου.

Οι απόψεις αυτές αντανakλούν την κεντρικότητα των φαινομένων αντίστασης κατά τις διακοπές μιας ψυχοθεραπείας. Επιπλέον, υποδηλώνουν μια ακόμη παράμετρο: ότι οι αντιστάσεις που προκαλούνται από την απουσία του θεραπευτή εξαρτώνται από το μεταβιβαστικό νόημα που έχει για τον ασθενή ο θεραπευτής εκείνη την εποχή, δηλαδή από το ποιο πρόσωπο της παιδικής ηλικίας αντιπροσωπεύει (Greenson, 1967. Rhoads & Rhoads, 1995). Κατά αυτή την έννοια, οι αντιστάσεις που εκδηλώνονται με αφορμή τις διακοπές της θεραπείας διαφέρουν ανάλογα με τη σχέση που επικρατεί με τον θεραπευτή τη δεδομένη χρονική στιγμή, ενώ διαφοροποιούνται ανάλογα και με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η θεραπεία (Rhoads & Rhoads, 1995). Όσον αφορά τη μορφή και τον τρόπο εκδήλωσης των αντιστάσεων στη φάση των διακοπών της θεραπείας, κλινικό υλικό δείχνει ότι αφενός μεν οποιαδήποτε μορφή αντίστασης μπορεί να εκδηλωθεί αυτή την περίοδο –όπως και σε κάθε άλλη στιγμή της θεραπείας–, αφετέρου δε ότι κάποιες μορφές αντίστασης είναι συχνότερες στη φάση αυτή. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, αυτό που διακρίνει τις αντιστάσεις των διακοπών της θεραπείας είναι το ιδιαίτερο νόημα που έχουν σε σχέση με την απουσία του θεραπευτή.

Τυπικά παραδείγματα αντιστάσεων από κλινικό υλικό.

Από συναφές κλινικό υλικό προκύπτει ότι τυπικές μορφές αντίστασης κατά της διακοπής της θεραπείας είναι το φαινόμενο οι ασθενείς να χάνουν ή να ακυρώνουν τις συνεδρίες πριν ή/ και μετά τις διακοπές του θεραπευτή, να συγχέουν τις ημερομηνίες των συνεδριών, να έχουν καθυστερημένη προσέλευση, ή να προβαίνουν σε ποικίλες παραπράξεις, όπως να υπολογίζουν λανθασμένα τον αριθμό των συνεδριών όταν πρόκειται να πληρώσουν τη σχετική αμοιβή (Goin, 2002. Greenson, 1967. Quinodoz, 1991. Strean, 1990). Η παλινδρόμηση σε προηγούμενες φάσεις της θεραπείας, όπως εξάλλου και σε προϋμότερα στάδια ανάπτυξης, είναι, επίσης, μια συνήθης μορφή αντίστασης την περίοδο των διακοπών.

Οι ασθενείς συχνά αναφέρουν επανεμφάνιση παλαιότερων συμπτωμάτων γύρω από τις διακοπές του θεραπευτή, διάφορες σωματοποιήσεις και διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών (π.χ. ύπνος), κρίσεις πανικού, προβλήματα στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής (π.χ. «ξεχνούν» να πάρουν τα φάρμακα), αλλά και γενικότερα, επιστροφή σε παλαιότερες συμπεριφορές που με την πάροδο της θεραπείας είχαν εν τω μεταξύ ξεπεραστεί (Goin, 2002. Greenson, 1967. Horner, 2005. Rhoads & Rhoads, 1995. Sacks, 1998). Μοιάζει σαν μέσω αυτών των συμπεριφορών να αρνούνται το γεγονός του αποχωρισμού, να επιδιώκουν να διατηρήσουν την ένωση με τον θεραπευτή.

Οι παλινδρομημένες αυτές αντιδράσεις, ανάλογα με την ένταση και την εμμονή τους, συνδέονται με εκδραματίσεις, αλλά και με το φαινόμενο της αρνητικής θεραπευτικής αντίδρασης (βλ. Κεφάλαιο 3), σημαντικές εκφάνσεις αντίστασης και τα δύο. Όσον αφορά την αρνητική θεραπευτική αντίδραση, έχει παρατηρηθεί ότι πολλοί ασθενείς αντιδρούν στον αποχωρισμό από τον θεραπευτή με οπισθοδρόμηση και με επίμονη εναντίωση σε οποιαδήποτε θεραπευτική πρόοδο έχει επιτευχθεί στο μεσοδιάστημα, προκειμένου με αυτό τον τρόπο να διατηρήσουν την ψυχική ένωση με τον θεραπευτή και να αποφύγουν την απώλεια και την αποσύνδεση από αυτόν (Quinodoz, 1993). Οι δε συμπεριφορές εκδραμάτισης γύρω από την περίοδο των διακοπών περιλαμβάνουν μια ευρεία κλίμακα αντιδράσεων, από την υποκατάσταση του θεραπευτή (π.χ. με άλλους θεραπευτές, με πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος, με αντικείμενα), την παραβίαση του θεραπευτικού πλαισίου (π.χ. πρόωγη διακοπή της θεραπείας), με σωματοποιήσεις (π.χ. αναίτιοι σωματικοί πόνοι), ακόμη και με αυτοκαταστροφικές εκδηλώσεις (π.χ. ατυχήματα, αυτοτραυματισμοί) (Handley, & Swenson, 1989. Quinodoz, 1993. Rhoads & Rhoads, 1995. Stein, Corter, & Hull, 1996).

Αν και οι εκδραματίσεις αυτές συνιστούν αντίσταση στη θεραπεία, ο Zac (1968) υποστηρίζει ότι λειτουργούν παράλληλα και ως «δικλείδα ασφαλείας». Μέσω αυτών, ο

θεραπευόμενος βρίσκει ένα νέο αντικείμενο –εξωτερικό, εσωτερικό, ή μέρη του σώματος– στο οποίο προβάλλει όλες εκείνες τις φαντασιώσεις και τα συναισθήματα που πριν την απουσία του θεραπευτή πρόβαλλε ταυτισιακά σε εκείνον, και τα οποία αδυνατεί πλέον κατά το διάστημα που ο θεραπευτής είναι απών να συγκρατήσει εσωτερικά ο ίδιος. Προβάλλοντας αυτά τα «ανυπόφορα» μέρη του εαυτού σε υποκατάστατες μορφές σχέσεων καταφέρνει να διατηρήσει μια νέα ισορροπία. Παραδείγματος χάριν, μια οριακή ασθενής συνήθιζε κάθε καλοκαίρι που σταματούσε προσωρινά η θεραπεία της να χωρίζει από τον τρέχοντα σύντροφό της και να συνάπτει μια καινούργια ερωτική σχέση, η οποία διακοπτόταν πάντοτε με την επανέναρξη της θεραπείας, τον Σεπτέμβρη. Μία άλλη ασθενής, με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας, είχε αναλωθεί στις πρώτες θερινές διακοπές της θεραπείας στη μελέτη βιβλίων αυτοβοήθειας. Όταν επέστρεψε στη θεραπεία της, είχε διαμορφώσει τεκμηριωμένες και απόλυτες απόψεις για το τι θα τη βοηθούσε και τι όχι. Ένας ασθενής με έντονα εξαρτητικά και ναρκισσιστικά στοιχεία, τηλεφωνούσε κάθε καλοκαίρι στην προηγούμενη θεραπεύτρια για να ζητήσει τη γνώμη της για κάποια «κρίση» που είχε εν τω μεταξύ προκύψει στις οικογενειακές του σχέσεις. Τα παραδείγματα αυτά καταδεικνύουν αυτό που επισημαίνει ο Grinberg (1964) σχετικά με τις ερμηνείες που κάνει ο θεραπευτής για το άγχος αποχωρισμού. Αναφέρει, συγκεκριμένα, ότι οι ερμηνείες που αφορούν εκδραματίσεις θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο το άγχος για την απώλεια του αντικειμένου, αλλά επίσης το άγχος για την απώλεια μερών της ταυτότητας του ίδιου του θεραπευόμενου, πλευρών του εαυτού που αντανακλώνται στη σχέση με το αντικείμενο. Η προώθηση της εναισθησίας θα πρέπει να αφορά τόσο τη σχέση με το αντικείμενο που «χάνεται», αλλά και τις πλευρές του εγώ που βιώθηκαν ως απολεσθείσες με τον αποχωρισμό.

Μία συγκαλυμμένη μορφή αντίστασης στις διακοπές της θεραπείας είναι όταν ο θεραπευόμενος επιδεικνύει μεγάλο βαθμό συνεργασιμότητας και διάθεση να εργαστεί σκληρά προς όφελος της θεραπείας. Πρόκειται για το φαινόμενο του «καλού ασθενή», ή

αλλιώς το φαινόμενο «μπορώ να τα καταφέρω (όλα) μόνος μου» [*I can do it (all) myself*], όπως ονομάστηκε από τον Almond (2004). Η υπερβάλλουσα αυτάρκεια που χαρακτηρίζει αυτούς τους ασθενείς αποτελεί έκφραση ενός *grandiose* εαυτού, μιας αίσθησης παντοδυναμίας, που συνιστά ναρκισσιστική άμυνα. Από ψυχαναλυτική σκοπιά, οι ασθενείς που διακρίνονται από το συγκεκριμένο αμυντικό σύστημα δεν διαφοροποιήθηκαν ποτέ πλήρως από την προ-οιδιποδειακή παντοδύναμη μητέρα, αλλά αντιθέτως ταυτίστηκαν με αυτή, υιοθετώντας μία στάση τύπου «δεν μπορώ να εμπιστευτώ τη μητέρα μου, οπότε εγώ μπορώ να γίνω καλύτερη μητέρα από εκείνη για τον εαυτό μου» (Modell, 1975, σελ. 278). Στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, η συγκεκριμένη στάση υποδηλώνει ότι οποιαδήποτε αίσθηση διαφορετικότητας δεν γίνεται ανεκτή: οι ερμηνείες, η κατανόηση και η ενσυναίσθηση εκ μέρους του θεραπευτή απειλούν την παντοδυναμία και την απόλυτη αυτάρκεια που ο ασθενής έχει δημιουργήσει για τον εαυτό του (Almond, 2004). Όταν, λοιπόν, η διαφορετικότητα επιβάλλεται ως δεδομένο στις διακοπές της θεραπείας, οι ασθενείς αυτοί θα προσπαθήσουν να ελέγξουν την ευαλωτότητα που νιώθουν αντιδρώντας με επιδεικτική αδιαφορία απέναντι στο γεγονός, ή αντιθέτως, με διάθεση να επεξεργαστούν από κοινού με τον θεραπευτή την πιθανή σημασία των διακοπών, ενώ στην πραγματικότητα θα πρόκειται για ψευδή προσπάθεια με έντονα στοιχεία διανοητικοποίησης και ορθολογισμού. Λόγω της ψυχοπαθολογίας τους, κατά τη διάρκεια των διακοπών, οι συγκεκριμένοι ασθενείς μπορεί να επιδίδονται σε διάφορων μορφών επιτεύγματα και κατακτήσεις, ως μια προσπάθεια να συγκαλύψουν το ψυχικό κενό που βιώνουν με την απουσία του θεραπευτή.

Πρόσθετο κλινικό υλικό αναδεικνύει περαιτέρω συνήθεις μορφές αντίστασης στη φάση των διακοπών της θεραπείας. Αναφερόμενος στη διακοπή της θεραπευτικής εργασίας το Σαββατοκύριακο, ο Greenson (1967) παραθέτει τρεις κύριες μορφές βίωσης του αποχωρισμού από τον θεραπευόμενο: (α) τη διακοπή βιωμένη ως γιορτή, (β) τη διακοπή

βιωμένη ως εγκατάλειψη, και (γ) τη διακοπή βιωμένη ως απώλεια των λειτουργιών του Εγώ. Μολονότι ο Greenson κάνει λόγο ειδικά για τη διακοπή του Σαββατοκύριακου, η συγκεκριμένη κατάταξη αντιστάσεων φαίνεται να αφορά και ευρύτερες διακοπές της θεραπείας, παραδείγματος χάριν τις θερινές διακοπές, όπως εξάλλου προκύπτει και από άλλους συγγραφείς. Ειδικότερα, στην πρώτη περίπτωση όπου η διακοπή βιώνεται ως διάλειμμα, ως μια ανάπαυλα, ο Greenson (1967) τονίζει ότι αυτό είναι ένα σημάδι πως η ψυχοθεραπευτική εργασία επιτελείται κάτω από σταθερή αντίσταση. Αντίσταση η οποία γίνεται έκδηλη μόνο λίγο πριν τις διακοπές, για παράδειγμα, στην τελευταία θεραπευτική ώρα. Όταν ο ασθενής εκφράζει αγαλλίαση που η θεραπεία σταματά για κάποιο διάστημα, αυτό αποτελεί ένδειξη ότι υπάρχει μια λανθάνουσα μνησικακία απέναντι στη θεραπεία, ότι συμμετείχε στη θεραπεία κάτω από μια αίσθηση καταναγκασμού, ή ότι ο θεραπευτής αποτελεί μια κριτική υπερεγωτική αρχή για τον ασθενή. Η επιστροφή αυτών των ασθενών στη θεραπεία μετά τις διακοπές συνοδεύεται, συνήθως, από αντιδράσεις ενοχής και ντροπής, φόβο τιμωρίας και αίσθημα αυτοταπείνωσης (Greenson, 1967). Η συγκεκριμένη κατηγορία αντιστάσεων μπορεί να εκφραστεί, επίσης, και με μανιακές άμυνες.

Οι Almond (2004), Quinodoz (1991), Sacks (1998) και Schafer (2002) αναφέρουν σειρά κλινικών περιστατικών, όπου ασθενείς αντιδρούσαν στις διακοπές της θεραπείας με επιδεικτική άρνηση της οποιασδήποτε σημασίας τους για αυτούς, για να προκύψει κατόπιν ότι επρόκειτο για μανιακή άμυνα απέναντι στο γεγονός της απώλειας του θεραπευτή. Η Sacks (1998), για παράδειγμα, αναφέρεται σε έναν ασθενή που μετά τις πρώτες καλοκαιρινές διακοπές αντέδρασε με «φυγή προς την υγεία» (*flight to health*). Ήτοι, ξαφνικά είχαν εξαλειφθεί όλα τα μέχρι τότε συμπτώματα του ασθενούς και ο ίδιος δήλωνε αποφασισμένος να διακόψει τη θεραπεία του και να κάνει μια νέα αρχή στη ζωή του, εκφράζοντας την επιθυμία να παντρευτεί μία γυναίκα που είχε μόλις γνωρίσει.

Οι φαντασιώσεις παντοδυναμίας και η άρνηση των συναισθημάτων που ανακινούνται με τις διακοπές επιδεικνύοντας μια συμπεριφορά «δεν σε έχω ανάγκη» απέναντι στον θεραπευτή, αποτελεί τυπική μορφή αντίστασης κι όταν οι διακοπές βιώνονται όχι ως γιορτή, αλλά ως εγκατάλειψη (Greenson, 1967). Ο Schafer (2002) περιγράφει την περίπτωση μίας ασθενούς που απουσίαζε συστηματικά στις συνεδρίες εκείνες που έπονταν οποιασδήποτε διακοπής από την πλευρά του, ως μια μορφή αντεκδίκησης για την εγκατάλειψη που είχε βιώσει. Στην περίπτωση που οι διακοπές αποτελούν εγκατάλειψη, οι ασθενείς αισθάνονται την προσωρινή διακοπή ως χωρισμό, ως απόρριψη εκ μέρους του θεραπευτή. Οι αντιστάσεις τους μπορεί να ποικίλουν από την ανάλωση των συνεδριών γύρω από τις διακοπές με την έκφραση ενός μη-παραγωγικού θυμού, τη διατήρηση μιας σιωπηλής στάσης κατά τη θεραπευτική ώρα, ή αντίθετα τον κατακλυσμό της θεραπευτικής ώρας με υπερβολικό κλινικό υλικό, ή ακόμη την εκδήλωση έντονης συγκίνησης. Για παράδειγμα, ο Almond (2004) αναφέρει την περίπτωση μίας ασθενούς η οποία έκλαιγε με αναφιλητά στις συνεδρίες πριν τις διακοπές. Αυτές οι αντιδράσεις μπορεί να σηματοδοτούν μια σειρά από διαφορετικά συναισθήματα και φαντασιώσεις, ανάλογα με τον ασθενή.

Συναισθήματα θλίψης, αλλά και εχθρότητας και μνησικακίας γιατί τους εγκατέλειψαν (Greenson, 1967). Συναισθήματα ενοχής και αυτομομφής, επειδή αισθάνονται υπαίτιοι για τον χωρισμό. Η αίσθηση υπαιτιότητας μπορεί να έχει να κάνει είτε με τη φαντασίωση ότι εάν δεν ήταν τόσο «κουραστικοί» ο θεραπευτής δεν θα είχε ανάγκη από διακοπές, είτε γενικότερα, με τις ασυνείδητες επιθυμίες καταστροφής για αυτόν (Greenson, 1967. Sacks, 1998. Schafer, 2002). Οι συγκεκριμένες αντιστάσεις μπορεί να σχετίζονται και με συναισθήματα ζήλιας και φθόνου, καθώς οι διακοπές αντιπροσωπεύουν για μερικούς ασθενείς την πρωταρχική σκηνή από την οποία είναι αποκλεισμένοι (Greenson, 1967. Quinodoz, 1991. Schafer, 2002). Σύμφωνα με τον Schafer (2002), δύο μορφές φαντασιώσεων μπορεί να ενεργοποιηθούν σε σχέση με την πρωταρχική σκηνή: άλλοτε οι φαντασιώσεις

είναι οιδιποδειακής φύσεως όπου ο ασθενής ζηλεύει γιατί βιώνει ερωτική επιθυμία για τον ίδιο τον θεραπευτή ή επιθυμία να μπορούσε να ήταν μέρος του φαντασιωσικού ερωτικού ζεύγους του θεραπευτή με τον/τη σύντροφό του, κι άλλοτε οι φαντασιώσεις είναι προ-οιδιποδειακές όπου ο θεραπευτής αποτελεί γονεϊκή φιγούρα και σε αυτή την περίπτωση η απουσία του σημαίνει ότι αφοσιώνει το χρόνο και την προσοχή του σε άλλους.

Ανεξάρτητα πάντως από τα ιδιαίτερα συναισθήματα σε κάθε ασθενή και τον τρόπο που αυτά εκδηλώνονται, όταν οι διακοπές βιώνονται ως εγκατάλειψη, η κοινή εμπειρία είναι αυτή της αποστέρησης: οι ασθενείς αισθάνονται ότι τους έχουν στερήσει κάτι σημαντικό. Εκδηλώσεις έντονης εξαρτητικότητας προς το πρόσωπο του θεραπευτή συνιστούν μια άλλη πιθανή αντίδραση μπροστά στο γεγονός των διακοπών και τη συνοδή αίσθηση αποστέρησης της θεραπευτικής σχέσης. Οι εκδηλώσεις αυτές, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορούν να αντανακλούν κάποια αντίσταση του θεραπευόμενου στην ψυχική αλλαγή. Ο Wurmser (2003) αναφέρει την «ενοχή του αποχωρισμού» (*separation guilt*) που βιώνουν ασθενείς με ιδιαίτερα αυστηρό Υπερεγώ. Για τους ασθενείς αυτούς, κάθε μορφή διαφορετικότητας και ανεξαρτησίας συνδέεται με συναισθήματα έντονης ενοχής για τον άλλον, ο οποίος θεωρείται ότι εγκαταλείπεται, βίωμα που ισοδυναμεί με την εξόντωση του άλλου. Εάν στη φάση των διακοπών της θεραπείας, όπου ο θεραπευόμενος έχει τη δυνατότητα να ανεξαρτητοποιηθεί κάπως από τον θεραπευτή, έλθει αντιμέτωπος με τόσο έντονα συναισθήματα είναι αναμενόμενο να προσπαθήσει να αντισταθεί σε αυτά, κι ένας τρόπος αντίστασης είναι να εκδηλώσει την ακριβώς αντίθετη συμπεριφορά, μια έντονη εξαρτητικότητα προς τον θεραπευτή.

Στην τρίτη μορφή βίωσης των διακοπών κατά τον Greenson (1967), όπου η διακοπή βιώνεται ως απώλεια των λειτουργιών του Εγώ, ο θεραπευτής λειτουργεί σαν «βοηθητικό εγώ» (*auxiliary ego*) κι ο χωρισμός από αυτόν μπορεί να προκαλέσει απώλεια ελέγχου της πραγματικότητας, αποπροσανατολισμό και αποπροσωποποίηση. Αν και οι αντιδράσεις αυτές

είναι περισσότερο συνήθεις σε οριακούς ασθενείς (Χατζησταυράκης, 1998), μπορεί να συμβούν και σε ασθενείς με νευρωτική δομή, σε φάσεις έντονης παλινδρόμησης στη θεραπεία (Greenson, 1967). Οι αντιστάσεις σε αυτές τις περιπτώσεις εκδηλώνονται με πιο σοβαρές και επικίνδυνες μορφές συμπεριφοράς, αφού συνήθως περιλαμβάνουν διάφορα περάσματα στην πράξη (π.χ. τραυματισμοί, ατυχήματα, παρορμητικές συμπεριφορές, απόσυρση, κ.ά.). Κλινικό υλικό καταδεικνύει ότι οι οριακοί ασθενείς προβαίνουν σε αυτό-καταστροφικές πράξεις στη φάση των διακοπών της θεραπείας (Adler, 1989. Doctors, 1981).

Γενικότερα πάντως, τα μοναδικά εμπειρικά δεδομένα που αφορούν τις αντιδράσεις ασθενών στις διακοπές της ψυχοθεραπείας προέρχονται αποκλειστικά από δείγματα με οριακούς ασθενείς. Το φαινόμενο αυτό εξηγείται κυρίως από την ιδιαίτερη ψυχοπαθολογία αυτών των ασθενών, η οποία σχετίζεται άμεσα με θέματα αποχωρισμού και απώλειας. Συγκεκριμένα, η μη-ανοχή στη μοναξιά, η δυσκολία αποδοχής ορίων και η αποτυχία διατήρησης ενός σταθερού εσωτερικού αντικειμένου, που χαρακτηρίζουν τους ασθενείς με οριακή δομή προσωπικότητας (Βασιλαματζής, 2000. Χατζησταυράκης, 1998), αποτελούν συνάμα καταστάσεις που αναζωπυρώνονται στη φάση των διακοπών της θεραπείας με τον αποχωρισμό από τον θεραπευτή. Ο Gunderson (1996) αναδεικνύει πώς για τους οριακούς ασθενείς το να μένουν μόνοι τους ισοδυναμεί με το να νιώθουν πως είναι «κακοί», με επακόλουθη συνέπεια να αισθάνονται ντροπή ή ενοχή, συναισθήματα που οδηγούν συχνά σε απαξίωση του να ζει κανείς, εξ ου και οι αυτοκαταστροφικές αντιδράσεις των οριακών στον αποχωρισμό. Για αυτό και ο Gunderson (1996) προτείνει στη φάση των διακοπών του θεραπευτή να έχουν προβλεφθεί τρόποι που θα τον καθιστούν διαθέσιμο στον οριακό ασθενή του (π.χ. δυνατότητα τηλεφωνικής κλήσης) παρά τη φυσική απουσία, τονίζοντας βέβαια ότι η δυνατότητα αυτή θα πρέπει να έχει προκύψει ως αίτημα από τον ίδιο τον ασθενή, καθώς επίσης ότι θα πρέπει να διερευνάται πάντοτε η σημασία της για την ψυχική οικονομία του ασθενούς σε σχέση με τον αποχωρισμό.

Τυπικά παραδείγματα αντιστάσεων από ερευνητικό υλικό.

Τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν το υλικό που προέρχεται από την κλινική πρακτική. Οι Handley και Swenson (1989) σε μελέτη περιστατικού που διενήργησαν με τη μέθοδο της αυτό-παρατήρησης παρακολούθησαν τις αντιδράσεις μιας εσωτερικής οριακής ασθενούς στους αποχωρισμούς από τον θεραπευτή της, για 245 ημέρες θεραπείας. Ως αποχωρισμός ορίστηκε οποιαδήποτε προγραμματισμένη ακύρωση των τακτικών συνεδριών, ενώ η περίοδος αποχωρισμού είχε διαχωριστεί σε τρεις φάσεις: την περίοδο αναμονής (μέγιστη διάρκεια 5 ημέρες), την περίοδο αποχωρισμού αυτή καθ' εαυτή και την περίοδο επανασύνδεσης (μέγιστη διάρκεια 5 ημέρες). Δώδεκα διαφορετικές κατηγορίες συμπεριφοράς καταγράφονταν στη μελέτη, μεταξύ των οποίων συμπεριφορές αυτό- και ετερό- επιθετικότητας (π.χ. αυτοτραυματισμοί, βουλιμικά επεισόδια, βίαιες πράξεις), συμπεριφορές καταστρατήγησης του θεραπευτικού πλαισίου (π.χ. μη-προσέλευση ή καθυστερημένη προσέλευση σε συνεδρίες, άρνηση λήψης της φαρμακευτικής αγωγής), άρνηση της ψυχοθεραπείας συνολικά, αλλά και η εκπεφρασμένη επιθυμία να διακόψει την εσωτερική νοσηλεία. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι αποχωρισμοί ανακίνησαν πολλαπλές εσωτερικές συγκρούσεις της ασθενούς γύρω από θέματα απώλειας, οι οποίες εκδηλώθηκαν τόσο σε επίπεδο συμπεριφοράς μέσα στη μονάδα εσωτερικής νοσηλείας όσο και στη σχέση μεταβίβασης, αλλά και στα όνειρα της ασθενούς. Οι δε αντιδράσεις ήταν πιο έντονες στη φάση της επανασύνδεσης με τον θεραπευτή, επιβεβαιώνοντας τις σχετικές θεωρίες της Mahler (1968) και του Bowlby (1960, 1973, 1982). Σε επίπεδο συμπεριφοράς, η ασθενής αντιδρούσε στον αποχωρισμό με οργή και παρανοϊκές σκέψεις. Επίσης, εκδραμάτιζε τα συναισθήματα αδυναμίας και θυματοποίησης που ένιωθε η ίδια, κάνοντας με τη συμπεριφορά της το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και τον θεραπευτή, να αισθάνονται απελπισία και αδυναμία ελέγχου της κατάστασης. Σε επίπεδο μεταβίβασης, η ασθενής έφερνε φαντασιώσεις που έδειχναν να βιώνει την ασυνέχεια της παρουσίας του θεραπευτή

ως κίνδυνο αφανισμού και ως επίθεση στη σωματική της ακεραιότητα. Σαδιστικές φαντασιώσεις στοματικής ενσωμάτωσης του θεραπευτή –συνήθης ναρκισσιστική άμυνα απέναντι στην απώλεια–, καθώς και φαντασιώσεις εκδικητικών αντίποινων απέναντι στον θεραπευτή που την πλήγωσε, ενεργοποιούνταν κάθε φορά που εκείνος διέκοπτε τις τακτικές τους συνεδρίες.

Παρομοίως η έρευνα των Stein, Corter και Hull (1996) μελέτησε την επίδραση των διακοπών του θεραπευτή σε δείγμα 41 οριακών ασθενών εσωτερικής νοσηλείας. Ως «διακοπές» ορίστηκε οποιαδήποτε περίοδος διακοπών διάρκειας από 7 έως 18 ημέρες. Τρεις κατηγορίες αντιδράσεων περιλαμβάνονταν στη μελέτη: εκδραματίσεις ή διασπαστική συμπεριφορά, αυτό-καταστροφικές εκδηλώσεις και σωματικές ενοχλήσεις. Και σε αυτή τη μελέτη, οι διακοπές είχαν διαχωριστεί σε τρεις επιμέρους φάσεις: την περίοδο αναμονής, την περίοδο αποχωρισμού και την περίοδο επανασύνδεσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι διακοπές του θεραπευτή κινητοποιούσαν ποικίλες αντιδράσεις στους ασθενείς, συγκριτικά με το υπόλοιπο διάστημα της θεραπείας. Ειδικότερα, οι ασθενείς εκδήλωναν θυμό προς το θεραπευτή με την επιστροφή από τις διακοπές του σε στατιστικά σημαντικότερο βαθμό συγκριτικά με οποιαδήποτε άλλη φάση της θεραπείας. Επίσης, στατιστική σημαντικότητα διαπιστώθηκε και όσον αφορά τις συμπεριφορές εκδραμάτισης, οι οποίες ήταν πιο έντονες κατά τη διάρκεια των διακοπών αλλά και στη φάση της επανασύνδεσης με τον θεραπευτή, συγκριτικά με την περίοδο της αναμονής των διακοπών ή μιας οποιασδήποτε άλλης στιγμής της θεραπείας. Ένα άλλο στατιστικά σημαντικό εύρημα ήταν ότι ενώ οι σωματικές ενοχλήσεις παρέμεναν σε σχετικά σταθερά επίπεδα κατά τον αποχωρισμό, την επανασύνδεση, ή σε οποιαδήποτε ουδέτερη φάση της θεραπείας, μειώνονταν σημαντικά στη φάση της αναμονής των διακοπών. Η χρονική διάρκεια των διακοπών του θεραπευτή και η φάση της θεραπείας όπου πραγματοποιούνταν οι διακοπές δεν φάνηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση, ενώ σημαντικές διαφορές δεν υπήρχαν ούτε σε σχέση με την

αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των ασθενών του δείγματος. Αυτό το τελευταίο, μη-αναμενόμενο εύρημα αποδόθηκε σε μεθοδολογικές παραμέτρους, ενώ τα υπόλοιπα αποτελέσματα ερμηνεύτηκαν υπό το πρίσμα της θεωρίας προσκόλλησης του Bowlby (1960, 1973, 1980, 1982), αλλά και της οριακής ψυχοπαθολογίας. Σύμφωνα με τη θεωρία προσκόλλησης, τα άτομα με ανασφαλή τύπο προσκόλλησης αντιδρούν με εκδηλώσεις θυμού, αυτό- και έτερο- καταστροφικότητα στον αποχωρισμό γενικότερα, και ιδιαίτερα στη φάση της επανασύνδεσης με το απολεσθέν πρόσωπο αγάπης (Ainsworth et al., 1978). Υπό μία κλινική οπτική δε, το γεγονός ότι οι αντιδράσεις αυτές είναι πιο έκδηλες μετά την επανεμφάνιση του θεραπευτή αποδίδεται στο αίσθημα ασφάλειας που νιώθει πλέον ο ασθενής με την βέβαιη παρουσία του θεραπευτή του, μετά την προηγούμενη απώλεια (Power, 2003. Stein, Corter, & Hull, 1996. Strean, 1990).

Σε συνδυασμό με αυτά τα ερευνητικά αποτελέσματα, η θεωρία προσκόλλησης του Bowlby (1960, 1973, 1980, 1982) φαίνεται να έχει ποικίλες εφαρμογές σε θέματα αποχωρισμού, όπως προκύπτει και με βάση σχετικά κλινικά δεδομένα, τα οποία έχουν επιβεβαιωθεί σε έρευνες στο γενικό πληθυσμό. Παραδείγματος χάριν, ανάλογα με τον τύπο προσκόλλησης κάθε ασθενή αναμένονται και διαφορετικές αντιδράσεις στον αποχωρισμό, υποστηρίζει η Power (2003), διανοίγοντας έτσι νέες κατευθύνσεις για περαιτέρω εμπειρική διερεύνηση. Ειδικότερα, οι ασθενείς με αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης –οι οποίοι φοβούνται, κατά κανόνα, την επαφή με τους άλλους– φαίνεται πως τείνουν είτε να αποσύρονται είτε να εκφράζουν εχθρικά συναισθήματα στη φάση των διακοπών της θεραπείας, προκαλώντας με αυτόν τον τρόπο απόσταση στη σχέση. Από την άλλη, οι ασθενείς με έμμονο τύπο προσκόλλησης –οι οποίοι δείχνουν να φοβούνται την απειλή εγκατάλειψης από τους άλλους– εναλλάσσουν τις αντιδράσεις τους στον αποχωρισμό ανάμεσα σε συμπεριφορές αμυντικής άρνησης και παθητικής επιθετικότητας (π.χ. παραβίαση θεραπευτικού πλαισίου) και σε συμπεριφορές έντονης συγκινησιακής φόρτισης και

εξάρτησης με τον θεραπευτή. Όπως υποστηρίζει η Power (2003), η συγκεκριμένη αμφιθυμική στάση φαίνεται να αντανakλά αφενός μεν την επιθυμία των ασθενών αυτών για βοήθεια, αφετέρου δε την ανάγκη να μειώσουν το συνοδό άγχος που τους προκαλεί αυτή ακριβώς η επιθυμία τους να πάρουν βοήθεια. Η στιγμή της ανακοίνωσης της διακοπής είναι η πλέον αποκαλυπτική για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιδρούν στον αποχωρισμό, σύμφωνα με τον τύπο προσκόλλησης που τους χαρακτηρίζει. Πάντως, όποιος κι αν είναι ο τρόπος αντίδρασης στον αποχωρισμό από τον θεραπευτή, κοινός σκοπός είναι η επίτευξη του αισθήματος της ασφάλειας στην ψυχική οικονομία του ασθενούς (Power, 2003. Sable, 1994).

Παρόλο που οι κλινικές αυτές παρατηρήσεις δεν έχουν μελετηθεί σε θεραπευτικά πλαίσια, έχουν λάβει κάποια εμπειρική τεκμηρίωση σε έρευνες στον γενικό πληθυσμό. Στις μελέτες αυτές, όπου διερευνήθηκαν οι τρόποι αντίδρασης απέναντι στην απώλεια αγαπημένου προσώπου σύμφωνα με τον τύπο προσκόλλησης των συμμετεχόντων, βρέθηκε ότι οι αποφευκτικοί τύποι έδειχναν μειωμένη εμπιστοσύνη στους άλλους και υπερβάλλουσα αυτονομία με ταυτόχρονη καταπίεση των συναισθημάτων, ενώ οι έμμονοι τύποι εκφράζονταν με συγκινησιακή φόρτιση, εξαρτητικότητα και μειωμένη αυτό-εκτίμηση (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2005).

Η επίδραση των καλοκαιρινών διακοπών στην κλινική διαδικασία έχει μελετηθεί και με ποιοτικές μεθόδους, αν και σε αυτή την περίπτωση η σχετική ερευνητική δράση παραμένει εξίσου περιορισμένη. Ο Barchat (1988) εξέτασε τις αναπαραστάσεις που είχαν οι ασθενείς για τον θεραπευτή και τη θεραπευτική διαδικασία, καθώς επίσης και τα συναισθήματα που τους δημιουργούσαν οι καλοκαιρινές διακοπές του Αυγούστου σε σχέση με τη χρονική διάρκεια που βρίσκονταν σε θεραπεία. Ο Bush (1989) διενήργησε ημι-δομημένες συνεντεύξεις προκειμένου να μελετήσει την επίδραση που είχε σε υπό εκπαίδευση θεραπευτές το κλείσιμο για τις καλοκαιρινές διακοπές της κλινικής όπου εκπαιδεύονταν. Και στις δύο μελέτες βρέθηκε ότι η προσωρινή διακοπή του θέρους αποτελεί ένα ιδιαίτερο

γεγονός που εγείρει ποικίλες συναισθηματικές αντιδράσεις και το οποίο μεταστρέφει τον τρόπο που οι ασθενείς βιώνουν τη θεραπευτική διαδικασία. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αντιδράσεις αυτές είναι αμφιθυμικές με ταυτόχρονα θετικά και αρνητικά συναισθήματα, ενώ είναι σε συνάρτηση και με την κύρια παθολογία κάθε ασθενή, τη χρονική διάρκεια της θεραπείας και τη φάση εξέλιξης της μεταβιβαστικής νεύρωσης, επιβεβαιώνοντας έτσι σχετικές θεωρητικές απόψεις (Rhoads & Rhoads, 1995).

Η επίδραση της αντιμεταβίβασης στις αντιστάσεις των διακοπών.

Η απουσία από τη θεραπευτική διαδικασία δημιουργεί ζητήματα όχι μόνο στον θεραπευόμενο, αλλά και στον θεραπευτή. Έτσι, μία άλλη παράμετρος που φαίνεται να επηρεάζει τον τρόπο που βιώνονται οι διακοπές της θεραπείας από τους ασθενείς είναι και η αντιμεταβίβαση του θεραπευτή σε σχέση με το θέμα αυτό (Schoenewolf, 2005). Πολλοί κλινικοί αναφέρουν ότι καθώς πλησιάζουν οι θερινές διακοπές, ο αποχωρισμός από τους ασθενείς μπορεί να προκαλέσει στους θεραπευτές αυξημένο άγχος, λύπη, ή ευρύτερα συναισθήματα πένθους. Ένας θεραπευτής μπορεί να ταυτιστεί με τον ασθενή του, καθώς εκείνος παλινδρομεί και αναβιώνει τη γονεϊκή εγκατάλειψη, με αποτέλεσμα να ανακινηθούν και στον ίδιο συναισθήματα πένθους που αφορούν το δικό του προσωπικό παρελθόν (Shengold, 2006). Η Power (2003) αναφέρει μία περίπτωση όπου συνειδητοποίησε εκ των υστέρων πώς είχε συμμαχήσει κρυφά με τον θεραπευόμενο απέναντι στη θλίψη που τους προκαλούσε η διακοπή της θεραπείας, με αποτέλεσμα να «προσποιούνται» και οι δύο ότι η απουσία δεν είχε καμία σημασία. Ο Schafer (2002) κάνει λόγο για τις προβλητικές ταυτίσεις που λαμβάνουν χώρα σε αυτή τη φάση, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν στον θεραπευτή υπερβολικό άγχος και ενοχές για την επικείμενη απουσία του, συναισθήματα που με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε μη-θεραπευτικές παρορμητικές συμπεριφορές (π.χ. παράταση

των συνεδριών, συνεχείς τηλεφωνικές κλήσεις, κ.ά.). Στις αντιδράσεις αυτές μπορεί να συμβάλλει και η χαρακτηριστική αντιμεταβίβαση από την πλευρά του θεραπευτή.

Πρόκειται για τις περιπτώσεις εκείνες που η επαγγελματική επιλογή κάποιου να εργάζεται σε ρόλο θεραπευτή ως ενός ατόμου που βοηθά, φροντίζει και κατανοεί, είναι τέτοιας βαρύτητας ώστε η απομάκρυνση από αυτό το πρότυπο, με την προσωρινή απουσία για διακοπές, προκαλεί σημαντικές εσωτερικές συγκρούσεις. Ο θεραπευτής τότε μπορεί να προβάλλει τη δική του υπερβολική ανησυχία στον ασθενή και να δώσει διαστάσεις στο θέμα των διακοπών που αφορούν μάλλον τον ίδιο παρά τον ασθενή του (Schafer, 2002). Από την άλλη πλευρά, οι καλοκαιρινές διακοπές μπορεί να προκαλούν και συναισθήματα ανακούφισης στον θεραπευτή εκείνον που έχει δεχθεί μέχρι τότε τα «πυρά» και τις έντονες διαμαρτυρίες για την επικείμενη απουσία του, φαινόμενο που συνήθως ξεκινά από την άνοιξη (Shengold, 2006). Όλα αυτά τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις εκ μέρους του θεραπευτή επηρεάζουν, στο πλαίσιο της διαντίδρασης, τον τρόπο που οι θερινές διακοπές θα επενεργήσουν ως πραγματικό γεγονός στη θεραπευτική σχέση, αλλά και στην κλινική επεξεργασία των ζητημάτων που, ούτως ή άλλως, οι διακοπές ανασύρουν στον εσωτερικό κόσμο του ασθενούς.

Ευεργετική επίδραση των διακοπών της θεραπείας.

Η μέχρι τώρα συσχέτιση των καλοκαιρινών διακοπών με φαινόμενα αντίστασης στη θεραπεία δεν αποκλείει οι διακοπές να συνδέονται και με θετικές συναισθηματικές αντιδράσεις, ή να έχουν θετικό αντίκτυπο στην ψυχική οικονομία τόσο του ασθενή όσο και του θεραπευτή, αλλά και του θεραπευτικού ζεύγους εν γένει.

Η ευεργετικότητα τους συνίσταται, καταρχάς, στο γεγονός ότι επέρχεται ένα διάλλειμα σε μια μακρά και συχνά επίμοχθη χρονική περίοδο κλινικής εργασίας. Διάλλειμμα που δίνει τη δυνατότητα στον θεραπευτή να ξεκουραστεί και να επικεντρωθεί σε άλλα δεδομένα της

ζωής του μακριά από το θεραπευτικό ρόλο, κι ως εκ τούτου να ανανεώσει τα λιβιδινικά δυναμικά και να ανασυγκροτήσει τις πνευματικές και ψυχικές του δυνάμεις. Όσον αφορά δε τον ασθενή, οι διακοπές επιτρέπουν την αποστασιοποίηση από τη σχέση μεταβίβασης, ή ευρύτερα από τις επιταγές της θεραπείας, γεγονός που δυνάμει τον βοηθά να σκεφτεί γύρω από όσα έχουν συμβεί στη θεραπεία μέχρι τότε, να τα επεξεργαστεί, να τα εμπεδώσει και να προετοιμαστεί ψυχικά για τους νέους θεραπευτικούς στόχους. Αυτή η, μερική τουλάχιστον, αποδέσμευση από τις μεταβιβαστικές προσδοκίες μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα ωφέλιμη στις περιπτώσεις που η παρουσία του θεραπευτή βιώνεται στη μεταβίβαση με τρόπο αρνητικό (π.χ. ελεγκτικά, τιμωρητικά, καταδιωκτικά, ή έντονα εξαρτητικά).

Κατά τη διάρκεια των διακοπών, οι θεραπευόμενοι που μέχρι τότε απαντούσαν με αντίσταση λόγω των έντονων συναισθημάτων προς το πρόσωπο του θεραπευτή έχουν πλέον τη δυνατότητα να ενσωματώσουν τις ερμηνείες του μεταβιβαστικού υλικού (Schafer, 2002). Εν τέλει, οι θερινές διακοπές της θεραπείας –με τη μεγάλη σχετικά διάρκεια συγκριτικά με άλλες διακοπές στη θεραπευτική διαδικασία και λόγω του προγραμματισμένου χαρακτήρα τους– αποτελούν ένα ασφαλές πεδίο προκειμένου κάθε θεραπευόμενος να έρθει αντιμέτωπος με βιώματα απώλειας, αποστέρησης και αποχωρισμού με τρόπο ανεκτό και ελεγχόμενο, σε αντιδιαστολή με παρόμοιες εμπειρίες που είχε ως παιδί (Rhoads & Rhoads, 1995).

Οι καλοκαιρινές διακοπές συμβάλλουν, επομένως, σε ένα από τα βασικά ευκαταία κάθε θεραπευτικής διαδικασίας, αυτό που ο Winnicott (1958) περιέγραψε ως τη «δυνατότητα να είναι κανείς μόνος του παρουσία του άλλου» (*capacity to be alone in the presence of someone*). Όπως, δηλαδή, το βρέφος αναμένεται να ωριμάσει προοδευτικά προς μια ξεχωριστή οντότητα, με εσωτερική συνοχή και συνέχεια, με εμπιστοσύνη στον εαυτό και στους άλλους, δυνατότητα να αγαπάει και να αγαπιέται και με ενισχυμένο το συναίσθημα της αυτονομίας και της ψυχικής ελευθερίας, έτσι στόχος της θεραπείας είναι να ενισχύσει ψυχικά τον θεραπευόμενο ώστε να απελευθερωθούν όλες αυτές οι ψυχικές δυνάμεις που

βάλλονται από έντονο άγχος αποχωρισμού και απώλειας των άλλων. Παρομοίως, με τον ίδιο τρόπο που η ωριμοποιός διαδρομή του βρέφους διέρχεται μέσα από την οικειοποίηση και την ενσωμάτωση της υποστηρικτικής, για το ανώριμο βρεφικό εγώ, παρουσίας της μητέρας, έτσι και για τον θεραπευόμενο η ψυχική ωρίμανση έρχεται ως αποτέλεσμα της ενσωμάτωσης των υποστηρικτικών λειτουργιών του θεραπευτή. Καθώς δε το βρέφος ενσωματώνει την υποστηρικτική μητρική παρουσία και σταδιακά μπορεί να μένει μόνο του χωρίς να έχει ανάγκη να απευθύνεται στη μητέρα του, κατ' αναλογία και ο θεραπευόμενος μπορεί να αντέχει τη φυσική απουσία του θεραπευτή έχοντας ενδοβάλλει εσωτερικά τη σταθερότητα της ευρύτερης ύπαρξής του. Στην πορεία αυτή, οι θερινές διακοπές αποτελούν τον μεταβατικό χώρο όπου το πραγματικά απόν αντικείμενο-θεραπευτής μπορεί και βιώνεται ψυχικά ως παρουσία, διαδικασία που συντείνει στη «δυνατότητα να είναι κανείς μόνος του παρουσία του άλλου», με τα πολλαπλά οφέλη αυτού του αναπτυξιακού επιτεύγματος.

Συμπερασματικά, οι καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας φαίνεται να αποτελούν μια «ιδανική» περίοδο για τη μελέτη βασικών μεταβλητών της θεραπευτικής διαδικασίας, όπως είναι η αντίσταση του ασθενούς σε σχέση με ζητήματα ασφάλειας / ανασφάλειας στη θεραπευτική σχέση, καθώς την περίοδο αυτή αφενός μεν διαταράσσεται η σταθερότητα του θεραπευτικού πλαισίου, αφετέρου δε ανακινούνται πολλαπλά ψυχικά δυναμικά και αντιστάσεις. Μάλιστα, όπως προκύπτει από σχετικό κλινικό αλλά και ερευνητικό υλικό, οι αντιστάσεις που εμφανίζονται την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας είναι τόσο πολυδιάστατες και πολυπληθείς που δημιουργείται η ανάγκη για την εφαρμογή ενός εργαλείου μέτρησης της αντίστασης με ανάλογες ευρείες δυνατότητες, γεγονός που επιδιώχθηκε στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης. Εξάλλου, λόγω της πολυπλοκότητας του φαινομένου αυτού καθ' εαυτού, γενικότερα η κατασκευή εργαλείων για τη μέτρηση της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία έχει αποτελέσει μια επίμοχθη διαδικασία, όπως περιγράφεται στο επόμενο κεφάλαιο.

Μ Ε Ρ Ο Σ Ι V

Η έρευνα για την αντίσταση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

Η μέτρηση της αντίστασης

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις συμφωνούν, στο σύνολο τους, ότι η θεραπευτική διαδικασία διέπεται από φαινόμενα αντίστασης. Εντούτοις, αν και η έννοια της αντίστασης είναι κοινά αποδεκτή σε όλο το φάσμα της ψυχοθεραπείας, κάθε θεραπευτική προσέγγιση ερμηνεύει διαφορετικά την έννοια της αντίστασης, κι ως εκ τούτου δεν έχει καθιερωθεί ένας ελάχιστος κοινός τόπος ορισμού και περιγραφής της ανάμεσα στις διαφορετικές σχολές. Αντίθετα, υπό τον όρο «αντίσταση» κάθε προσέγγιση αναγνωρίζει διαφορετικές μορφές και τύπους αντίστασης, ορίζει με διαφορετικό τρόπο τις αιτιάσεις του φαινομένου και συμπεριλαμβάνει διαφορετικές παραμέτρους που συνιστούν εκδηλώσεις αντίστασης. Μια τέτοια πολυσημία δικαιολογείται εν μέρει από το γεγονός ότι η αντίσταση αφορά ταυτόχρονα σε πολλά επίπεδα του ψυχισμού: συναισθηματικό, γνωστικό, συμπεριφορικό, διαπροσωπικό. Επιπλέον, καθώς η αντίσταση είναι αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας, αναπόδραστα αντανakλώνται σε αυτήν οι επιμέρους θεωρητικές και πρακτικές διαστάσεις που οριοθετούν κάθε θεραπευτική προσέγγιση. Ωστόσο, η έλλειψη μιας ενιαίας ταξινόμησης του φαινομένου της αντίστασης σε επίπεδο θεωρητικό έχει ως αναπόφευκτο επακόλουθο να προκαλούνται περιορισμοί και σε εμπειρικό επίπεδο. Αρχής γενομένης, από τους τρόπους μέτρησης της αντίστασης.

Ενδεικτικό της πολυδιάσπασης του φαινομένου είναι ότι μέχρι σήμερα έχουν κατασκευαστεί τουλάχιστον εννέα (9) εξειδικευμένα εργαλεία για τη μέτρηση της αντίστασης στο χώρο της ψυχοθεραπείας. Τα εργαλεία αυτά διαφέρουν μεταξύ τους σε μια σειρά από διαστάσεις:

- βάσει θεωρητικού μοντέλου, καθώς άλλα εδράζονται περισσότερο στην ψυχαναλυτική θεώρηση της αντίστασης και άλλα σε μη-ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις (π.χ. συμπεριφοριστική / γνωσιακή προσέγγιση, θεωρία κοινωνικής επιρροής).
- βάσει της «φύσης» της αντίστασης, καθώς άλλα μετρούν την αντίσταση ως εγγενές χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (*trait-like resistance*) και άλλα ως φαινόμενο που εκδηλώνεται μέσα σε ένα πλαίσιο επηρεαζόμενο από συγκεκριμένες μεταβλητές (*state-like resistance*).
- βάσει της μορφής της αντίστασης, καθώς άλλα εργαλεία προβάλλουν περισσότερο μια μονοδιάστατη προσέγγιση της αντίστασης (ως ενιαίο φαινόμενο που είτε υπάρχει είτε δεν υπάρχει σε μια δεδομένη φάση) και άλλα εργαλεία μετρούν την αντίσταση ως πολυδιάστατο φαινόμενο.
- τέλος, βάσει του τρόπου μέτρησης μέσα στη συνεδρία, καθώς όταν μελετάται η αντίσταση κατά τη θεραπευτική διαδικασία, για μερικά εργαλεία χρησιμοποιούνται ως μονάδα μέτρησης τα διαδοχικά επεισόδια λόγου του θεραπευόμενου (*statement-level*) και σε άλλα εξετάζεται η διαντίδραση θεραπευτή-θεραπευόμενου στη θεραπευτική συνεδρία (*session-level*).

Στο πλαίσιο αυτών των διαφορών ακολουθεί η περιγραφή των επιμέρους εργαλείων. Καταρχάς, παρουσιάζονται εκείνα τα εργαλεία που μελετούν την αντίσταση σε επίπεδο ενδογενούς στοιχείου της προσωπικότητας. Στη συνέχεια, περιγράφονται εκείνα που εστιάζονται σε μια πολυδιάστατη, περισσότερο διευρυμένη, οπτική της αντίστασης.

Εξειδικευμένα εργαλεία για τη μέτρηση της αντίστασης

Μέτρηση της αντίστασης ως εγγενές χαρακτηριστικό προσωπικότητας.

Τα δύο πρώτα εργαλεία, το Questionnaire for Measuring Psychological Reactance και το Therapeutic Reactance Scale, δεν μετρούν αντίσταση *per se*, αλλά αντιδραστικότητα. Όπως σημειώθηκε στο Κεφάλαιο 1, οι δύο αυτές έννοιες είναι μεν συναφείς, αλλά και διαφορετικές μεταξύ τους. Συνεπώς, για τη μέτρηση της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία δεν επαρκεί η εφαρμογή αυτών των εργαλείων, παρόλο που ένας μεγάλος όγκος ερευνών έως τώρα έχουν βασιστεί σε αυτά τα εργαλεία –και ιδιαίτερα στο δεύτερο.

Το Questionnaire for Measuring Psychological Reactance (QMPR) (Merz, 1983) ταυτίζει την αντίσταση με τον παράγοντα εκείνο της προσωπικότητας που ονομάζεται «αντιδραστικότητα» (*psychological reactance*). Ο παράγοντας της αντιδραστικότητας προκύπτει από 18 διαφορετικές προτάσεις που συνιστούν το QMPR. Το συγκεκριμένο εργαλείο βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με μετρήσεις της αυτονομίας, της επιβλητικότητας, της νευρικότητας, της ανασφάλειας, της ευσυνειδησίας, της κατάθλιψης και της δυσανασχέτησης απέναντι σε αιτήματα από πρόσωπα εξουσίας. Το QMPR αναπτύχθηκε στη Γερμανία και μεταφράστηκε στα αγγλικά από τον Dowd (Dowd, Milne, & Wise, 1991) για να αποτελέσει τον πρόδρομο του πλέον γνωστού εργαλείου στη μέτρηση της αντίστασης, ως ενδογενές και σχετικά σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας του θεραπευόμενου, του Therapeutic Reactance Scale.

Το Therapeutic Reactance Scale (TRS) (Dowd, Milne, & Wise, 1991) είναι ένα αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που μετρά την ψυχολογική αντιδραστικότητα, έτσι όπως έχει οριστεί από τον Brehm (1966). Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο ορισμό, η ψυχολογική αντιδραστικότητα ανάγεται στην τάση για προσωπικό έλεγχο. Ενεργοποιείται δε όταν καταπιεστούν, ή απειληθούν με καταπίεση, οι «ελεύθερες εκδηλώσεις» (*free behaviors*), όπως αυτές τις βιώνει κάθε άτομο ξεχωριστά. Προκειμένου για το πεδίο της κλινικής

πρακτικής, ως «ελεύθερες εκδηλώσεις» για κάποιον θεραπευόμενο μπορεί να θεωρούνται, για παράδειγμα, τα ίδια τα συμπτώματά του. Σε αυτή την περίπτωση, οι προσπάθειες του θεραπευτή να μειωθούν, ή να εξαλειφθούν, τα συμπτώματα του ασθενή μπορεί να γίνονται αντιληπτές ως απειλή και να αντιμετωπίζονται με αντίσταση. Το TRS αποτελείται από 28 προτάσεις τύπου Likert οι οποίες αφορούν σε δύο υποκλίμακες, τη λεκτική και τη συμπεριφορική υποκλίμακα. Η βαθμολογία που προκύπτει από τις δύο υποκλίμακες μαζί συνιστά τη συνολική ψυχολογική αντιδραστικότητα του θεραπευόμενου. Όπως έχει επιβεβαιωθεί από πολλές έρευνες, το TRS έχει υψηλούς βαθμούς αξιοπιστίας, καθώς και συγχρονικής και προγνωστικής εγκυρότητας. Υψηλά επίπεδα συσχέτισης του TRS έχουν διαπιστωθεί με κλίμακες μέτρησης της αμυντικότητας, της διεκδικητικότητας, της επιβλητικότητας, της αυτονομίας, της αντισυμβατικότητας και της μειωμένης ανάγκης για κοινωνική αποδοχή (Baker, Sullivan, & Marszalek, 2003. Dowd, Milne, & Wise, 1991. Dowd & Wallbrown, 1993). Η προγνωστική εγκυρότητα του εργαλείου διαπιστώθηκε σε σχέση με διάφορες διαστάσεις του κλινικού έργου, συμπεριλαμβανομένων της αποτελεσματικότητας των «παράδοξων παρεμβάσεων» (Dowd et al., 1988. Shoham-Salomon, Avner, & Neeman, 1989. Swoboda, Dowd, & Wise, 1990), της συμμόρφωσης στη θεραπεία (Graybar, Antonuccio, Boutilier, & Varble, 1989), της προσέλευσης στις συνεδρίες (Morgan, 1986) και της προτιμώμενης εποπτείας από τους θεραπευτές (Tracey, Ellickson, & Sherry, 1989). Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι οι εκδηλώσεις αντίστασης στην ψυχοθεραπεία αφορούν σε μια χαρακτηριστική μεταβλητή, τουλάχιστον εν μέρει. Η ψυχολογική αντιδραστικότητα –ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του θεραπευόμενου που παραμένει σχετικά σταθερό στο χρόνο και διαφέρει από άτομο σε άτομο– φαίνεται να επηρεάζει τόσο τη διαδικασία όσο και το αποτέλεσμα της θεραπείας. Θα πρέπει, εντούτοις, να επισημανθεί ότι οι ίδιοι οι ερευνητές που κατασκεύασαν την TRS, αλλά και μεταγενέστεροι μελετητές της αντίστασης (βλ. σχετικά Beutler, Moleiro,

& Talebi, 2002a), έχουν διευκρινίσει ότι μπορεί η ψυχολογική αντιδραστικότητα να αποτελεί ένα κατεξοχήν ενδογενές χαρακτηριστικό, ωστόσο χρειάζεται πάντοτε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο για να ξεδιπλωθεί και να λειτουργήσει αρνητικά για τη θεραπεία. Με αυτή την έννοια, η σημασία της θεραπευτικής σχέσης παραμένει καίρια.

Το *Systematic Treatment Selection, Clinician Rating Form (STS-CRF)* (Fisher, Beutler, & Williams, 1999) βασίζεται στην ίδια φιλοσοφία. Ενώ περιλαμβάνει μία κλίμακα μέτρησης της αντίστασης ως «*trait-like resistance*», από την άλλη πλευρά οι κατασκευαστές της κλίμακας πρεσβεύουν ότι οποιαδήποτε μορφή αντίστασης θα πρέπει να συνεξετάζεται και σε σχέση με τις ευρύτερες συνθήκες υπό τις οποίες εκδηλώνεται (*state-like resistance*). Στην κλίμακα αντίστασης της STS-CRF είναι οι θεραπευτές που κρίνουν κατά πόσο ένας ασθενής έχει εκδηλώσει αντίσταση. Αυτό γίνεται στη βάση των εξής παραμέτρων: της παρεμπόδισης των θεραπευτικών παρεμβάσεων, της αποφυγής της τεχνικής αντιπαράθεσης με τον θεραπευτή, της δυσανασχέτησης απέναντι στα θεραπευτικά αιτήματα και της πρόδηλης συμπεριφοράς αντίθεσης, ή της παθητικής συμπεριφοράς μη-συμμόρφωσης προς τη θεραπεία. Οι κρίσεις των θεραπευτών βασίζονται, αφενός μεν, στο ατομικό ιστορικό των ασθενών όσον αφορά τις σχέσεις τους με πρόσωπα εξουσίας, αφετέρου δε, στον έλεγχο του τρόπου αντίδρασης όταν καλούνται να απαντήσουν σε διάφορα έξωθεν αιτήματα (π.χ. στο χώρο εργασίας). Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει προγνωστική αξία όσον αφορά την πιθανότητα πρόωρης διακοπής της θεραπείας, καθώς και τη δυνατότητα του θεραπευτή να προσαρμόζει τις παρεμβάσεις στα επίπεδα αντίστασης του θεραπευόμενου, ώστε να τα διατηρεί χαμηλά (Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000. Beutler, Moleiro, Malik, Harwood, Romanelli, et al., 2003). Η συγκεκριμένη κλίμακα διατίθεται και σε αυτό-συμπληρούμενη εκδοχή από τους θεραπευόμενους (Systematic Treatment Selection Self-Report), η οποία μεταχειρίζεται εξίσου την αντίσταση ως χαρακτηριστικό

προσωπικότητας (Corbella, Beutler, Fernandez-Alvarez, Botella, Malik, et al., 2003. Fisher, Beutler, & Williams, 1999).

Μία άλλη ευρέως διαδεδομένη κλίμακα μέτρησης της αντίστασης, η οποία ωστόσο μεταχειρίζεται την αντίσταση ως ένα ενδοπροσωπικό χαρακτηριστικό του ασθενούς, είναι η Client Resistance Code (CRC) (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, & Forgatch, 1984). Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει χορηγηθεί με διαφορετική ονομασία σε ορισμένες έρευνες, άλλοτε ως Client Non-compliance Code (CNC) και άλλοτε ως Therapy Process Coding System. Το κλινικό πεδίο μέσα στο οποίο αναπτύχθηκε η κλίμακα CRC ήταν η εκπαίδευση γονέων βάση της συμπεριφοριστικής προσέγγισης και της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης. Η κατασκευή της κρίθηκε σκόπιμη διότι μέχρι τότε οι μελέτες που αφορούσαν την αντίσταση στην ψυχοθεραπεία δεν διεξάγονταν μέσω κάποιου εξειδικευμένου εργαλείου που να μετρά την αντίσταση αυτή καθ' εαυτή, αλλά με ευρύτερες κλίμακες χαρακτηριστικών του ασθενούς ή του θεραπευτή (π.χ. κίνητρο για θεραπεία, επίπεδα αυτό-διερεύνησης, βαθμός εμπλοκής στη θεραπεία, διευκολυντική στάση θεραπευτή, κ.ά.). Η CRC συνιστά ένα κωδικοποιημένο σύστημα επτά (7) διαφορετικών και αμοιβαία αποκλειόμενων κατηγοριών, εκ των οποίων πέντε (5) κατηγορίες αφορούν σε εκδηλώσεις αντίστασης και δύο (2) περιγράφουν τη συνεργατική συμπεριφορά του ασθενούς. Οι επιμέρους κατηγορίες αντίστασης περιλαμβάνουν τις εξής μορφές αντίδρασης: όταν ο θεραπευόμενος διακόπτει τον λόγο του θεραπευτή, κρατά αρνητική στάση (π.χ. διαφωνία, επίρρηση ευθυνών σε τρίτους, δηλώσεις απόγνωσης), εκφράζει αμφισβήτηση / αντιπαράθεση, προβάλλει άσχετα θέματα προς συζήτηση, δεν ακολουθεί τα διαμεμβόμενα στη συνεδρία (π.χ. αδιαφορία, μη-ανταπόκριση). Σε αντιδιαστολή, η συνεργασιμότητα περιλαμβάνει τις αντιδράσεις μη-αντίστασης του θεραπευόμενου (όλες τις αντιδράσεις που θεωρούνται ουδέτερες, συνεργατικές, ή συγχρονισμένες με ό,τι λαμβάνει χώρα στη συνεδρία), καθώς και τις διευκολυντικές προς τη θεραπεία αντιδράσεις (εκείνες που

εκφράζουν συμφωνία, ή προσήλωση σε αυτό που διαμείβεται). Ο συνδυασμός των στοιχείων που προκύπτουν και από τις πέντε κατηγορίες αντίστασης μαζί, καθώς και ο συνδυασμός που προκύπτει από τις δύο κατηγορίες συνεργασιμότητας, δίνουν ένα τελικό αποτέλεσμα δύο κατηγοριών: της συνολικής αντίστασης και της συνολικής συνεργασιμότητας του θεραπευόμενου. Η βαθμολόγηση γίνεται από εξωτερικούς κριτές στη βάση βιντεοσκοπημένων συνεδριών. Η κλίμακα CRC έχει βρεθεί ότι διακρίνεται από υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Bischoff & Tracey, 1995. Chamberlain et al., 1984. Hill, Corbett, Kanitz, Rios, Lightsey, & Gomez, 1992. Patterson & Forgatch, 1985. Stoolmiller, Duncan, Bank, & Patterson, 1993).

Σε αντίθεση με το CRC των Chamberlain και συνεργατών, το *Client Resistance Scale (CRS)* (Mahalik, 1994) θεμελιώνεται στη βάση της ψυχαναλυτικής θεώρησης της αντίστασης. Σύμφωνα με αυτή, η αντίσταση είναι ένα «πανταχού παρόν» φαινόμενο κατά τη θεραπευτική διαδικασία, παρά ένα μονοδιάστατο φαινόμενο που άλλοτε υφίσταται και άλλοτε όχι. Αναλυτικότερα, το CRS στηρίζεται στη βασική θέση του Freud ότι το κίνητρο κάθε αντίστασης είναι η αποφυγή βίωσης επώδυνων συναισθημάτων. Στη βάση αυτή, το CRS υιοθετεί τις εξής πέντε (5) διαφορετικές διαστάσεις αντίστασης που συμβάλουν προς αυτόν τον στόχο:

1. Αποφυγή έκφρασης επώδυνων συναισθημάτων.
2. Αποφυγή μνημονικής ανάσυρσης υλικού.
3. Αποφυγή προς τον θεραπευτή.
4. Αποφυγή της αλλαγής.
5. Αποφυγή της ενόρασης.

Οι πέντε αυτές διαστάσεις προκύπτουν όχι μόνο από την ψυχαναλυτική αλλά και από την ευρύτερη βιβλιογραφία σχετικά με την αντίσταση στην ψυχοθεραπεία. Αν και ανεξάρτητες η μία από την άλλη, οι πέντε διαστάσεις αντίστασης δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως

ξεχωριστές υποκλίμακες. Ωστόσο, επισημαίνεται ότι παράλληλα με τις συνολικές βαθμολογίες στο CRS, οι επιμέρους διαστάσεις θα πρέπει να εξετάζονται και χωριστά, καθώς έχει βρεθεί ότι επηρεάζονται διαφορετικά από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Ο βαθμός αξιοπιστίας του CRS έχει βρεθεί ότι είναι ικανοποιητικός όταν εξασφαλίζονται τουλάχιστον τρεις (3) κριτές για την αξιολόγηση των δεδομένων, όπως αυτά προέρχονται από το βιντεοσκοπημένο, ή το (από-) μαγνητοφωνημένο, υλικό των διαδοχικών επεισοδίων λόγου του θεραπευόμενου (*speaking turns*). Οι αρχικές μετρήσεις εγκυρότητας του εργαλείου είναι εξίσου ικανοποιητικές, εντούτοις χρειάζονται περαιτέρω μελέτες μέτρησης της συγχρονικής και της προγνωστικής εγκυρότητας.

Μέτρηση της αντίστασης ως μεταβλητή θεραπευτικής διαδικασίας.

Διευρύνοντας την απόσταση από τα εργαλεία που προτάσσουν περισσότερο τον ιδιοσυστασιακό χαρακτήρα της αντίστασης, το *Patient Resistance Scale (PRS)* (Morgan et al., 1982) μελετά την αντίσταση ως αναπόσπαστο στοιχείο της θεραπευτικής διαδικασίας. Το συγκεκριμένο εργαλείο αναπτύχθηκε σύμφωνα με τις αρχές της ψυχαναλυτικής θεωρίας, όπως και το CRS, στο πλαίσιο του Penn Psychotherapy Project. Περιλαμβάνει επτά διαφορετικές κατηγορίες αντίστασης τύπου-Likert βάσει της συχνότητας και της έντασης εμφάνισης διαφόρων έκδηλων συμπεριφορών αντίστασης, όπως αυτές προκύπτουν από μέρη του λόγου (*segments*) των θεραπευόμενων μέσα στη συνεδρία. Το Patient Resistance Scale έχει υψηλό δείκτη αξιοπιστίας. Εντούτοις, ο βαθμός προγνωστικής εγκυρότητας όσον αφορά το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι χαμηλός, καθώς η σχετική μελέτη έδειξε ότι η αντίσταση δεν συσχετίζεται με την επιτυχία, ή τη μη επιτυχία, έκβαση της θεραπείας.

Το *Resistance Scale (RS)* (Schuller, Crits-Cristoph, & Connolly, 1991) αποτελεί τροποποίηση του Patient Resistance Scale και βασίζεται και αυτό στην ψυχαναλυτική

προσέγγιση της αντίστασης. Αξιοποιώντας ερευνητικά στοιχεία από το Penn Psychotherapy Project, η συγκεκριμένη κλίμακα προωθεί μια πολυδιάστατη μέτρηση της αντίστασης, αποκαλύπτοντας, μετά από ανάλυση παραγόντων, τέσσερις (4) κατηγορίες συμπεριφορών αντίστασης:

1. Απότομη συμπεριφορά / συμπεριφορά μετατόπισης (*abrupt / shifting*).
2. Επιπεδωμένη / ανασταλτική συμπεριφορά (*flat / halting*).
3. Αντιθετική συμπεριφορά (*oppositional*).
4. Συμπεριφορά ασάφειας / συμπεριφορά αμφισβήτησης (*vague / doubting*).

Οι επιμέρους αυτές κατηγορίες προκύπτουν από τις 19 διαφορετικές προτάσεις που αποτελούν τη Resistance Scale. Η βαθμολογία στις προτάσεις γίνεται από τουλάχιστον τρεις κριτές βάσει 10-βαθμης κλίμακας τύπου-Likert, σύμφωνα με τον φωνητικό τόνο, το περιεχόμενο και τη ροή του λόγου των θεραπευόμενων, όπως αυτά προκύπτουν από μαγνητοφωνημένα μέρη του λόγου (*segments*) μέσα στη συνεδρία. Ως αποτέλεσμα αυτών των βαθμολογιών, καθίσταται δυνατή η μέτρηση του τύπου, αλλά και της έντασης, της αντίστασης μέσα σε μια θεραπευτική συνεδρία. Από την ανάλυση διακύμανσης βρέθηκε ότι η Resistance Scale μετρά τόσο τις χαρακτηρισολογικές αντιστάσεις, όσο και τις «αντιστάσεις πλαισίου», αυτές δηλαδή που συμβαίνουν σε εξάρτηση με κάτι που διαμείβεται σε μια συγκεκριμένη χρονική φάση και σε μια συγκεκριμένη κατάσταση μέσα στη θεραπεία (π.χ. ερμηνεία υλικού από τον θεραπευτή). Ως εκ τούτου, το RS προτείνεται ως κατάλληλο εργαλείο για τη μέτρηση των μεταβολών στα επίπεδα αντίστασης του θεραπευόμενου από συνεδρία σε συνεδρία.

Το Therapist Questionnaire of Client Behaviors (TQCB) (Siebel, 1994) αποτελεί το μόνο διαθέσιμο εργαλείο που μετρά πολλαπλές αντιδράσεις αντίστασης στην

κλινική διαδικασία, όπως αυτές αναφέρονται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Το Therapist Questionnaire of Client Behaviors περιλαμβάνει 61 επιμέρους μορφές αντιδράσεων των θεραπευόμενων στη θεραπεία –κυρίως αντιδράσεις αντίστασης, αλλά και συνεργασιμότητας– και μετρά τη συχνότητα με την οποία εμφανίζονται οι συμπεριφορές αυτές βάσει 5-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert. Η συχνότητα εμφάνισης σημειώνεται σύμφωνα με την κρίση των θεραπευτών, οι οποίοι είναι αυτοί που καταρχήν βιώνουν –αλλά και ταυτόχρονα καλούνται να αντιμετωπίσουν– τα φαινόμενα αντίστασης. Από σχετική μελέτη που διεξήχθη σε 90 θεραπευόμενους προέκυψε ότι το TQCB περιλαμβάνει τέσσερις επιμέρους παράγοντες: (α) Ύψωση Ορίων (*Boundary Augmentation*), (β) Κατάργηση Ορίων (*Boundary Reduction*), (γ) Συνεργατική Σχέση (*Collaborative Relationship*), και (δ) Συμπεριφορά Απεμπλοκής (*Behavioral Disengagement*) (Seibel & Dowd, 1999). Ο πρώτος παράγοντας αφορά σε συμπεριφορές του θεραπευόμενου οι οποίες δημιουργούν απόσταση από τον θεραπευτή (π.χ. αμυντικότητα, σαρκασμός, επίρριψη ευθυνών στον θεραπευτή) και οι οποίες εκφράζουν μία τάση ελέγχου της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο δεύτερος παράγοντας της Κατάργησης Ορίων αφορά στην τάση του θεραπευόμενου να μην μετακινηθεί ψυχικά στη θεραπεία, καθώς και στην τάση για εξάρτηση από τον θεραπευτή. Ο παράγοντας της Συνεργατικής Σχέσης υποδηλώνει την πρόθεση του θεραπευόμενου να συμμετάσχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία και να συνεργαστεί προς την κατεύθυνση της θεραπευτικής αλλαγής. Τέλος, ο τέταρτος παράγοντας της Συμπεριφοράς Απεμπλοκής αφορά σε συμπεριφορές αντίστασης που παραβιάζουν τους όρους και τους βασικούς κανόνες της θεραπείας.

Το πλέον πρόσφατο εργαλείο που έχει κατασκευαστεί για τη μέτρηση της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία είναι το *Missouri Addressing Resistance Scale (MARS)* (Kivlighan, Multon, & Putton, 1996). Το MARS αποτελείται από 11 επιμέρους προτάσεις οι οποίες δεν μετρούν την αντίσταση τόσο από τη σκοπιά του θεραπευόμενου όσο από τη

σκοπία του θεραπευτή. Συγκεκριμένα, διερευνούν το βαθμό και τον τρόπο που ο θεραπευτής παρεμβαίνει στις συμπεριφορές αντίστασης, όπως αυτές εκφράζονται μέσα στις συνεδρίες. Η βαθμολογία στις 11 προτάσεις προκύπτει από κριτές σε μια 5-βάθμια κλίμακα τύπου-Likert βάσει βιντεοσκοπημένου ή /και (από-)μαγνητοφωνημένου υλικού από ολόκληρες συνεδρίες, ή από αποσπάσματα συνεδριών. Βασισμένο στο ψυχαναλυτικό μοντέλο παρέμβασης των 5-βημάτων⁴ του Greenson (1967), το MARS αναδεικνύει περαιτέρω την εγκυρότητα της σχετικής θεωρίας, επιβεβαιώνοντας με παραγοντική ανάλυση την ύπαρξη δύο ξεχωριστών αλλά αλληλοσχετιζόμενων παραγόντων: (α) την ανάδειξη / ερμηνεία της αντίστασης (*highlighting / interpreting resistance*), και (β) τη διερεύνηση και τη δι-επεξεργασία της αντίστασης (*exploring and working through resistance*). Οι δύο υποκλίμακες του MARS βρέθηκαν να έχουν υψηλή εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία.

Ευρύτερες μέθοδοι για τη μέτρηση της αντίστασης

Μέτρηση της αντίστασης μέσω εργαλείων θεραπευτικής διαδικασίας.

Εκτός από τις εξειδικευμένες κλίμακες μέτρησης της αντίστασης, η αντίσταση έχει μετρηθεί και με ευρύτερα εργαλεία εκτίμησης της θεραπευτικής διαδικασίας, όπου εξετάζονται πολλές διαφορετικές παράμετροι της θεραπείας, από κοινού. Τέτοια περίπτωση αποτελεί ένα εργαλείο του 1971, το *Therapy Session Checksheet (TSCS)* του Luborsky (Graff & Luborsky, 1977). Το συγκεκριμένο εργαλείο περιλαμβάνει 23 προτάσεις που συνιστούν 7 διαφορετικές κατηγορίες, μεταξύ των οποίων και την κατηγορία της αντίστασης του θεραπευόμενου. Η αντίσταση εδώ αντιμετωπίζεται ως μονοδιάστατο φαινόμενο που είτε υπάρχει είτε όχι, βάσει μιας 5-βάθμιας κλίμακας τύπου-Likert. Το TSCS συμπληρώνεται αμέσως μετά το πέρας της συνεδρίας από τον ίδιο τον θεραπευτή, ο οποίος κρίνει για την ύπαρξη ή μη αντίστασης στη συγκεκριμένη συνεδρία βάσει των έκδηλων,

⁴ Τα πέντε βήματα αντιμετώπισης της αντίστασης της θεωρίας του Greenson είναι συνοπτικά τα εξής: (α) αναγνώριση, (β) ανάδειξη, (γ) ερμηνεία, (δ) διασαφήνιση / διερεύνηση, και (ε) δι-επεξεργασία της αντίστασης.

κατά αποκλειστικότητα, αρνητικών εκφράσεων αντίστασης (π.χ. άρνηση, αμφισβήτηση, κτλ.) εκ μέρους του θεραπευόμενου.

Παρομοίως, το *Psychotherapy Process Inventory* (Baer, Dunbar, Hamilton, & Beutler, 1980), διερευνά την αντίσταση του θεραπευόμενου αποκλειστικά ως έκφραση διαπροσωπικής εχθρότητας (π.χ. «Ο ασθενής ήταν ανταγωνιστικός προς τον θεραπευτή», «Ο ασθενής προσπαθούσε να επικρατήσει του θεραπευτή και να ελέγξει τη συνεδρία»). Η αντίσταση αποτελεί στο εργαλείο έναν από τους τέσσερις, συνολικά, παράγοντες, οι οποίοι προκύπτουν από 74 προτάσεις. Οι υπόλοιποι τρεις παράγοντες περιλαμβάνουν τη συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπεία, την άμεση παροχή υποστήριξης από τον θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο και τέλος την έκφραση δυσφορικού υλικού από τον θεραπευόμενο. Το εργαλείο συμπληρώνεται από τον θεραπευτή βάσει 5-βάθμιας κλίμακας που δηλώνει συχνότητα, ή ένταση, κάθε μορφής συμπεριφοράς.

Άλλο ένα ευρύ εργαλείο με αναφορά στην αντίσταση είναι το *Client Behavior System (CBS)* της Hill και συνεργατών (Hill et al., 1992). Το CBS αποτελεί προσαρμογή του Client Verbal Response Category System (Hill et al., 1981) και προτείνεται ως ένα πανθεωρητικό εργαλείο μέτρησης της θεραπευτικής διαδικασίας. Περιλαμβάνει οκτώ ονομαστικές, αμοιβαία αποκλειόμενες, κατηγορίες: την αντίσταση, τη συμφωνία, το κατάλληλο αίτημα, την αφήγηση, τη γνωστική-συμπεριφοριστική διερεύνηση, τη συναισθηματική διερεύνηση, την ενδοσκόπηση και τις θεραπευτικές αλλαγές. Η αντίσταση και η γνωστικο-συμπεριφοριστική διερεύνηση εμφανίζονται, για πρώτη φορά, στην εκδοχή του CBS. Η μέτρηση αυτών των κατηγοριών αντίδρασης του θεραπευόμενου γίνεται από κριτές στη βάση βιντεοσκοπημένου υλικού συνεδριών, προκειμένου να δύναται η αξιοποίηση και των μη-λεκτικών στοιχείων. Οι εκτιμήσεις των κριτών βασίζονται στις κυρίαρχες αντιδράσεις που εμπίπτουν σε καθεμία από τις προαναφερθείσες κατηγορίες, όπως αυτές αναφαίνονται στο λόγο του θεραπευόμενου (*speaking turns*). Οι ψυχομετρικές

ιδιότητες του CBS είναι ικανοποιητικές, αν και ο βαθμός συμφωνίας μεταξύ των κριτών αναφορικά με την εκτίμηση της αντίστασης ήταν χαμηλότερος, συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Αυτό που θεωρούνταν ως αντίδραση αντίστασης από έναν κριτή δεν κρινόταν απαραίτητα ως τέτοια από έναν άλλο κριτή.

Περαιτέρω τρόποι μέτρησης της αντίστασης.

Καταλήγοντας με τους τρόπους μέτρησης της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, θα πρέπει να αναφερθούν και οι απόπειρες εκτίμησής της μέσω ενός συνδυασμού επιμέρους κλιμάκων που μετρούν διάφορα, θεωρούμενα ως συναφή με την αντίσταση, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (π.χ. αυτονομία, αμυντικότητα, αυτό-εκτίμηση, αποφυγή ρίσκου, ανοχή στην ασάφεια, κ.ά.). Τέτοια απόπειρα αποτέλεσε το επονομαζόμενο «*Resistance Potential (RP)*» (Beutler et al., 1991a), το οποίο περιλαμβάνει τις δύο κλίμακες του MMPI που αφορούν στο άγχος και στην επιθυμία για κοινωνική αποδοχή, παράμετροι που θεωρήθηκαν ότι αποτελούν δείκτες αντίστασης. Παρά την προγνωστική αξία που φαίνεται να έχει το RP σε αρκετές έρευνες της ψυχοθεραπείας, τόσο οι ίδιοι οι δημιουργοί του όσο και άλλοι ερευνητές σε πρόσφατες μελέτες (Baker, Sullivan, & Marszalek, 2003) εγείρουν επιφυλάξεις όσον αφορά την εσωτερική του συνέπεια. Ως εκ τούτου, παλαιότερα ευρήματα σχετικά με την ταύτιση θεραπευόμενου και τύπου θεραπείας⁵, που είχαν ως μεθοδολογικό εργαλείο το Resistance Potential, τίθενται υπό αμφισβήτηση (Beutler et al., 1991a. Beutler et al. 1993. Beutler et al., 1991b).

Μια πρωτότυπη μέθοδος μέτρησης της αντίστασης, η οποία χρησιμοποιήθηκε στο πεδίο της συμβουλευτικής ψυχολογίας (Shoham-Salomon et al., 1989), υποστηρίζει τη δυνατότητα πρόγνωσης των επιπέδων αντίστασης των θεραπευόμενων βάσει της διακύμανσης του τόνου φωνής τους. Αποσπώντας το λόγο του θεραπευόμενου από το περιεχόμενό του, οι

⁵ Σύμφωνα με αυτές τις έρευνες, οι θεραπευόμενοι με υψηλά επίπεδα αντίστασης ανταποκρίνονταν καλύτερα σε μη-κατευθυντικές μορφές θεραπείας (π.χ. βιωματικές ή αυτό-καθοδηγούμενες θεραπείες) παρά σε κατευθυντικές (π.χ. γνωστική προσέγγιση), και το αντίστροφο.

συγκεκριμένοι ερευνητές μελέτησαν αποκλειστικά τις φωνητικές ποιότητες, πρεσβεύοντας ότι αυτές διαφεύγουν από τον έλεγχο του ατόμου και συνεπώς θεωρούνται οι πλέον αξιόπιστοι δείκτες αντίστασης. Σε αυτή την περίπτωση, η αντίσταση αντιπροσωπεύεται από έναν συνθετικό βαθμό (*composite score*), όπως αυτός προκύπτει από τις τρεις επιμέρους τονικές ποιότητες που αντανακλούν κακεντρέχεια, έλλειψη αναστολών και ενεργητικότητα.

Ανάλογες προσπάθειες περιλαμβάνουν την αναγνώριση της αντίστασης μέσω της χρήσης διαφόρων ψυχο-γλωσσικών δοκιμασιών ανάλυσης κειμένου (*psycholinguistic text analysis*), όπως για παράδειγμα οι παύσεις στο λόγο, οι διακοπές, οι επικαλύψεις, η χρήση παθητικής φωνής, κ.ά. (Grabhorn, Kaufhold, Michal, & Overbeck, 2005). Μία σύστοιχη μέθοδος «έμμεσης» αναγνώρισης των αντιστάσεων συνίσταται στην παρατήρηση των αλλαγών στη βλεμματική επαφή του θεραπευόμενου σε φάσεις άγχους [(*change in breaks in eye contact during anxiety (BECAS)*)] (Callahan, 2000).

Μία άλλη πρωτότυπη μέθοδος μέτρησης της αντίστασης αφορά το *Stimulus-Response Inventory (SR-Inventory)* (Verhulst & Vijver, 1990), το οποίο περιλαμβάνει τα εξής: (α) σύντομη περιγραφή του περιστατικού, (β) σύντομη περιγραφή του θεραπευτικού πλαισίου, (γ) περιγραφή της θεραπευτικής παρέμβασης που αναμένεται να προκαλέσει κάποια ορισμένη συμπεριφορά αντίστασης από τον θεραπευόμενο, και (δ) μία λίστα με 57 ρήματα που έχουν βρεθεί ότι εκφράζουν τις πλέον τυπικές μορφές αντίστασης στη θεραπεία. Στη δοκιμασία αυτή συμμετείχαν οι θεραπευτές, οι οποίοι καλούνταν να συσχετίσουν τις προτεινόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις με τις αναμενόμενες πιθανές εκδηλώσεις αντίστασης εκ μέρους των θεραπευόμενων.

Η επιδίωξη για τη δυνατότητα μέτρησης της αντίστασης δεν περιορίζεται μόνο στο χώρο της ψυχοθεραπείας, αλλά επεκτείνεται και σε άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας. Έτσι, για παράδειγμα, το *Resistance to Change Scale* (Oreg, 2003) σχεδιάστηκε προκειμένου να μπορεί να εκτιμάται η προδιάθεση του ατόμου για αντίσταση

απέναντι στην αλλαγή μέσα στο εργασιακό του περιβάλλον. Η κλίμακα αυτή, που προέρχεται από την οργανωτική ψυχολογία, έχει ενδιαφέρον ως προς τα σημεία ομοιότητας που εμφανίζει με τα αντίστοιχα εργαλεία και τη σχετική θεωρία στο πεδίο της ψυχοθεραπείας. Αποτελείται από 16 προτάσεις που συνιστούν τέσσερις αλληλοσχετιζόμενους παράγοντες: (α) την αναζήτηση της ρουτίνας / του οικείου, (β) τη συναισθηματική αντίδραση απέναντι στην αλλαγή, (γ) τον βραχυπρόθεσμο εστιασμό, και (δ) τη γνωστική ακαμψία. Συνοπτικά, το άτομο που διακρίνεται από υψηλή αντίσταση επιζητά τη διατήρηση της καθεστηκυίας κατάστασης, αντιδρά με άγχος και ανησυχία απέναντι στην αλλαγή, δίνει έμφαση στις βραχυπρόθεσμες απώλειες παρά στα μακροπρόθεσμα οφέλη, και επιδεικνύει δογματικότητα. Οι δείκτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας της κλίμακας είναι ικανοποιητικοί. Πρόσφατα διαπιστώθηκε η εγκυρότητά της ανάμεσα σε 17 διαφορετικές χώρες, παρέχοντας περαιτέρω επιβεβαίωση στο γεγονός ότι η χαρακτηριστική αντίσταση απέναντι στην αλλαγή στους εργασιακούς χώρους συνίσταται, διακρατικά, σε παρόμοιες παραμέτρους (Oreg, Bayazit, Vakola, Arciniega, Armenakis et al., 2008).

Συμπερασματικά, επακόλουθο της συνθετότητας της έννοιας της αντίστασης δεν θα μπορούσε να είναι άλλο από μια αντίστοιχα σύνθετη εικόνα στα εργαλεία και τους ευρύτερους τρόπους μέτρησής της. Ως φαινόμενο που εμπερικλείει ταυτόχρονα γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές παραμέτρους· εκπεφρασμένο άλλοτε έκδηλα και άλλοτε συγκαλυμμένα· προερχόμενο από το ίδιο το άτομο που αντιπαλεύει μέσα του με τις δυνάμεις της αλλαγής, όπως αυτές όμως διαδραματίζονται και εξελίσσονται μέσα στην ευρύτερη διαλεκτική ατόμου - (θεραπευτικού) πλαισίου. Ως τέτοιο πολύπλευρο φαινόμενο, φαίνεται πως η αντίσταση δεν δύναται να αποτελέσει μια ενιαία κατασκευή στην ψυχοθεραπεία και πιθανόν να ξεφεύγει πάντοτε κάτι από τον λειτουργικό της ορισμό. Οι πολλές διαφορετικές κλίμακες μέτρησης της αντίστασης επιβεβαιώνουν αυτή τη θέση, πολλώ δε μάλλον, όταν οι μεταξύ των εργαλείων συνάφειες είναι χαμηλές έως μηδαμινές. Η

έλλειψη ενός κοινά αποδεκτού εργαλείου για την εκτίμηση της αντίστασης αποτελεί τον βασικότερο περιορισμό στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας.

Λαμβάνοντας υπόψη όλες αυτές τις παραμέτρους, έγινε προσπάθεια στην παρούσα μελέτη να επιλεγθεί εκείνο το εργαλείο για τη μέτρηση της αντίστασης που καλύπτει πολλές από τις επικρατούσες πλευρές της αντίστασης, όπως αυτές αναφαίνονται στη σύγχρονη θεωρητική και ερευνητική τεκμηρίωσή της. Ήτοι, επιλέχθηκε ένα εργαλείο που αντιμετωπίζει την αντίσταση ως πολυδιάστατο φαινόμενο –με ρητές και άρρητες εκδηλώσεις, αρνητικού ή/και θετικού περιεχομένου– το οποίο εκτυλίσσεται στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαντίδρασης και δεν αποτελεί ένα αποκλειστικά ενδοπροσωπικό φαινόμενο. Η σπουδαιότητα της συγκεκριμένης διάστασης της αντίστασης επιβεβαιώνεται και από τις σχετικές ερευνητικές μελέτες, όπως περιγράφεται στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

Ερευνητικά δεδομένα για την αντίσταση στην ψυχοθεραπεία

Το American Psychological Association's Division 29 Task Force έχει επισημάνει ότι η αντίσταση αποτελεί μία από τις βασικότερες μεταβλητές που επηρεάζουν τη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα προς την ψυχική αλλαγή (Norgross, 2002). Πράγματι, το σύνολο σχεδόν των ερευνών συγκλίνει στο γεγονός ότι η αντίσταση αποτελεί, συγχρόνως, δείκτη του αποτελέσματος και της διαδικασίας της θεραπείας. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι η αντίσταση φαίνεται να παίζει από μόνη της έναν καθοριστικό ρόλο στην έκβαση μιας ψυχοθεραπείας (*moderator*), ενώ παράλληλα επηρεάζει ως ενδιάμεση μεταβλητή το θεραπευτικό αποτέλεσμα (*mediator*), καθώς αλληλοσχετίζεται με άλλες παραμέτρους της θεραπείας (π.χ. στάση θεραπευτή, ερμηνεία, θεραπευτική συμμαχία, κ.ά.). Η συγκεκριμένη άποψη για τη σπουδαιότητα της μεταβλητής της αντίστασης ενισχύεται περαιτέρω από ερευνητικά δεδομένα που επιβεβαιώνουν ότι η αντίσταση είναι ένα ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο στην ψυχοθεραπεία (π.χ. Hill et al., 1981). Εντούτοις, όπως αναλύεται στη συνέχεια του κεφαλαίου, τα επιμέρους αποτελέσματα των ερευνών για την αντίσταση στην ψυχοθεραπεία είναι σε αρκετές περιπτώσεις αντικρουόμενα, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη συστηματική διεξαγωγή μελετών για την αντίσταση, στο χώρο της κλινικής ψυχολογίας και της ψυχοθεραπείας.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ερευνών που έχουν διεξαχθεί έως σήμερα αναφορικά με την αντίσταση, ομαδοποιημένα σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: (α) θεραπευτικό αποτέλεσμα, (β) ο ρόλος της ερμηνείας, (γ) θεραπευτική συμμαχία, και (δ) η στάση του θεραπευτή σε σχέση με την αντίσταση. Τα διαθέσιμα ευρήματα συμβάλλουν στη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας μελέτης.

Αντίσταση και θεραπευτικό αποτέλεσμα

Πριν την αναφορά σε επιμέρους μελέτες που συσχετίζουν την αντίσταση με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι ένας όγκος σχετικών ερευνών έχει υποπέσει σε αυτό που ο Arkowitz (1995) ονόμασε «παγίδα κυκλικότητας» (*circularity trap*). Πρόκειται για τις περιπτώσεις που η αντίσταση ορίζεται με τρόπο ταυτόσημο με αυτόν της αρνητικής έκβασης. Δηλαδή, η αντίσταση ορίζεται ως θεραπευτική αποτυχία. Συνίσταται στην απουσία βελτίωσης ή θεραπευτικής αλλαγής, ενώ ταυτόχρονα η απουσία βελτίωσης ή αλλαγής ορίζει τη θεραπευτική έκβαση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, όταν η αντίσταση είναι συνώνυμη της εμμονής των συμπτωμάτων και της μη-ίασης στο τέλος της θεραπείας, υπάρχει ο κίνδυνος τα αποτελέσματα να είναι επίπλαστα. Πάντως, κοινό πόρισμα αυτών των ερευνών είναι ότι οι ασθενείς που αντιστέκονται στη θεραπεία έχουν λιγότερα οφέλη από αυτή, ενώ τείνουν να διακόπτουν πρόωρα περισσότερο από τους ασθενείς εκείνους που είναι συνεργάσιμοι στη θεραπεία τους (βλ. σχετικά Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002a).

Παραδείγματος χάριν, σε έρευνες όπου η αντίσταση των θεραπευόμενων μετρούνταν με κλίμακες αντιδραστικότητας, διαπιστώθηκε ότι οι θεραπευόμενοι με υψηλή αντιδραστικότητα ακολουθούσαν λιγότερο τη συμβουλευτική παρέμβαση των ειδικών όταν επρόκειτο για αλλαγή συγκεκριμένης συμπεριφοράς (π.χ. διακοπή καπνίσματος), ενώ παράλληλα είχαν υψηλότερα επίπεδα μη-προσέλευσης στις συνεδρίες, μεγαλύτερα ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας και μικρότερο ρυθμό βελτίωσης στη θεραπεία, συνολικά (Graybar et al., 1989. Morgan, 1986). Σε πρόσφατη έρευνα των Fekadu, Wooderson, Donaldson, Markopoulou, Masterson και συνεργατών (2009), οι μελετητές επιχείρησαν τη διαμόρφωση ενός πολυδιάστατου μοντέλου σε στάδια, προκειμένου να ποσοτικοποιήσουν την αντίσταση στη θεραπεία καταθλιπτικών ασθενών. Και πάλι εδώ, η αντίσταση οριζόταν ως αποτυχία των επιμέρους θεραπευτικών παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η διαταραχή της κατάθλιψης (Fawcett, 2003. Little, Reynolds, Dew, Frank, Begley, et al.,

1998. Souery, Papakostas, & Trivedi, 2006), οι ψυχωτικές διαταραχές (Greenberg, 2006), καθώς και οι διαταραχές διατροφής (Fernandez del Valle, Perez, Santana-Sosa, Fiuza-Luces, Bustamante-Ara, et al., 2010. Kaplan & Strasburg, 2009) είναι τα συνήθη πεδία ψυχοπαθολογίας όπου έχουν διενεργηθεί έρευνες για την αντίσταση, οριζόμενη ως απουσία βελτίωσης στο τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας.

Η ταύτιση της αντίστασης με την αρνητική έκβαση της θεραπείας δημιουργεί μια σειρά από εννοιολογικά και μεθοδολογικά προβλήματα. Όσον αφορά τα μεθοδολογικά προβλήματα, το κυριότερο είναι ότι οδηγεί σε ταυτολογία, όπως αναφέρθηκε ήδη. Όσον αφορά τα εννοιολογικά προβλήματα, το κυριότερο είναι ότι συνδέει την έννοια της αντίστασης με αρνητικές καταστάσεις –συντηρώντας την άποψη ότι η αντίσταση συνίσταται σε κάτι αρνητικό και απευκαταίο–, ενώ παράλληλα παραβλέπει τον δυναμικό και διαδραστικό χαρακτήρα της αντίστασης, καθ' όλη τη θεραπευτική διαδικασία. Εξάλλου, η απευθείας σύνδεση της αντίστασης με το τελικό αποτέλεσμα επιρρίπτει όλο το βάρος της ευθύνης στον ίδιο τον θεραπευόμενο που «αντιστέκεται στην προτεινόμενη θεραπεία» (*treatment-resistant patient*), παραβλέποντας το ρόλο της ίδιας της θεραπευτικής παρέμβασης, καθώς και το ρόλο του θεραπευτή ή της θεραπευτικής σχέσης, στην εμφάνιση των αντιστάσεων.

Εντούτοις, παρά την επιφυλακτικότητα που συνοδεύει τα αποτελέσματα που συσχετίζουν την αντίσταση με το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, σχετική μελέτη στην οποία προβλεπόταν συστηματικός έλεγχος του παράγοντα της κυκλικότητας των μεταβλητών καταδεικνύει ότι αρκετά από τα σχετικά πορίσματα είναι έγκυρα (Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000). Επίσης, από μετα-ανάλυση των Beutler, Moleiro και Talebi (2002a) προέκυψαν 11 μεθοδολογικά αξιόπιστες έρευνες που εξέταζαν τη σχέση της αντίστασης με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Από αυτές, εννέα (82%) κατέδειξαν ότι η αντίσταση, ως μεταβλητή της θεραπευτικής διαδικασίας, επηρεάζει αρνητικά την έκβαση της θεραπείας.

Προκύπτει, δηλαδή, ότι η αντίσταση αποτελεί βασικό προγνωστικό παράγοντα της θεραπείας.

Το συμπέρασμα αυτό αναδεικνύεται και διαχρονικά μέσα από μια σειρά επιμέρους μελέτες. Μία από τις πρώτες έρευνες που ασχολήθηκαν με το θέμα, αυτή των Graff και Luborsky (1977), έδειξε ότι στις επιτυχημένες –σύμφωνα με τις κρίσεις τόσο του αναλυτή όσο και του αναλυόμενου– ψυχαναλυτικές θεραπείες υπήρχε μείωση της αντίστασης στο τέλος της θεραπείας. Μάλιστα, η μείωση αυτή συνοδευόταν από ταυτόχρονη αύξηση της μεταβίβασης. Συγκεκριμένα, αναλύοντας τα δεδομένα συνεδριών από τέσσερις ασθενείς σε μακρόπνοη ανάλυση (432-1200 συνεδρίες), οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι στις περιπτώσεις εκείνες που το τέλος της θεραπείας σηματοδοτούνταν από παράλληλη μείωση, ή από παράλληλη αύξηση, της αντίστασης και της μεταβίβασης, οι θεραπείες αυτές είχαν αρνητική θεραπευτική έκβαση. Το σχήμα της επιτυχούς θεραπείας «μείωση αντίστασης-αύξηση μεταβίβασης» ερμηνεύτηκε από τους Graff και Luborsky ως ένδειξη ψυχικής μεταστροφής του ασθενούς από μια κατάσταση ασυνείδητης και συγκρουσιακής μεταβίβασης σε μια νέα δυναμική συνειδητοποίησης, αποδοχής και ανοιχτής έκφρασης της μεταβίβασης, η οποία συσχετιζόταν με μειωμένη αντίσταση στη θεραπεία και εν τέλει με θετική θεραπευτική έκβαση.

Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και στην έρευνα των Patton, Kivlighan και Multon (1997). Στο πλαίσιο του Missouri Psychoanalytic Counseling Research Project, οι ερευνητές πραγματοποίησαν μια σειρά από μετρήσεις προκειμένου να εκτιμηθεί η σχέση ανάμεσα στο θεραπευτικό αποτέλεσμα και σε επιμέρους μεταβλητές της θεραπευτικής διαδικασίας, όπως το βαθμό εφαρμογής θεραπευτικών τεχνικών, τη θεραπευτική συμμαχία, την αντίσταση και τη μεταβίβαση του θεραπευόμενου. Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 16 ασθενείς σε βραχύχρονη ψυχαναλυτικού τύπου θεραπεία 20 συνεδριών. Τα αποτελέσματα που αφορούσαν την αντίσταση του θεραπευόμενου βρέθηκαν να είναι, συνοπτικά, τα εξής:

- τα επίπεδα αντίστασης στη θεραπεία μειώνονται σταθερά καθώς η θεραπεία προχωρά, εντούτοις η μείωση αυτή δεν συσχετίζεται με θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.
- αντίθετα, η παράμετρος εκείνη που συσχετιζόταν με τη θεραπευτική έκβαση ήταν τα επίπεδα αντίστασης που υπήρχαν στη μέση της θεραπείας, καθώς τα επίπεδα αυτά βρέθηκαν να αντανakλούν τη συνολική αντίσταση των θεραπευόμενων. Συγκεκριμένα, τη μεγαλύτερη αλλαγή ως αποτέλεσμα της θεραπείας την εμφάνιζαν οι ασθενείς εκείνοι με μικρότερη αντίσταση, συγκριτικά με τους ασθενείς με μεγαλύτερη αντίσταση, σε αυτό το στάδιο της θεραπείας.
- επίσης, σε συσχέτιση με το θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα βρέθηκε να είναι και το κυκλικό πρότυπο εξέλιξης της αντίστασης, δηλαδή το σχήμα «χαμηλή-υψηλή-χαμηλή» αντίσταση κατά την έναρξη, μέση και τέλος της θεραπείας, αντίστοιχα. Όσοι ασθενείς εκδήλωναν το συγκεκριμένο πρότυπο αντίστασης είχαν τη μεγαλύτερη βελτίωση ως αποτέλεσμα της θεραπείας.

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα έχουν βαρύτητα για δύο λόγους: (α) επιβεβαιώνουν ότι η αντίσταση μάλλον δεν είναι ένα αποκλειστικά ενδογενές στοιχείο προσωπικότητας, καθώς δεν παραμένει σταθερή στο χρόνο, αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με τη φάση της θεραπείας και τις συνθήκες της θεραπευτικής διαδικασίας, και (β) αναδεικνύουν ότι τα επίπεδα αντίστασης διαφοροποιούνται ανάλογα με τον χρόνο της θεραπείας που έχει προηγηθεί, καθώς και ότι αυτή η διαφοροποίηση δεν είναι ανεξάρτητη από το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα παίζουν κεντρικό ρόλο στη διαμόρφωση των ερωτημάτων της παρούσας έρευνας, η οποία διερευνά τις μεταβολές της αντίστασης μέσα στο χρόνο και

δη την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας συγκριτικά με μια περίοδο σταθερών συνεδριών στην αρχική φάση της θεραπείας.

Αναφορικά με τη σχέση της αντίστασης με τις άλλες μεταβλητές της θεραπευτικής διαδικασίας, βρέθηκε καταρχήν ότι η αυξημένη χρήση τεχνικών από τον θεραπευτή συσχετιζόταν με μειωμένα επίπεδα αντίστασης. Το συγκεκριμένο εύρημα θεωρήθηκε αναμενόμενο, καθώς αναπόσπαστο μέρος των θεραπευτικών τεχνικών αποτελούσε η ίδια η ανάδειξη και η διερεύνηση των αντιστάσεων. Επιπλέον, όσο μεγαλύτερη ήταν η θεραπευτική συμμαχία σε μια συνεδρία τόσο οι συνεδρίες που ακολουθούσαν χαρακτηρίζονταν από αυξημένα επίπεδα μεταβίβασης και ταυτόχρονα από μειωμένα επίπεδα αντίστασης, διευρύνοντας έτσι περαιτέρω τα προηγούμενα αποτελέσματα των Graff και Luborsky (1977).

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα που προτάσσουν το κυκλικό σχήμα «χαμηλή-υψηλή-χαμηλή» αντίσταση, ως προγνωστικό δείκτη ενός καλού θεραπευτικού αποτελέσματος, επιβεβαιώνουν ευρήματα παλαιότερων ερευνών (Chamberlain et al., 1984. Stoolmiller et al., 1993). Οι Chamberlain και συνεργάτες (1984) σε μελέτη που πραγματοποίησαν σε δείγμα 27 οικογενειών με θεραπευτικό αίτημα τη διαχείριση προβλημάτων με τα παιδιά τους, βρήκαν ότι η αντίσταση συσχετιζόταν με πρόωρη διακοπή της θεραπείας, αφού περισσότερες οικογένειες με υψηλή αντίσταση από ό,τι με χαμηλή αντίσταση διέκοπταν πρόωρα τη θεραπεία (54% έναντι 14%, αντίστοιχα, $p = 0,046$). Διαφάνηκε, επίσης, ότι οι θεραπευόμενοι που παραπέμπονταν για θεραπεία από κάποιον φορέα σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα αντίστασης και αναλόγως διέκοπταν πρόωρα τη θεραπεία τους σε μεγαλύτερη συχνότητα από τους θεραπευόμενους που προσέρχονταν για θεραπεία με ιδία πρωτοβουλία. Αναφορικά με το εύρημα ότι τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα υπήρχαν στις οικογένειες που παρουσίαζαν το σχήμα «χαμηλή-υψηλή-χαμηλή» αντίσταση, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα αρχικά επίπεδα αντίστασης κατά την έναρξη της θεραπείας συσχετιζόνταν θετικά με τα επίπεδα αντίστασης στη μέση της θεραπείας, όχι όμως και με τα αντίστοιχα στη φάση

ολοκλήρωσης της θεραπευτικής διαδικασίας. Αντίθετα, το θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα – σύμφωνα με την κρίση των θεραπειών– συσχετιζόταν σημαντικά με χαμηλά επίπεδα αντίστασης στο τέλος της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Όσον αφορά την ολοκλήρωση της θεραπείας, βάσει της κλίμακας CRC, έχει καταδειχθεί ότι η υψηλή αντίσταση συσχετίζεται σημαντικά με την περίπτωση πρόωρης διακοπής (Chamberlain et al., 1984).

Χρησιμοποιώντας το ίδιο εργαλείο μέτρησης της αντίστασης με αυτό της Chamberlain και συνεργατών, το Client Resistance Code (CRC), οι Stoolmiller και συνεργάτες (1993) ενίσχυσαν περαιτέρω την προγνωστική σημασία της κυκλικότητας της αντίστασης για τη θετική θεραπευτική έκβαση, σε μελέτη που διενήργησαν σε 68 μητέρες παιδιών με προβλήματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Το συγκεκριμένο δείγμα θεωρήθηκε ιδιαίτερα αντιπροσωπευτικό για τη διερεύνηση της πορείας της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, καθώς στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι οι μητέρες αυτές που χαρακτηρίζονταν από ακατάλληλους τρόπους πειθαρχίας και από αντικοινωνική συμπεριφορά είχαν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα αντίστασης πριν την έναρξη της θεραπείας. Και στην περίπτωση αυτή, το σχήμα «χαμηλή-υψηλή-χαμηλή» αντίσταση συσχετιζόταν με βελτίωση και θεραπευτική αλλαγή.

Παρόμοια ευρήματα προκύπτουν και από την έρευνα των Tracey και Ray (1984), σύμφωνα με την οποία τα «επιτυχημένα» θεραπευτικά ζεύγη χαρακτηρίζονται από αύξηση των επιπέδων αντίστασης στο μεσαίο στάδιο της θεραπείας, ενώ τα «μη-επιτυχημένα» δεν παρουσιάζουν καμία αύξηση. Αντίστοιχα, έχει βρεθεί ότι όταν τα επίπεδα της αντίστασης παραμένουν σταθερά χαμηλά καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, αυτό σχετίζεται με αρνητικό θεραπευτικό αποτέλεσμα (Tracey, 1986).

Τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν ότι οι θεραπείες που θεωρούνται ως επιτυχημένες δεν είναι ούτε αυτές που οι θεραπευόμενοι εκφράζουν μεγάλο βαθμό αντίστασης σταθερά καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, ούτε πάλι αυτές που από την έναρξη μέχρι το τέλος της θεραπείας τα επίπεδα αντίστασης παραμένουν πάντοτε χαμηλά. Αντιθέτως, οι «επιτυχημένες

θεραπείες» φαίνεται να διέρχονται από μια κυκλική διαδικασία, κατά την οποία επικρατεί το πρότυπο «χαμηλή-υψηλή-χαμηλή» αντίσταση. Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό, κανείς καλείται να έρθει προοδευτικά αντιμέτωπος με τα αναδυόμενα φαινόμενα αντίστασης, να τα δι-επεξεργαστεί και να τα αμβλύνει, μια διαδικασία που αποτυπώνεται με τον όρο «*struggle-and-working-through resistance pattern*».

Όπως συνάγεται, η αντίσταση οπωσδήποτε έχει κάποια σχέση με το αποτέλεσμα της θεραπείας. Η σχέση αυτή, εντούτοις, φαίνεται να είναι συνθετότερη από την επικρατούσα άποψη ότι όπου υπάρχει αντίσταση αυτό ισοδυναμεί με κάτι απευκαίριο και επιζήμιο. Αντιθέτως, από τις σχετικές έρευνες προκύπτει ότι η αντίσταση έχει να παίζει κι έναν επικουρικό ρόλο στη θεραπευτική έκβαση. Εφόσον, δεν ξεπερνά κάποια χαμηλότερα ή κάποια υψηλότερα επίπεδα –ανάλογα με το στάδιο της θεραπείας, τα προσωπικά ψυχικά επίπεδα αντοχής, ή άλλους προς διερεύνηση παράγοντες– η εμφάνιση της αντίστασης φαίνεται πως κατέχει κάποια λειτουργικότητα στην πορεία προς την ψυχική αλλαγή. Όπως υπογραμμίζει η Tracey (1986), η αντίσταση φαίνεται να αποτελεί δείκτη ότι η θεραπεία πράγματι λαμβάνει χώρα. Στη συνέχεια εξετάζονται μεταβλητές της θεραπευτικής διαδικασίας, οι οποίες έχουν βρεθεί να συσχετίζονται με την αντίσταση, και οι οποίες διαμεσολαβούν πιθανά στη σχέση αντίστασης-θεραπευτικού αποτελέσματος.

Αντίσταση και ερμηνεία

Η σύνδεση της αντίστασης με την ερμηνεία υπήρξε εξ αρχής αμοιβαία. Κύριοι στόχοι της ερμηνείας είναι η ανάδυση του απωθημένου (ή/και του παραποιημένου) ψυχικού υλικού στη συνείδηση του ασθενή, η ενίσχυση της ενδοσκόπησης και η προοδευτική επίτευξη της ενόρασης. Στόχοι τους οποίους η αντίσταση αντιστρατεύεται και ακριβώς μέσα σε αυτό το πεδίο της ανασταλτικής δράσης βρίσκει τον κεντρικό ορισμό της. Λόγω της θεωρητικής συνάφειας που προϋπήρχε ανάμεσα στην ερμηνεία και την αντίσταση και καθώς η ερμηνεία

αποτελεί την κατεξοχήν θεραπευτική τεχνική στην ψυχαναλυτική, τουλάχιστον, ψυχοθεραπεία, το ερευνητικό ενδιαφέρον αρκετών μελετητών στράφηκε στο συγκεκριμένο πεδίο.

Η πρώτη σχετική μελέτη πραγματοποιήθηκε το 1957 από τον Speisman, ο οποίος εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στο βάθος των ερμηνειών του θεραπευτή και τις λεκτικές εκδηλώσεις αντίστασης στο λόγο του θεραπευόμενου που ακολουθούσε των ερμηνειών. Τρία επίπεδα βάθους είχαν καθοριστεί –επιφανειακή, μετριοπαθής, βαθιά ερμηνεία–, ανάλογα με το βαθμό διαφοράς που υπήρχε ανάμεσα στην άποψη του θεραπευτή για τα συναισθήματα και τα κίνητρα του θεραπευόμενου και την προσωπική γνώση του ίδιου του θεραπευόμενου για αυτά. Η δε αντίσταση οριζόταν από εξωτερικούς κριτές βάσει έξι διαστάσεων: διερεύνηση, επιφανειακότητα, αυτό-προσανατολισμός, αυτό-παρατήρηση, εναντίωση και μπλοκάρισμα. Από τα ευρήματα που προέκυψαν σε δείγμα 22 ασθενών βρέθηκε ότι οι βαθιές ερμηνείες οδηγούσαν στον μέγιστο βαθμό αντίστασης, οι μετριοπαθείς ερμηνείες οδηγούσαν στον ελάχιστο βαθμό αντίστασης και οι επιφανειακές ερμηνείες ακολουθούνταν από ένα ενδιάμεσο επίπεδο αντίστασης.

Η έρευνα των Garduk και Haggard (1972) ανέδειξε παρόμοια αποτελέσματα. Οι ερευνητές συνέκριναν τις αντιδράσεις τεσσάρων θεραπευόμενων σε ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, όπως αυτές ακολουθούσαν στα πρώτα 5' μετά από ερμηνεία και μετά από άλλη θεραπευτική παρέμβαση (μη-ερμηνεία) κατά την ίδια ψυχαναλυτική ώρα. Για κάθε θεραπευόμενο, διερευνούνταν 15 συνολικά ερμηνείες. Η σύγκριση των αντιδράσεων πραγματοποιούνταν σε επίπεδο μορφής και περιεχομένου. Σε επίπεδο μορφής, διαπιστώθηκε ότι μετά τις ερμηνείες οι θεραπευόμενοι αντιδρούσαν με βραδύτερο ρυθμό και μιλούσαν σημαντικά λιγότερο, συγκριτικά με το πώς αντιδρούσαν μετά από μη-ερμηνεία. Σε επίπεδο περιεχομένου, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σε τέσσερις διαφορετικές διαστάσεις: αμυντικοί και αντιθετικοί συνειρμοί, μεταβιβαστικό υλικό, παρουσία συναισθήματος, και

κατανόηση και ενόραση. Σε όλες τις κατηγορίες, τα επίπεδα εμφάνισής τους ήταν αυξημένα μετά από ερμηνεία σε σύγκριση με τα αντίστοιχα επίπεδα μετά από μη-ερμηνεία. Η ύπαρξη αυξημένης αντίστασης (οριζόμενη βάσει των «αμυντικών / αντιθετικών συνειρμών», σύμφωνα με τους μελετητές) μετά από την ερμηνεία του θεραπευτή ήταν ένα μη-αναμενόμενο στοιχείο που δεν θα έπρεπε να συνυπάρχει, κατά τους Garduk και Haggard (1972), με τις υπόλοιπες κατηγορίες της μεταβίβασης, του συναισθήματος και της ενόρασης, αφού σε θεωρητικό επίπεδο οι παράμετροι αυτές αποκλίνουν θεμελιωδώς μεταξύ τους. Ωστόσο, τα καταρχήν αντιφατικά αυτά αποτελέσματα ενίσχυσε περαιτέρω μια μεταγενέστερη έρευνα των Hill και συνεργατών (1992), η οποία μολονότι δεν αφορά την ερμηνεία με τη στενή έννοια, έχει κάποια σχέση με αυτή.

Οι Hill και συνεργάτες (1992) διερεύνησαν μια σειρά από διαφορετικές συμπεριφορές των θεραπευόμενων χρησιμοποιώντας το «Client Behavior System (CBS)». Μελετώντας το υλικό μίας συνεδρίας στη μεσαία φάση βραχύχρονης ψυχοθεραπείας από 8 συνολικά ασθενείς, προέκυψε το εξής «παράδοξο» αποτέλεσμα: όταν οι θεραπευόμενοι έκριναν ότι οι παρεμβάσεις του θεραπευτή ήταν πολύ βοηθητικές, αντιδρούσαν σε αυτές τις παρεμβάσεις είτε με αντίσταση είτε με συμπεριφορά διερεύνησης. Κι ενώ θεωρείται αναμενόμενο να ενισχύεται η διαδικασία διερεύνησης μετά από μια ουσιαστική παρέμβαση του θεραπευτή, το εύρημα που αφορά την αντίδραση αντίστασης ήταν μάλλον μη-προβλεπόμενο. Ανέκυψε δηλαδή, το ερώτημα πώς είναι δυνατό να εκτιμά ο θεραπευόμενος κάτι ως βοηθητικό και την ίδια στιγμή να αντιστέκεται και να εναντιώνεται σε αυτό; Σε σχέση με το ερώτημα αυτό, η έρευνα των Hill και συνεργατών (1992), όπως και οι προηγούμενες μελέτες, φωτίζουν την ενυπάρχουσα διαπλοκή συνειδητών και ασυνειδητών διαστάσεων στη συμπεριφορά του ασθενούς, καθώς επίσης την άποψη σύμφωνα με την οποία εκεί που για το πάσχον υποκείμενο διανοίγεται κάποια δυνατότητα θεραπείας, υπάρχει αναπόδραστα και αντίσταση. Επομένως, το συγκεκριμένο αποτέλεσμα μοιάζει να βρίσκεται σε συνάφεια με τον γενικό

ορισμό της αντίστασης, ως αποφυγή καταστάσεων που βιώνονται ως πρόκληση, ή ως απειλή. Μια θεραπευτική παρέμβαση που κρίνεται βοηθητική, προκαλεί, και συνάμα απειλεί, το ήδη γνωστό και οικείο, και ως εκ τούτου μπορεί να οδηγήσει ταυτόχρονα σε περαιτέρω διερεύνηση, αλλά και σε αντίσταση, απέναντι στην εν δυνάμει αλλαγή. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και στον ευρύτερο κλάδο της κοινωνικής ψυχολογίας. Σε πρόσφατη μελέτη των Blankenship και Wegener (2008) βρέθηκε ότι όταν καινούργιες πληροφορίες δίδονται στο άτομο σε συσχέτιση με σημαντικές προσωπικές αξίες, τότε ακολουθεί αυξημένη διαδικασία επεξεργασίας του εισερχόμενου μηνύματος, ενώ συγχρόνως διαπιστώνεται αντίσταση στην αλλαγή του περιεχομένου του.

Οι παραπάνω μελέτες συγκλίνουν στο γενικό συμπέρασμα ότι της ερμηνείας έπεται αντίσταση. Εντούτοις, άλλες έρευνες καταλήγουν σε αντικρουόμενα, ή σε πιο σύνθετα, αποτελέσματα. Οι Luborsky και συνεργάτες (1979) μελέτησαν ειδικότερα τις συνέπειες της «ερμηνείας μεταβίβασης». Συνέκριναν τα μέρη του λόγου τριών θεραπευόμενων, θέτοντας το όριο των 250 λέξεων πριν και μετά από κάποια ερμηνεία. Η σύγκριση του λόγου των θεραπευόμενων πριν και μετά την ερμηνεία πραγματοποιήθηκε ως προς εννέα διαφορετικές διαστάσεις, μεταξύ των οποίων και η αντίσταση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, στον ασθενή που η θεραπεία του είχε αρνητική έκβαση, παρατηρήθηκε ότι την ερμηνεία μεταβίβασης διαδεχόταν αύξηση των επιπέδων αντίστασης. Αντιθέτως, για τους ασθενείς που επέδειξαν σχετική, ή υψηλή, βελτίωση με το πέρας της ανάλυσής τους, τα επίπεδα αντίστασης έτειναν να μειώνονται σταδιακά μετά από τις ερμηνείες μεταβίβασης.

Η μελέτη των Schuller, Crits-Cristoph και Connolly (1991), από την άλλη πλευρά, δεν διαπίστωσε καμία διαφορά στην αντίσταση των θεραπευόμενων ανάμεσα στις αντιδράσεις τους μετά από ερμηνεία και σε εκείνες μετά από μη-ερμηνεία. Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης αποτελούνταν από 20 ασθενείς, ενώ ο μέσος όρος ερμηνειών για κάθε ασθενή ήταν 3.9. Το υλικό προερχόταν από δύο αρχικές συνεδρίες (3^η και 5^η συνεδρία). Οι ερευνητές

απέδωσαν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα σε μεθοδολογικές αιτιάσεις και συγκεκριμένα στον μικρότερο αριθμό ερμηνειών σε σχέση με το μέγεθος του δείγματος, συγκριτικά με τα αντίστοιχα στοιχεία προηγούμενων μελετών. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των Schuller και συνεργατών, βρίσκονται εξάλλου και τα ευρήματα μεταγενέστερης έρευνας (Mahalik, 1994).

Μελετώντας το αρχειακό υλικό της πρώτης συνεδρίας δύο ασθενών με έξι διακεκριμένους θεραπευτές-θεμελιωτές της πελατοκεντρικής, της λογικο-θυμικής και της γνωσιακής ψυχοθεραπείας, ο Mahalik (1994) διερεύνησε την επίδραση διαφορετικών τύπων λεκτικής παρέμβασης του θεραπευτή σε πέντε επιμέρους διαστάσεις αντίστασης, οι οποίες συγκροτούν το εργαλείο «Client Resistance Scale (CRS)». Ένα από τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης ήταν ότι η «αποφυγή της ενόρασης» –μία από τις πέντε διαστάσεις αντίστασης του CRS– ήταν μικρότερη μετά από ερμηνεία από ό,τι μετά από μη-ερμηνεία. Δηλαδή, μετά από κάποια ερμηνεία η τάση του θεραπευόμενου να αντιστέκεται στην ενόραση δεν ήταν τόσο έντονη, όσο ήταν με άλλες μη-ερμηνευτικές παρεμβάσεις του θεραπευτή. Συνεπώς, η μελέτη του Mahalik (1994) ανέδειξε μεν την ερμηνεία ως διαφοροποιητικό παράγοντα στα επίπεδα αντίστασης, απέδωσε όμως σε αυτές τις διαφορές θετικό πρόσημο: η ερμηνεία μειώνει μάλλον τα επίπεδα αντίστασης –τουλάχιστον όσον αφορά τον παράγοντα της ενόρασης– παρά τα αυξάνει, όπως προέκυπτε σε προηγούμενες μελέτες.

Στην προβληματική σχετικά με το ρόλο της ερμηνείας στην αντίσταση του θεραπευόμενου ήρθε να προστεθεί και η μελέτη των Kivlighan, Multon και Patton (1996). Βεβαίως στη συγκεκριμένη έρευνα, η προς μελέτη μεταβλητή δεν ήταν η ερμηνεία του ψυχικού υλικού γενικότερα, αλλά η ερμηνεία της αντίστασης αυτή καθ' εαυτή. Χρησιμοποιώντας την κλίμακα «Missouri Addressing Resistance Scale (MARS)» οι Kivlighan, Multon και Patton (1996) διερεύνησαν την εξέλιξη της αντίστασης του

θεραπευόμενου ανάλογα με τον τρόπο που την αντιμετωπίζει ο θεραπευτής. Το δείγμα της μελέτης αποτελούσαν 18 ασθενείς σε βραχύχρονη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, με μέγιστο αριθμό τις 20 συνεδρίες. Συνολικά, αξιοποιήθηκε το υλικό από 265 θεραπευτικές συνεδρίες. Αναλυτικότερα, προέκυψε ότι, σε συνάφεια με τη θεωρία του Greenson (1967) (βλ. Κεφάλαιο 11), η αποτελεσματική αντιμετώπιση της αντίστασης περιλαμβάνει μια σειρά από επιμέρους παρεμβάσεις, οι οποίες βρίσκονται σε χρονική αλληλουχία μεταξύ τους: η αντίσταση πρέπει, καταρχήν, να αναδειχθεί από τον θεραπευτή, να επισημανθεί, αλλά ταυτόχρονα να ερμηνευθεί· η ερμηνεία, όμως, από μόνη της δεν είναι επαρκής συνθήκη κάμψης των αντιστάσεων· αντιθέτως, θα πρέπει να ακολουθήσει η διερεύνηση των αιτιάσεων της αντίστασης και η περαιτέρω δι-επεξεργασία των διαστάσεων της, στον ψυχικό κόσμο του ασθενούς. Εκεί που υπάρχει κάποια διαφοροποίηση από τη θεωρία του Greenson (1967) είναι ότι, ενώ ο τελευταίος βλέπει την ανάδειξη και την ερμηνεία της αντίστασης ως δύο ξεχωριστά βήματα παρέμβασης, στη συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώνεται ότι οι διεργασίες αυτές συνδυάζονται μεταξύ τους, και ως εκ τούτου συνενώνονται σε έναν ενιαίο και κοινό παράγοντα. Με άλλα λόγια, η ερμηνεία από μόνη της φαίνεται να αποτυγχάνει το στόχο της για φθορά των αντιστάσεων, εάν ταυτόχρονα ο θεραπευόμενος δεν αναγνωρίζει και δεν έχει αποδεχθεί σε κάποιο βαθμό το γεγονός ότι αντιστέκεται.

Τα παραπάνω συμπεράσματα προέκυψαν από το σχετικό εύρημα στη μελέτη των Kivlighan, Multon και Patton (1996) ότι η εκδήλωση αντίστασης από την πλευρά του θεραπευόμενου σε μία συνεδρία οδηγούσε τον θεραπευτή να αντιδράσει με ανάδειξη και ερμηνεία της αντίστασης, κατά τις ακόλουθες συνεδρίες. Η διεργασία αυτή δεν βρέθηκε να αυξάνει την αντίσταση. Αντ' αυτού, οι συνεδρίες που έπονταν της «ανάδειξης / ερμηνείας της αντίστασης» διέπονταν από διαδικασίες περαιτέρω διερεύνησης των λόγων ύπαρξης και του νοήματος της αντίστασης, προωθώντας τη διαδικασία «διερεύνησης και δι-επεξεργασίας της αντίστασης», στην επόμενη συνεδρία. Με τη σειρά τους, οι διεργασίες της διερεύνησης

και της δι-επεξεργασίας συσχετίζονταν με μείωση της αντίστασης. Συνεπώς, η μείωση των αντιστάσεων προκύπτει από την αλληλουχία και των δύο κατηγοριών παρέμβασης και ιδιαίτερα από τη διάσταση της διερεύνησης και της δι-επεξεργασίας.

Η πολυσημία όλων των προαναφερόμενων ευρημάτων πιθανόν οφείλεται σε μεθοδολογικές παραμέτρους (π.χ. μέγεθος δείγματος), ή στον τύπο της ερμηνείας που ερευνάται κάθε φορά (π.χ. ερμηνεία ψυχικού υλικού αδιακρίτως, ερμηνεία μεταβίβασης, ερμηνεία αντίστασης). Ενδεχομένως, όμως, να παίζουν ρόλο και άλλοι παράγοντες της θεραπείας που διαμεσολαβούν στη σχέση ερμηνεία-αντίσταση.

Παραδείγματος χάριν, ένας τέτοιος ενδιάμεσος παράγοντας, ως προς το εάν η ερμηνεία θα έχει θετική ή αρνητική λειτουργία, έχει βρεθεί να είναι η φάση της θεραπείας. Σε περίπτωση που η ερμηνεία γενικότερα, και η ερμηνεία των αμυντικών μηχανισμών του ασθενούς ειδικότερα, δοθούν πρόωρα κατά τη θεραπευτική πορεία τότε παρατηρείται ότι η διαδικασία του ελεύθερου συνειρμού είτε μειώνεται είτε παραμένει στα ίδια αμετάβλητα επίπεδα, αυξάνοντας έτσι τις αντιστάσεις του ασθενούς. Αντιθέτως, η ερμηνεία των αμυντικών μηχανισμών στα τελευταία στάδια της θεραπείας συμβάλλει περαιτέρω στον ελεύθερο συνειρμό του ασθενούς, στην ενδοσκόπηση και δη στη μείωση των αντιστάσεων (Spence, Dahl & Jones, 1993). Γενικότερα φαίνεται ότι απαιτείται κάποιος χρόνος προκειμένου να εγκαθιδρυθεί γόνιμο έδαφος στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης για ερμηνεία, επεξεργασία και θεραπευτική παρέμβαση. Σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (2002), αν ο θεραπευτής βιαστεί να εκφράσει τις υποθέσεις του σχετικά με τις δυσκολίες του θεραπευόμενου, ή αν προσπαθήσει να εφαρμόσει τεχνικές χωρίς να έχει δημιουργήσει το κατάλληλο έδαφος, τότε είναι πιθανό ο θεραπευόμενος να μη συνεργασθεί με ευκολία.

Πάντως, εκτός της χρονικής στιγμής που δίδεται η ερμηνεία, ένας επιπλέον παράγοντας που φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο είναι η θεραπευτική προσέγγιση που εφαρμόζεται κάθε φορά (π.χ. ψυχοδυναμική, πελατοκεντρική, gestalt, λογικο-θυμική). Οι ερμηνείες

χρησιμοποιούνται με ποιοτικά διάφορο τρόπο ανάμεσα στις σχολές ψυχοθεραπείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να διαφοροποιείται κάθε φορά τόσο το περιεχόμενο και ο τρόπος εκφοράς μιας ερμηνείας όσο και η αντίδραση του θεραπευόμενου απέναντι στην ερμηνεία, ανάλογα με το ευρύτερο θεραπευτικό πλαίσιο (Gazzola & Stalikas, 2004). Η μορφή διατύπωσης της ερμηνείας φαίνεται, επίσης, να αποτελεί μια σημαντική μεταβλητή. Η πειραματική έρευνα των Jones και Gelso (1988) έδειξε ότι, ανεξάρτητα από το πόσο μεγάλη ή μικρή αντίσταση έχει ιδιοσυστασιακά⁶ ένας θεραπευόμενος, σε κάθε περίπτωση η προτιμητέα μορφή διατύπωσης της ερμηνείας είναι όταν αυτή εκφράζεται ως «δοκιμαστική», υπό τύπο υπόθεσης, παρά όταν εκφράζεται αξιωματικά, υπό τύπου αδιαμφισβήτητης βεβαιότητας.

Εν τέλει, κατά πόσον η ερμηνεία θα προκαλέσει αυξημένη αντίσταση ή όχι όπως προκύπτει από τα σχετικά αντικρουόμενα αποτελέσματα, ή με άλλα λόγια, αυτό που προσδιορίζει το ρόλο της ερμηνείας σε σχέση με την αντίσταση, δεν είναι τόσο αυτό που λέγεται από τον θεραπευτή, αλλά ίσως αυτό που μεταφέρεται από τη θεραπευτική σχέση μέσω της ερμηνείας. Όπως το τοποθετεί η Friedman (2002) στο άρθρο της «*What lies beyond interpretation, and is that the right question?*», «*Κάθε τι μέσα στη θεραπευτική σχέση επηρεάζει το νόημα μιας ερμηνείας, και αντιστοίχως, κάθε τι μέσα στη θεραπευτική σχέση έχει ερμηνευτική αξία*» (Friedman, 2002, σελ. 546). Είναι πιθανό, λοιπόν, παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπευτική σχέση αυτή καθ' εαυτή να έχουν ρόλο διαμεσολάβησης στη σχέση ερμηνείας-αντίστασης. Μέσα από τη συγκεκριμένη οπτική, αναδεικνύεται για άλλη μια φορά η σπουδαιότητα της θεραπευτικής σχέσης, ως ξεχωριστή μεταβλητή, στη μελέτη των αντιστάσεων. Ο συνυπολογισμός της θεραπευτικής σχέσης στα υπό εξέταση ερωτήματα ήταν ένας από τους στόχους της παρούσας μελέτης. Επίσης, συμπεριλήφθηκε η μεταβλητή

⁶ Ως γνώρισμα της προσωπικότητας του ασθενούς, ανεξάρτητα από τους παράγοντες που μπορεί να συντρέχουν κάποια δεδομένη στιγμή στο ευρύτερο θεραπευτικό πλαίσιο. Στη συγκεκριμένη μελέτη των Jones και Gelso (1988), η θεωρούμενη ως ιδιοσυγκρασιακή αντίσταση των υποκειμένων του δείγματος καθορίστηκε από τις μετρήσεις στις κλίμακες του δογματισμού και της έδρας ελέγχου (*locus of control*).

της θεραπευτικής συμμαχίας, η οποία συμβάλλει αποφασιστικά στο χτίσιμο της θεραπευτικής σχέσης (Σταλίκας & Μερτίκας, 2004) και η οποία έχει συγχρόνως βρεθεί να συσχετίζεται με την παράμετρο της αντίστασης. Ο ρόλος της θεραπευτικής συμμαχίας στην αντίσταση του θεραπευόμενου αναλύεται ενδελεχώς στην επόμενη ενότητα.

Αντίσταση και θεραπευτική συμμαχία

Η συσχέτιση της αντίστασης και της θεραπευτικής συμμαχίας δεν φαίνεται να έχει μελετηθεί επαρκώς. Σε ευρύτερες έρευνες, που αφορούν στη θεραπευτική σχέση γενικότερα, έχει βρεθεί ότι η ανάδειξη των αμυνών των ασθενών από τον θεραπευτή έχει αρνητική επίδραση για τη θεραπευτική σχέση (Yalom & Lieberman, 1971. Hadley & Strupp, 1976. Strupp, 1993). Η έρευνα των Foreman και Marmar (1985), από την άλλη πλευρά, έδειξε ότι, στις αρχικές θεραπευτικές συνεδρίες στις οποίες σημειωνόταν βελτίωση στα επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας, οι θεραπευτές διερευνούσαν περισσότερο τα θέματα που αφορούσαν στις άμυνες των ασθενών, στις ενοχές τους και στο φόβο για τιμωρία από τον θεραπευτή, καθώς και στα γενικότερα αρνητικά συναισθήματα που υπήρχαν σε σχέση με τον θεραπευτή. Οι θεραπευτές συνέδεαν, επίσης, αυτά τα συναισθήματα με τις άμυνες των ασθενών απέναντι στη θεραπεία. Επομένως, η επεξεργασία των αμυνών και των ασυνείδητων πτυχών τους (π.χ. φόβος, ενοχή), όταν παρεμβάλλονται στα αρχικά στάδια της θεραπείας, βρέθηκε ότι συμβάλλει στην ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας (Foreman & Marmar, 1985).

Παρομοίως, οι Kivlighan και Schmitz (1991) βρήκαν ότι στις συνεδρίες όπου υπήρχε βελτίωση στη θεραπευτική συμμαχία οι θεραπευτές ήταν πιο διερευνητικοί, εστιάζονταν στο εδώ-και-τώρα και ήταν θεματικά επικεντρωμένοι σε μεγαλύτερο βαθμό σε σύγκριση με τους θεραπευτές στις συνεδρίες με συνεχιζόμενη αρνητική θεραπευτική συμμαχία. Στην έρευνα των Iwakabe, Rogan και Stalikas (2000), βρέθηκε ότι στις συνεδρίες με υψηλά επίπεδα

θεραπευτικής συμμαχίας, οι θεραπευτές επιδείκνυαν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση και συντονίζονταν καταλλήλως στα άμεσα εκπεφρασμένα συναισθήματα των θεραπευόμενων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, στις συνεδρίες με υψηλή θεραπευτική συμμαχία οι θεραπευόμενοι να προβαίνουν σε διερεύνηση των συναισθημάτων τους, ενώ αντιθέτως, στις συνεδρίες με χαμηλή θεραπευτική συμμαχία οι θεραπευόμενοι να εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα για τον θεραπευτή τους (Σταλίκας & Χαμόδρακα, 2004). Αντιστοίχως, στην έρευνα των Winston και συνεργατών βρέθηκε ότι η ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας από συνεδρία σε συνεδρία οδηγεί σε προοδευτική μείωση των αμυνών των θεραπευόμενων (Winston, Winston, Samstag, & Muran, 1994).

Οι παραπάνω έρευνες, παρόλο που δεν αφορούν αυτή καθ' εαυτή την αντίσταση, αλλά μάλλον τους ευρύτερους αμυντικούς μηχανισμούς του θεραπευόμενου, υποδηλώνουν ότι ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία και την αντίσταση του ασθενούς υπάρχει μια σχέση αντιστρόφως ανάλογη: εκεί όπου επικρατεί η θεραπευτική συμμαχία μειώνονται οι αντιστάσεις στην ψυχοθεραπεία, ενώ εκεί όπου δεσπάζουν οι αντιστάσεις παρακωλύεται η ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας.

Η μελέτη των Morgan και συνεργατών (1982) επιβεβαιώνει αυτή τη θέση. Χρησιμοποιώντας το «Patient Resistance Scale (PRS)» και το «Helping Alliance Rating Scale» σε δείγμα 20 ασθενών σε βραχύχρονη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, βρέθηκε ότι η αντίσταση συσχετίζεται αρνητικά με τη θεραπευτική συμμαχία τόσο στα αρχικά στάδια της θεραπείας όσο και στις τελευταίες συνεδρίες (Morgan et al., 1982). Στην ίδια έρευνα, η αντίσταση βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με την ενόραση, καθώς επίσης με τη διευκολυντική στάση του θεραπευτή ως προς την ενίσχυση του θεραπευτικού δεσμού, όπως μετρήθηκε βάσει του «Therapist Facilitative Behaviors». Εντούτοις, οι συσχετίσεις αυτές δεν διαπιστώθηκε να επηρεάζουν την τελική θεραπευτική έκβαση. Εξαίρεση αποτέλεσε η συσχέτιση ανάμεσα στην αντίσταση και τη διευκολυντική στάση του θεραπευτή ως προς την

ανάπτυξη της ενσυναίσθησης και της ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση, η οποία συνδέθηκε με θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στο ίδιο συμπέρασμα όσον αφορά τη θεραπευτική συμμαχία και την αντίσταση κατέληξε και η έρευνα των Patton, Kivlighan και Multon (1997). Χρησιμοποιώντας το «Working Alliance Inventory (WAI)» και δύο διαφορετικά εργαλεία μέτρησης της αντίστασης –το «Resistance Scale» και το «Missouri Addressing Resistance Scale»–, βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η θεραπευτική συμμαχία σε μια συνεδρία τόσο οι συνεδρίες που ακολουθούσαν χαρακτηρίζονταν από μειωμένα επίπεδα αντίστασης.

Παρομοίως, στην έρευνα του Callahan (2000) σε δείγμα έξι ασθενών σε βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, βρέθηκε ότι αυξημένα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας και παράλληλα μειωμένα επίπεδα αντίστασης στην τελική φάση της θεραπείας, συγκριτικά με την αρχική φάση της θεραπείας, συσχετιζόνταν με θετική θεραπευτική έκβαση, επιβεβαιώνοντας τη σχετική θεωρία του Davanloo (1990) αναφορικά με την αντιμετώπιση της αντίστασης στη βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Αντίστοιχα ευρήματα προέκυψαν και στην ανάλυση περιστατικού που πραγματοποίησαν οι Grabhorn και συνεργάτες (2005), όπου η μείωση των αρχικών επιπέδων αντίστασης στη μεσαία φάση της θεραπείας συσχετιζόταν με παράλληλη αύξηση των επιπέδων της θεραπευτικής συμμαχίας.

Σε μια άλλη έρευνα, οι Watson και McMullen (2005) διερεύνησαν συγκριτικά τη σχέση της αντίστασης, της θεραπευτικής συμμαχίας και της παρεμβατικότητας του θεραπευτή σε δύο διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, τη γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία (ΓΣΘ) και την προσεσιανή-βιωματική θεραπεία (ΠΒΘ). Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 24 καταθλιπτικοί ασθενείς (12 σε ΓΣΘ και 12 σε ΠΒΘ), ενώ για κάθε ασθενή μελετούνταν δύο συνολικά συνεδρίες: μία συνεδρία με υψηλή θεραπευτική συμμαχία και μία συνεδρία με χαμηλή θεραπευτική συμμαχία. Η αντίσταση μετρήθηκε βάσει του «Client Resistance Code (CRC)» και η θεραπευτική συμμαχία βάσει του «Working Alliance Inventory (WAI)», ενώ

για τη μέτρηση της παρεμβατικότητας των θεραπειών χρησιμοποιήθηκε το «Therapist Behavior Code (TBC-R)». Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν ότι τα επίπεδα της αντίστασης είναι υψηλότερα στις συνεδρίες με χαμηλή θεραπευτική συμμαχία, συγκριτικά με τις συνεδρίες με υψηλή θεραπευτική συμμαχία, ανεξαρτήτως της θεραπευτικής προσέγγισης που ακολουθείται. Παρουσιάζει ενδιαφέρον, ωστόσο, το εύρημα ότι στην προσεσιανή-βιοματική θεραπεία τα επίπεδα αντίστασης στις συνεδρίες με χαμηλή θεραπευτική συμμαχία ήταν μεγαλύτερα από ό,τι τα αντίστοιχα επίπεδα στη γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία. Το συγκεκριμένο εύρημα πιθανόν αποδίδεται στις βασικές θεωρητικές αρχές της προσεσιανής-βιοματικής σχολής, σύμφωνα με τις οποίες ο θεραπευόμενος ενισχύεται προς την κατεύθυνση της έκφρασης των βαθύτερων συναισθημάτων και των ενδεχόμενων διαφωνιών που έχει σε σχέση με τη θεραπευτική διαδικασία, κάτι που δεν διακρίνει τόσο τη γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία. Με άλλα λόγια, η μεγαλύτερη αντίσταση πιθανόν να προκύπτει και ως αποτέλεσμα ενός κλίματος επιτρεπτικότητας στο θεραπευτικό πλαίσιο ως προς την εκδήλωση της αντίστασης. Πάντως, ανεξάρτητα από τις θεωρητικές διαφορές μεταξύ των δύο προσεγγίσεων, παρατηρήθηκε ότι στις συνεδρίες με χαμηλή θεραπευτική συμμαχία οι θεραπευτές απαντούσαν με αυξημένο βαθμό υποστήριξης προς τον θεραπευόμενο, γεγονός που έδειχνε να συμβάλλει στην αποκατάσταση της θεραπευτικής συμμαχίας.

Συμπερασματικά, όλες οι σχετικές έρευνες που μελετούν την αντίσταση σε σχέση με τη θεραπευτική συμμαχία συγκλίνουν στο γεγονός ότι οι δύο μεταβλητές συνδέονται μεταξύ τους αντιστρόφως ανάλογα. Δηλαδή, όταν η θεραπευτική συμμαχία είναι αυξημένη, τα επίπεδα αντίστασης του θεραπευόμενου είναι μειωμένα. Η συγκεκριμένη σχέση αντίστασης-θεραπευτικής συμμαχίας, η οποία συνδέεται και με το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, φαίνεται να επηρεάζεται από τρίτους παράγοντες, όπως είναι η χρονική φάση της θεραπείας, η θεωρητική προσέγγιση και η στάση του θεραπευτή, ιδιαίτερα όσον αφορά σε ζητήματα

ανάπτυξης της ενσυναίσθησης και της ασφάλειας. Οι παράμετροι αυτές εξετάζονται στην παρούσα μελέτη σε σχέση με την αντίσταση και τη θεραπευτική συμμαχία. Από την άλλη πλευρά, τα μέχρι τώρα αποτελέσματα αναφορικά με τη στάση του θεραπευτή και την αντίσταση του θεραπευόμενου έχουν επικεντρωθεί στο βαθμό παρεμβατικότητας του πρώτου. Μέσα από την παρουσίαση των σχετικών ευρημάτων, αναμένεται ότι θα διαφανούν οι υπάρχουσες ελλείψεις στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας.

Αντίσταση και παρεμβατικότητα θεραπευτή

Εκτός της θεραπευτικής συμμαχίας, η έρευνα των Watson και McMullen (2005) μελετούσε, επίσης, τη σχέση της αντίστασης με την παρεμβατικότητα του θεραπευτή, ένα θέμα που έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών της αντίστασης στο χώρο της ψυχοθεραπείας. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας αντιφάσκουν προς τα αντίστοιχα προηγούμενων μελετών, καθώς σύμφωνα με τους Watson και McMullen (2005) δεν παρατηρείται χρονική αλληλουχία ανάμεσα στην παρεμβατική / κατευθυντική στάση του θεραπευτή και στην αύξηση της αντίστασης από τον θεραπευόμενο. Τόσο στη γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία όσο και στην προσεσιανή-βιωματική θεραπεία που εξετάζονταν στην εν λόγω μελέτη, η αντίσταση βρέθηκε να εκδηλώνεται ανεξάρτητα από την προηγηθείσα παρεμβατική ή μη-παρεμβατική συμπεριφορά του θεραπευτή.

Το συμπέρασμα αυτό αντικρούει τα ευρήματα μιας σειράς από πολλές σχετικές μελέτες που αναδεικνύουν τη κατευθυντική στάση του θεραπευτή ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση, ή την επίταση, των φαινομένων αντίστασης. Από τη σκοπιά της πελατοκεντρικής προσέγγισης, όπου γενικότερα ακολουθούνται μη-παρεμβατικές τεχνικές, ο Gillespie (1953) βρήκε να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην κατευθυντική στάση του θεραπευτή και στην ακόλουθη αντίσταση από την πλευρά του θεραπευόμενου. Αντιστοίχως, μελετώντας θεραπευτικά ζεύγη πελατοκεντρικής προσέγγισης, ο Snyder (1945) βρήκε να αυξάνεται η

αντίσταση των θεραπευόμενων μετά από κατευθυντικού τύπου παρεμβάσεις (π.χ. ευθείς ερωτήσεις, κριτική, δόμηση συνεδρίας, διαφωνία, ερμηνεία, πειθώ). Αντίθετα, δεν εκδηλώνονταν αντίσταση όταν ο θεραπευτής πρόβαινε σε διερεύνηση και σε αποσαφήνιση των συναισθημάτων των πελατών.

Υιοθετώντας έναν πιο αυστηρό μεθοδολογικό σχεδιασμό τύπου ABAB, οι Patterson και Forgatch (1985) παρατήρησαν αύξηση της μη-συμμόρφωσης στη θεραπεία μετά από τις προσπάθειες του θεραπευτή να «καθοδηγήσει» και να «αντιπαρατεθεί» (*teach and confront*) σε γονείς που παρακολουθούσαν θεραπευτικό πρόγραμμα εκπαίδευσης για προβλήματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς, ή κακοποίησης των παιδιών τους. Αντίθετα, όταν ο θεραπευτής υιοθετούσε στάση «διευκόλυνσης» και «υποστήριξης» (*facilitate and support*), τα επίπεδα μη-συμμόρφωσης των γονέων ήταν μειωμένα. Το εύρημα ότι οι κατευθυντικές παρεμβάσεις του θεραπευτή οδηγούν σε αυξημένη αντίσταση του θεραπευόμενου επιβεβαιώθηκε από τις μεταγενέστερες έρευνες των Mahalik (1994) και των Bischoff και Tracey (1995).

Αξιοποιώντας γνωστό βιντεοσκοπημένο αρχειακό υλικό συνεδριών από διακεκριμένους θεραπευτές, ο Mahalik (1994) διαπίστωσε ότι όλες οι μορφές αντίστασης –βάσει του ψυχαναλυτικά εμπνευσμένου εργαλείου «Client Resistance Scale»– παρουσιάζονταν μειωμένες μετά από μη-κατευθυντική παρέμβαση του θεραπευτή (π.χ. ανοικτού-τύπου ερώτηση) συγκριτικά με πιο κατευθυντικές παρεμβάσεις (π.χ. κλειστού-τύπου ερώτηση). Οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις του θεραπευτή βρέθηκαν να είναι η ερμηνεία, η ανοικτού-τύπου ερώτηση και η ελάχιστη ενθάρρυνση (*minimal encourager*), ενώ αντιθέτως, η παροχή πληροφόρησης και η κλειστού-τύπου ερώτηση ήταν οι λιγότερο αποτελεσματικές παρεμβάσεις ως προς τα επίπεδα αντίστασης. Εκτός του τύπου παρέμβασης του θεραπευτή που βρέθηκε να συσχετίζεται με το βαθμό αντίστασης, από τη σχετική μελέτη του Mahalik (1994), βρέθηκε επίσης ότι τα επίπεδα αντίστασης εξαρτώνται από την ιδιοσυγκρασία του

θεραπευόμενου, στοιχείο που επιβεβαιώνει την ύπαρξη χαρακτηριστικών αντιστάσεων. Επιπλέον αυτού του στοιχείου, όμως, βρέθηκε ότι στον ίδιο ασθενή η θεραπεία από διαφορετικούς θεραπευτές προκαλούσε άλλοτε μεγαλύτερη και άλλοτε μικρότερη αντίσταση σε επιμέρους διαστάσεις (π.χ. αποφυγή έκφρασης συναισθήματος), ανάλογα με το ποιος ήταν κάθε φορά ο θεραπευτής. Συμπερασματικά αυτών των ευρημάτων, ο Mahalik (1994) υπογράμμισε ότι παρά τη σχετικά σταθερή χαρακτηριστική φύση της, η αντίσταση δεν θα πρέπει να εξετάζεται αποκομμένη από το ευρύτερο σχεσιακό πλαίσιο της θεραπείας. Ανάλογα ευρήματα προέκυψαν και στη μελέτη των Verhulst και Vijver (1990). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι θεραπευτές με ψυχαναλυτική κατεύθυνση έτειναν να αναγνωρίζουν περισσότερες συμπεριφορές ως αντίσταση, σε σύγκριση με τους θεραπευτές συμπεριφορικής κατεύθυνσης. Ωστόσο, ανεξαρτήτου θεωρητικής προσέγγισης, βρέθηκε ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που αφορούσαν την προσπάθεια εκμείωσης πληροφοριών από τον θεραπευόμενο ήταν εκείνες που προκαλούσαν αντίσταση πιο συχνά.

Αξιοποιώντας το ίδιο κλινικό υλικό με αυτό της έρευνας του Mahalik (1994), οι Bischoff και Tracey (1995) μέτρησαν τη μη-συμμόρφωση στη θεραπεία βάσει του «Client Resistance Code». Από τα ευρήματα προέκυψε ότι η υιοθέτηση κατευθυντικής συμπεριφοράς από τον θεραπευτή αυξάνει την πιθανότητα επακόλουθης μη-συμμόρφωσης του θεραπευόμενου στη θεραπεία. Σε αντιδιαστολή, η συνεργασιμότητα εκ μέρους του ασθενούς διασφαλιζόταν όταν ο θεραπευτής επιδείκνυε μη-παρεμβατική στάση. Μάλιστα, ενώ η αντίδραση αντίστασης του θεραπευόμενου βρισκόταν σε άμεση συνάρτηση με την προηγούμενη συμπεριφορά του θεραπευτή, δεν βρέθηκε να ισχύει το αντίστροφο (Bischoff & Tracey, 1995). Δηλαδή, η συμπεριφορά του θεραπευόμενου δεν επέφερε καμία επίπτωση στις αντιδράσεις του θεραπευτή, υποδηλώνοντας ότι οι θεραπευτές ενεργούν πιο ανεξάρτητα από τους ασθενείς τους κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

Στην έρευνα που διενήργησαν οι Hill και συνεργάτες (1988), χρησιμοποιώντας το «Hill Counselor Verbal Response Modes Category System» βρέθηκε ότι οι πλέον βοηθητικές παρεμβάσεις του θεραπευτή στη βραχεία ψυχοθεραπεία ήταν η αυτό-αποκάλυψη, η ερμηνεία, η αποδοχή και η επαναδιατύπωση, σε σύγκριση με την πληροφόρηση, την άμεση καθοδήγηση και τις κλειστού-τύπου ερωτήσεις που θεωρούνται πιο κατευθυντικές μορφές παρέμβασης.

Σε μετά-ανάλυση που πραγματοποίησαν οι Beutler και συνεργάτες (2001) καταγράφηκαν 20 μελέτες που εξετάζουν το ρόλο της παρεμβατικότητας του θεραπευτή στην αντίσταση του θεραπευόμενου. Δεκαέξι από αυτές τις μελέτες (80%) βρήκαν ότι οι κατευθυντικές παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές στους ασθενείς με χαμηλά επίπεδα αντίστασης, ενώ οι μη-κατευθυντικές μορφές παρέμβασης λειτουργούν καλύτερα στους ασθενείς με υψηλά επίπεδα αντίστασης (είτε ως εγγενές γνώρισμα προσωπικότητας είτε ως αντίσταση-πλαισίου). Σε πολλές από αυτές τις μελέτες, οι κατευθυντικές ή οι μη-κατευθυντικές παρεμβάσεις ταυτίζονται με διαφορετικές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας. Η γνωστική και η συμπεριφοριστική θεραπεία θεωρούνται ότι αντιπροσωπεύουν τις πλέον κατευθυντικές προσεγγίσεις, ενώ στο πλέγμα των μη-κατευθυντικών προσεγγίσεων θεωρούνται ότι εντάσσονται η ψυχοδυναμική, η πελατοκεντρική και άλλες ενορατικού-βιωματικού τύπου θεραπείες, καθώς επίσης οι αυτό-θεραπευτικές παρεμβάσεις (*self-directed interventions*). Υπό αυτό το πρίσμα, οι λιγότερο κατευθυντικές θεραπείες και τα προγράμματα αυτό-θεραπείας ταιριάζουν καλύτερα στους ασθενείς με ισχυρή αντίσταση, καθώς συμβάλλουν στην κάμψη των αντιστάσεων και στην υπερπήδηση των αρνητικών συνεπειών τους. Αντίστοιχα, στους ασθενείς με χαμηλή αντίσταση διαπιστώνονται περισσότερα θεραπευτικά οφέλη όταν εφαρμόζονται πιο κατευθυντικές, γνωστικές, ή συμπεριφοριστικές θεραπευτικές διαδικασίες (Beutler et al., 2001. Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002b). Παρομοίως, έχει βρεθεί ότι οι θεραπευτές που χαρακτηρίζονται από υψηλή αντίσταση –με την έννοια της

ψυχολογικής αντιδραστικότητας— προτιμούν μη-δομημένη μορφή εποπτείας (Tracey, Ellickson, & Sherry, 1989). Τα παραπάνω ευρήματα καθιστούν την αντίσταση, εκτός από προγνωστικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος, βασική μεταβλητή για το σχεδιασμό της θεραπευτικής διαδικασίας.

Στη θέση αυτή συγκλίνουν και οι μελέτες που διερευνούν τον ρόλο των παράδοξων τεχνικών στην αντίσταση. Η εφαρμογή των παράδοξων τεχνικών στους ασθενείς με υψηλά επίπεδα αντίστασης βασίζεται στην άποψη ότι οι ασθενείς αυτοί αντιδρούν με εναντιωματικούς και αντιδραστικούς τρόπους. Σε έρευνες που μετρούσαν την αντίσταση υπό την έννοια της ψυχολογικής αντιδραστικότητας βρέθηκε ότι η αντιδραστικότητα του θεραπευόμενου λειτουργεί ως ενδιάμεση μεταβλητή στη θεραπεία με παράδοξες τεχνικές, καθώς τα άτομα με υψηλή αντιδραστικότητα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα προσδοκίας για αλλαγή, αυξημένο άγχος, μικρότερη ικανοποίηση από τις προσπάθειες τους και μειωμένο έλεγχο της αναβλητικότητας απέναντι στη θεραπευτική αλλαγή (Dowd et al., 1988. Shoham-Salomon, Avner, & Neeman, 1989. Swoboda, Dowd, & Wise, 1990). Η χρήση των παράδοξων τεχνικών, οι οποίες προκαλούν τους ασθενείς αυτούς να αντιδράσουν ακριβώς με τρόπο αντιδραστικό (π.χ. τους ενθαρρύνουν να συνεχίσουν να έχουν τα συμπτώματά τους), θεωρείται αποτελεσματική. Πράγματι, από την μετά-ανάλυση των Beutler και συνεργατών (2001), βρέθηκαν τέσσερις μελέτες που εξετάζουν αυτή την υπόθεση, οι οποίες την επιβεβαιώνουν στο σύνολό τους.

Ενδεχομένως τα αποτελέσματα που συνδέουν τις κατευθυντικές παρεμβάσεις με την αντίσταση να εξηγούνται από τον ρόλο που ενέχει η μεταβλητή του ελέγχου. Όταν ο θεραπευόμενος βιώνει την απώλεια ελέγχου στη θεραπευτική διαδικασία αντιδρά με υψηλά επίπεδα αντίστασης, οπότε η υιοθέτηση μη-κατευθυντικών παρεμβάσεων από τον θεραπευτή κατευνάζει τους φόβους του και επιτρέπει να επανα-διαμορφωθεί ένα αίσθημα ελέγχου μέσα σε ένα πλαίσιο που αποπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται από

έρευνες που αφορούν στην έδρα ελέγχου (εσωτερική ή εξωτερική) και στους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων (εσωστρεφείς ή εξωστρεφείς). Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με εσωτερική έδρα ελέγχου (*internal locus of control*) εκδηλώνουν μεγαλύτερη αντίσταση ενάντια στον έλεγχο που επιβάλλεται στις συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις θεραπείας, σε σύγκριση με τους ασθενείς με εξωτερική έδρα ελέγχου (Friedman & Dies, 1974). Παρομοίως, οι ασθενείς με εξωστρεφή τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων ανταποκρίνονται καλύτερα στις κατευθυντικές μορφές θεραπείας (π.χ. γνωσιακή προσέγγιση) συγκριτικά με τους εσωστρεφείς ασθενείς (Beutler et al., 1991a. Beutler, Harwood, Alimohamed, & Malik, 2002). Άλλες επίσης μεταβλητές, όπως είναι η σοβαρότητα της ψυχικής διαταραχής, έχει βρεθεί να διαμεσολαβεί στη σχέση ανάμεσα στην αντίσταση και τις κατευθυντικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (Hagebak & Parker, 1969).

Οι συγκεκριμένες ατομικές διαφορές θεωρούνται ότι παραμένουν σταθερές στο χρόνο και τις εξωτερικές συνθήκες, παρόλο που είναι περισσότερο παρατηρήσιμες σε φάσεις που το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί σε αλλαγές του περιβάλλοντος, ή να αντιμετωπίσει κάποια απειλή στην αίσθηση εσωτερικής ασφάλειας (Beutler & Harwood, 2000). Πάντως, οι ατομικές διαφορές, σε συνδυασμό με άλλες παραμέτρους, όπως για παράδειγμα κατά πόσο αυτό που ορίζεται ως αντίσταση αφορά μάλλον την αντιδραστικότητα του θεραπευόμενου, μπορεί να εξηγούν τα όποια αντιφατικά αποτελέσματα προκύπτουν μεταξύ των ερευνών που μελετούν το ρόλο της παρεμβατικότητας του θεραπευτή στην αντίσταση του θεραπευόμενου. Σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, αυτό που φαίνεται να προεξάρχει συμπερασματικά στις σχετικές έρευνες είναι ότι πράγματι η κατευθυντική στάση του θεραπευτή έχει περισσότερες πιθανότητες να προκαλέσει αντίσταση, σε αντίθεση με τη μη-κατευθυντική συμπεριφορά που κρατά την αντίσταση σε μειωμένα επίπεδα.

Βέβαια, όπως έχει διαφανεί έως τώρα, το ζητούμενο δεν είναι η παντοιοτρόπως διατήρηση της αντίστασης σε χαμηλά επίπεδα, αλλά μάλλον η προσπάθεια κατανόησης και

επεξεργασίας της αντίστασης στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης και διαντίδρασης. Ήτοι, η «απάντηση» που θα δοθεί από τον θεραπευτή στην αντίσταση του θεραπευόμενου παίζει εξέχοντα ρόλο. Απάντηση η οποία θα πρέπει να παραμένει όσο το δυνατόν ανεπηρέαστη από τις συχνά αρνητικές συνέπειες της αντίστασης, καθώς οι εκδηλώσεις αντίστασης μπορούν να προκαλέσουν την αντιπάθεια του θεραπευτή (Chamberlain & Ray, 1988). Όπως έχει αναπτυχθεί σε προηγούμενα κεφάλαια (βλ. Κεφάλαιο 4 και Κεφάλαιο 5), είναι σύνηθες η δυσανασχέτηση του θεραπευτή μπροστά στις αντιστάσεις του θεραπευόμενου να εκφράζεται με απομάκρυνση από τη θεραπευτική ουδετερότητα και με ανάληψη μιας περισσότερο παρεμβατικής / κατευθυντικής στάσης. Η συγκεκριμένη οπτική περιπλέκει κάπως το ρόλο της παρεμβατικότητας στα φαινόμενα αντίστασης και επιτάσσει την ανάγκη διερεύνησης της θεραπευτικής σχέσης με ευρύτερους όρους, οι οποίοι θα ενσωματώνουν κοινές, πανθεωρητικές, παραμέτρους των επιμέρους προσεγγίσεων ψυχοθεραπείας.

Όπως έχει προκύψει έως τώρα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, καθώς και από τα σχετικά ερευνητικά ευρήματα, η παράμετρος της ασφάλειας στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης συνιστά ενιαίο κεντρικό παράγοντα της θεραπευτικής διαδικασίας. Η παρούσα μελέτη έρχεται να καλύψει αυτό το κενό στις υπάρχουσες έρευνες αναφορικά με την αντίσταση στην ψυχοθεραπεία, στη βάση της θεωρίας προσκόλλησης, η οποία προτείνει τη μεταβλητή της ασφαλούς / ανασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Η συγκεκριμένη μεταβλητή φαίνεται πως ενσωματώνει διαφορετικές πλευρές της θεραπευτικής σχέσης, όπως είναι η θεραπευτική συμμαχία και η μεταβίβαση (Gelso & Carter, 1994). Παράλληλα, θεωρείται πως εμπερικλείει και τις περισσότερο πραγματικές συνιστώσες της θεραπευτικής διαντίδρασης (Robbins, 1995), οι οποίες αναμένεται να αναδειχθούν περαιτέρω μέσα από την εξέταση της επίδρασης των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, ως ένα πραγματικό γεγονός που προκαλεί την προσωρινή απώλεια του θεραπευτή. Σύμφωνα με τη Συνοδινού (2005), σε συνδυασμό με τη μεταβίβαση και τη θεραπευτική συμμαχία, η

πραγματική σχέση μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου αποτελεί μια βασική διάσταση της ψυχανάλυσης αφού αναγνωρίζει τη θέση της πραγματικότητας μέσα στην αναλυτική σχέση και κατάσταση, όπως αυτή αποτυπώνεται σε πλευρές της πραγματικής ύπαρξης του θεραπευτή και σε στοιχεία που καθορίζουν το πλαίσιο, όπως η αμοιβή του τελευταίου και οι περίοδοι διακοπών.

Σε αυτό το πλαίσιο, τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης, όπως ανακύπτουν από την υπάρχουσα βιβλιογραφική και ερευνητική τεκμηρίωση, παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Μ Ε Ρ Ο Σ V

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Στη βάση της σχετικής βιβλιογραφίας και των ερευνητικών ευρημάτων που έχουν προκύψει έως τώρα, όπως αυτά παρουσιάστηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης διαμορφώνονται ως εξής:

1. Την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, μεταβάλλεται η αντίσταση των θεραπευόμενων, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών;
2. Την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, μεταβάλλεται η σχέση προσκόλλησης του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών;
3. Ποια είναι η σχέση μεταξύ της αντίστασης του θεραπευόμενου και της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή;
4. Η σχέση μεταξύ της αντίστασης του θεραπευόμενου και της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή μεταβάλλεται την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών;
5. Ποια είναι η σχέση της αντίστασης με τη θεραπευτική συμμαχία και τη μεταβίβαση;
6. Πώς σχετίζεται η σχέση προσκόλλησης του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή με τη θεραπευτική συμμαχία και τη μεταβίβαση;
7. Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη μεταβολή της αντίστασης μέσα στο χρόνο και ειδικότερα την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών;
8. Υπάρχουν κοινοί τρόποι εκδήλωσης της αντίστασης σε συσχέτιση με τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών;

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 46 ενήλικες θεραπευόμενους και 19 θεραπευτές. Το δείγμα αυτό προκύπτει από το αρχικό που περιλάμβανε 52 ασθενείς και 21 θεραπευτές. Ωστόσο, στη δεύτερη μέτρηση της έρευνας τέσσερις ασθενείς διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία τους, ενώ στην τρίτη μέτρηση μεσολάβησαν δύο επιπλέον πρόωρες διακοπές της θεραπείας, διαμορφώνοντας τον συνολικό αριθμό των πρόωρων διακοπών σε έξι. Το δείγμα αντιπροσωπεύει ποσοστό 92.6% από τον συνολικό αριθμό ασθενών που προσεγγίστηκαν για να συμμετάσχουν στην έρευνα. Αντίστοιχα, το ποσοστό άρνησης στους θεραπευτές ήταν 20.6% (7 θεραπευτές), ενώ υπήρξαν και 6 θεραπευτές που παρά την επιθυμία τους για συμμετοχή στην έρευνα δεν είχαν, κατά το διάστημα της διεξαγωγής της, περιστατικά που να πληρούν τις προϋποθέσεις.

Οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη επιλέγηκαν από τους θεραπευτές τους με τυχαίο τρόπο. Συγκεκριμένα, οι θεραπευτές είχαν λάβει την οδηγία να ενημερώνουν για την έρευνα οποιονδήποτε νέο ασθενή προσερχόταν για θεραπεία από τον Σεπτέμβριο '08 και έπειτα έως και τον Απρίλιο '09, αφού ολοκληρώνονταν δύο μήνες θεραπείας. Εξαιρούνταν από τη συμμετοχή στην έρευνα οι ασθενείς με τα εξής κριτήρια:

1. Άτομα με νοητική καθυστέρηση, με ψύχωση ή με ψυχωσικά στοιχεία.
2. Άτομα με προεξάρχουσα διαταραχή προσωπικότητας.
3. Άτομα με οργανικά ψυχοσύνδρομα.
4. Όσοι είχαν λιγότερους από 2 μήνες θεραπείας (10 συνεδρίες).
5. Όσοι η συχνότητα των συνεδριών ήταν λιγότερο από 1 φορά εβδομαδιαίως.
6. Όσοι βρίσκονταν σε «κρίση» ώστε να μην μπορούν να συμμετάσχουν στην έρευνα, ή ο θεραπευτής έκρινε ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα θα ήταν επιζήμια για τη θεραπεία στη δεδομένη φάση.

Επομένως, όλοι οι θεραπευόμενοι του δείγματος ήταν χωρίς μείζονα ψυχοπαθολογία, με πιθανά συνοδά χαρακτηριστικά στοιχεία, τα οποία θα μπορούσαν να συνιστούν και διαταραχή προσωπικότητας, χωρίς ωστόσο να επηρεάζεται η προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια των θεραπειών, το μεγαλύτερο ποσοστό (41,3%) είχε προσέλθει στη θεραπεία λόγω κάποιου προβλήματος περιόδου ζωής. Ακολουθούσαν οι ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές (30,4%), ενώ οι αγχώδεις και φοβικές διαταραχές αφορούσαν ποσοστό 19,6% και 13,6% των ασθενών του δείγματος, αντίστοιχα. Δέκα θεραπευόμενοι (21,7%) είχαν και κάποια συνοδή διαταραχή προσωπικότητας (π.χ. ναρκισσιστική, εξαρτητική, ψυχαναγκαστική), εκτός των παραπάνω προβλημάτων.

Το δείγμα προέρχεται από διαφορετικά θεραπευτικά πλαίσια και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Από τους 46 θεραπευόμενους, οι 17 προέρχονται από δομές ψυχοθεραπείας δημόσιου χαρακτήρα (ΚΨΥ, Συμβουλευτικούς Σταθμούς, Δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο), οι 11 από κοινοτική δομή ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας ιδιωτικού χαρακτήρα, οι 10 από ιδιώτες θεραπευτές ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας και οι 8 από ιδιώτες θεραπευτές άλλης θεωρητικής κατεύθυνσης. Όσον αφορά τη θεραπευτική προσέγγιση, 27 ασθενείς βρίσκονταν σε ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και 19 σε θεραπεία άλλης θεωρητικής προσέγγισης, εκ των οποίων 9 ασθενείς σε γνωσιακού τύπου ψυχοθεραπεία, 8 σε ψυχοθεραπεία συστημικής κατεύθυνσης και 2 σε ψυχοθεραπεία ανθρωπιστικής-πελατοκεντρικής κατεύθυνσης. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (93,5%) βρίσκονταν σε θεραπεία με συχνότητα μία φορά εβδομαδιαίως και μόνο τρεις θεραπευόμενοι είχαν δύο συνεδρίες την εβδομάδα.

Από τους 46 ασθενείς του δείγματος, 34 άτομα (73,9%) ήταν γυναίκες και 12 άτομα άνδρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (26,1%) ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία 31-35 ετών. Ποσοστό 13% του δείγματος ήταν ηλικίας έως 25 ετών, ποσοστό 17,4% συγκέντρωνε η

ηλικιακή ομάδα 26-30 ετών, αλλά επίσης και η ηλικιακή ομάδα 36-40 ετών (17,4%), ποσοστό 10,9% ήταν μεταξύ 41-45 ετών, ενώ από 46 ετών και άνω ήταν ποσοστό 15,2% των θεραπευομένων του δείγματος. Οι μισοί (50%) ήταν άγαμοι, ποσοστό 37% έγγαμοι και ποσοστό 13% διαζευγμένοι, ή σε διάσταση. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, η πλειοψηφία (60,9%) ήταν υψηλού μορφωτικού επιπέδου: 52,2% είχε ανώτερη/ανώτατη μόρφωση και 8,7% είχε επιπλέον μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Απόφοιτοι Λυκείου ήταν ποσοστό 32,6% και απόφοιτοι Γυμνασίου ήταν μόλις το 6,5%. Η πλειοψηφία του δείγματος (76,1%) εργαζόταν είτε στον ιδιωτικό τομέα (34,8%), είτε ως ελεύθεροι επαγγελματίες (21,7%), είτε στο δημόσιο τομέα (19,6%). Ποσοστό 10,9% των θεραπευόμενων ήταν φοιτητές/σπουδαστές, ενώ τα ποσοστά των άνεργων, των συνταξιούχων και των νοικοκυρών ήταν πολύ μικρά (6,5%, 4,3% και 2,2%, αντίστοιχα).

Από το σύνολο των 19 θεραπειών που συμμετείχαν στη μελέτη, 13 άτομα (68,4%) ήταν γυναίκες και 6 άνδρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (36,8%) ήταν ηλικίας 36-40 ετών. Ακολουθούσαν οι ηλικιακές ομάδες 31-35 ετών και 41-46 ετών (ποσοστό 15,8%, έκαστη). Στις ηλικιακές ομάδες 26-30 ετών, 46-50 ετών και 51-55 ετών ανήκε ποσοστό 10,5% των θεραπειών σε καθεμία, ξεχωριστά. Δεκαπέντε θεραπευτές ήταν ψυχολόγοι, 3 ήταν ψυχίατροι και 1 θεραπευτής είχε ειδικότητα κοινωνικού λειτουργού. Περισσότεροι από τους μισούς (57,9%) ήταν ψυχαναλυτικής/ψυχοδυναμικής προσέγγισης. Τέσσερις θεραπευτές ήταν συστημικής κατεύθυνσης, 2 εξασκούσαν τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία και 2 θεραπευτές την ανθρωπιστικού-πελατοκεντρικού τύπου ψυχοθεραπεία. Η πλειοψηφία του δείγματος (73,7%) είχαν πλέον των 11 ασθενών σε ψυχοθεραπεία κατά την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης. Τρεις θεραπευτές παρακολουθούσαν, συνολικά, 6-10 ασθενείς, ενώ 2 θεραπευτές είχαν από 1-5 ασθενείς. Ο ελάχιστος αριθμός ετών κλινικής εμπειρίας ήταν τα 2 έτη και ο μέγιστος τα 20 έτη, με μέσο όρο κλινικής εμπειρίας τα 11 έτη.

Εργαλεία

Ερωτηματολόγια θεραπευόμενων.

Θεραπευτική συμμαχία. Το Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath & Greenberg, 1987) χορηγήθηκε στους θεραπευόμενους προκειμένου να αξιολογηθούν τα επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας. Η εκτίμηση της θεραπευτικής συμμαχίας θεωρήθηκε, καταρχήν, σημαντική προκειμένου να ληφθούν υπόψη στις στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων τυχόν ακραίες τιμές στο δείγμα ως προς τη θεραπευτική συμμαχία. Το ερωτηματολόγιο θεραπευτικής συμμαχίας διατίθεται κανονικά σε τρεις μορφές: μία για τον θεραπευτή, μία για τον θεραπευόμενο και μία για ανεξάρτητο κριτή. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα για τον θεραπευόμενο.

Πρόκειται για αυτό-συμπληρούμενη κλίμακα που αποτελείται από 36 δηλώσεις, βάσει των οποίων ο θεραπευόμενος εκφράζει την άποψή του σχετικά με συγκεκριμένες θεραπευτικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (π.χ. *«Βρίσκω μπερδεμένο αυτό που κάνω στη θεραπεία»*). Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί τη συνολική θεραπευτική συμμαχία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, καθώς και τρεις επιμέρους παράγοντες-διαστάσεις της θεραπευτικής συμμαχίας: α) του στόχου (*goal*), ο οποίος αναφέρεται στο βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο αναφορικά με τους στόχους της θεραπείας, β) του έργου (*task*) που αναφέρεται στο βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο σχετικά με τις διεργασίες μέσω των οποίων αναμένεται ότι θα επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι, και γ) του δεσμού (*bond*) που αναφέρεται στην ανάπτυξη του δεσμού μεταξύ των δύο συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία. Ο παράγοντας του στόχου αντιπροσωπεύεται από τα λήμματα 3, 6, 9, 10, 12, 14, 22, 25, 27, 30, 32, 34 (π.χ. *«Ανησυχώ για την έκβαση αυτών των συνεδριών»*). Ο παράγοντας του έργου αντιπροσωπεύεται από τα λήμματα 2, 4, 7, 11, 13, 15, 16, 18, 24, 31, 33, 35 (π.χ. *«Μου είναι ξεκάθαρο ποιες είναι οι ευθύνες μου στη θεραπεία»*). Τέλος, ο παράγοντας του

δεσμού αντιπροσωπεύεται από τα λήμματα 1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 36 (π.χ. «Έχω εμπιστοσύνη στην ικανότητα του/της..... να με βοηθήσει»). Η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να σημειωθεί ανά παράγοντα είναι 84. Η βαθμολόγηση γίνεται σύμφωνα με μια 7-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (1 = «ποτέ», 2 = «σπάνια», 3 = «περιστασιακά», 4 = «κάποιες φορές», 5 = «συχνά», 6 = «πολύ συχνά», 7 = «πάντα»), όπου δηλώνεται η συχνότητα εμφάνισης της κατάστασης που περιγράφεται σε κάθε δήλωση.

Το WAI 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 καθιστά το πλέον κατάλληλο για τις περισσότερες ερευνητικές μελέτες (Hersoug, Monsen, Havik, & Hoglend, 2002. Martin, Garske, & Davis, 2000). Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά και ξαναμεταφράστηκε στα αγγλικά από δίγλωσσους (Ελληνο-καναδούς). Η προσαρμογή έγινε από την Παπαδημητρίου (2004). Αναλύσεις αξιοπιστίας που διεξήχθησαν για τις τρεις υποκλίμακες έδειξαν ότι το ερωτηματολόγιο διακρίνεται από ικανοποιητική αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια (Cronbach's $\alpha = 0,96$).

Σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Για τη μέτρηση της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή χορηγήθηκε το Client Attachment to Therapist Scale (CATS) (Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995). Πρόκειται για μια αυτό-συμπληρούμενη κλίμακα που μετρά τους τρόπους με τους οποίους ο θεραπευόμενος αντιλαμβάνεται τη σχέση του με τον θεραπευτή, υπό την οπτική της θεωρίας προσκόλλησης. Περιλαμβάνει 36 λήμματα που αποτελούν τρεις υποκλίμακες, κάθε μία εκ των οποίων συνιστά και έναν διαφορετικό τύπο σχέσης προσκόλλησης του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή: α) την ασφαλή σχέση (14 λήμματα), β) την αποφευκτική-φοβική σχέση (12 λήμματα), και γ) την έμμονη-συγχωνευτική σχέση (10 λήμματα). Το CATS μπορεί να χορηγηθεί σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή της θεραπευτικής

διαδικασίας. Η βαθμολογία στις προτάσεις γίνεται βάσει 6-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert, που κυμαίνεται από το «*διαφωνώ απόλυτα*» (=1) έως το «*συμφωνώ απόλυτα*» (=6).

Η υποκλίμακα της ασφαλούς σχέσης με τον θεραπευτή (λήμματα: 1, 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 34, 36) αξιολογεί τον βαθμό που ο θεραπευόμενος αντιλαμβάνεται κατά πόσον ο θεραπευτής δείχνει κατανόηση, αποδοχή και συναισθηματική διαθεσιμότητα, καθώς επίσης κατά πόσον η θεραπευτική σχέση αποτελεί μια ασφαλή βάση από την οποία μπορεί κανείς να εφορμήσει για να διερευνήσει επώδυνο ψυχικό υλικό (π.χ. «*Ο θεραπευτής μου δείχνει ευαισθησία στις ανάγκες μου*»). Η εσωτερική συνέπεια της υποκλίμακας ασφαλούς σχέσης βρέθηκε να είναι $\alpha = 0,64$ και $\alpha = 0,84$ στην εξέταση αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου (Mallinckrodt, Gant, & Goble, 1995), καθώς και $\alpha = 0,78$ σε πιο πρόσφατη μελέτη (Woodhouse, Schlosser, Crook, Ligiero, & Gelso, 2003).

Η υποκλίμακα της αποφευκτικής-φοβικής σχέσης (λήμματα: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 35) αξιολογεί τον βαθμό που ο θεραπευόμενος είναι αμυντικός στη θεραπευτική σχέση, βιώνει τον θεραπευτή ως απορριπτικό και επικριτικό, δείχνει απροθυμία να αποκαλύψει προσωπικές πληροφορίες από φόβο μήπως ταπεινωθεί, ή απειληθεί, και γενικά βρίσκεται υπό καθεστώς δυσπιστίας (π.χ. «*Μου είναι δύσκολο να εμπιστευτώ τον θεραπευτή μου*»). Η εσωτερική συνέπεια της υποκλίμακας αποφευκτικής-φοβικής σχέσης βρέθηκε να είναι $\alpha = 0,63$, καθώς και $\alpha = 0,72$ στην εξέταση αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου (Mallinckrodt, Gant, & Goble, 1995). Στην έρευνα των Woodhouse και συνεργατών (2003), η εσωτερική συνέπεια της συγκεκριμένης υποκλίμακας βρέθηκε να είναι $\alpha = 0,70$.

Η υποκλίμακα της έμμονης-συγχωνευτικής σχέσης (λήμματα: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31) αξιολογεί τον βαθμό που ο θεραπευόμενος βιώνει εμμονή για τη θεραπευτική σχέση, επιθυμεί να βρίσκεται σε ενότητα με τον θεραπευτή, επιδιώκει περισσότερη επαφή μαζί του και προσπαθεί να παραβιάσει τα όρια του θεραπευτικού πλαισίου (π.χ. «*Εύχομαι ο θεραπευτής μου να μην ήταν ο θεραπευτής μου ώστε να μπορούσαμε να είμαστε φίλοι*»). Οι

Mallinckrodt, Gant και Goble (1995) ανέφεραν ότι ο βαθμός εσωτερικής συνέπειας της υποκλίμακας ήταν $\alpha = 0,81$, καθώς και $\alpha = 0,86$ στην εξέταση αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου, ενώ οι Woodhouse και συνεργάτες (2003) βρήκαν βαθμό εσωτερικής συνέπειας $\alpha = 0,84$.

Επίσης, από την ανάλυση ομαδοποίησης (cluster analysis) ανέκυσαν τέσσερις ομάδες ασθενών με διαφορετικό τύπο προσκόλλησης στη θεραπευτική σχέση. Εκτός από τους παραπάνω τρεις τύπους που αντιστοιχούσαν σε τρεις διαφορετικές ομάδες, προστέθηκε και η ομάδα της απρόθυμης προσκόλλησης (*reluctant attachment*). Η ομάδα ασθενών της απρόθυμης προσκόλλησης αφορούσε εκείνους τους θεραπευόμενους που –αν και αντιστέκονταν στη διαδικασία αυτό-διερεύνησης– παρουσίαζαν καλή θεραπευτική συμμαχία, συναισθηματική επένδυση στη θεραπεία και θετική εκτίμηση για τον θεραπευτή (Mallinckrodt, Gant, & Goble, 1995).

Η συγχρονική εγκυρότητα του CATS έχει διαπιστωθεί σε μια σειρά από μελέτες. Οι Mallinckrodt, Gant και Goble (1995) διαπίστωσαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις τρεις υποκλίμακες του CATS και στη θεραπευτική συμμαχία, καθώς και στις δυσχερείς αντικειμενότροπες σχέσεις. Επίσης, οι Mallinckrodt, King και Coble (1998) βρήκαν ότι κάθε μία από τις τρεις υποκλίμακες του CATS συσχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με διάφορες μορφές δυσλειτουργίας σε οικογένειες, με τη δυσκολία αναγνώρισης και περιγραφής των συναισθημάτων, αλλά και με τους συνολικούς βαθμούς αλεξιθυμίας. Στην έρευνα των Woodhouse και συνεργατών (2003), η ανασφαλής προσκόλληση με τον θεραπευτή βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με αρνητικές αναμνήσεις γονεϊκής φροντίδας. Όλες οι συσχετίσεις ήταν προς τέτοιες κατευθύνσεις που επιβεβαίωναν τους λειτουργικούς ορισμούς της κατασκευής του εργαλείου. Επίσης, οι υποκλίμακες ανασφαλούς προσκόλλησης του CATS έχουν βρεθεί να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης, καθώς και με χαμηλά επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας

(Crook, Gelso, Fischer, & Silva, 2007. Eames & Roth, 2000. Mallinckrodt et al., 2005. Meyer & Pilkonis, 2001). Το ερωτηματολόγιο CATS μεταφράστηκε στα ελληνικά και ξαναμεταφράστηκε στα αγγλικά από εν ενεργεία ψυχοθεραπευτές με σπουδές σε αγγλόφωνη χώρα, οι οποίοι δεν συμμετείχαν στη μελέτη.

Ψυχολογική αντιδραστικότητα. Το Therapeutic Reactance Scale (TRS) (Dowd, Milne, & Wise, 1991) είναι το πλέον διαδεδομένο εργαλείο στις μελέτες για τη μέτρηση της αντίστασης, ως ένα έκδηλο και σχετικά σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας του θεραπευόμενου. Πρόκειται για αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που ταυτίζει την αντίσταση με τον παράγοντα της ψυχολογικής αντιδραστικότητας, έτσι όπως έχει οριστεί από τον Brehm (1966). Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο ορισμό, η ψυχολογική αντιδραστικότητα ανάγεται στην τάση για προσωπικό έλεγχο. Ενεργοποιείται δε όταν καταπιεστούν, ή απειληθούν με καταπίεση, οι «ελεύθερες συμπεριφορές» (*free behaviors*), όπως αυτές τις βιώνει κάθε άτομο, ξεχωριστά. Προκειμένου για το πεδίο της κλινικής πρακτικής, οι «ελεύθερες συμπεριφορές» μπορεί να αφορούν τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων ενός θεραπευόμενου, τη στάση του απέναντι στους άλλους, τις πεποιθήσεις για τον εαυτό του, ή ακόμα, τους τρόπους άμυνας, αλλά και τα συμπτώματά του. Οι ενέργειες του θεραπευτή προς την κατεύθυνση της τροποποίησης των εγκατεστημένων τρόπων αντίδρασης και συμπεριφοράς ενός ασθενή μπορεί να γίνουν αντιληπτές ως απειλή και να αντιμετωπιστούν με ψυχολογική αντιδραστικότητα. Στην παρούσα μελέτη, το TRS χορηγήθηκε για τη μέτρηση της ψυχολογικής αντιδραστικότητας των θεραπευομένων, καθώς και για προκαταρκτικό έλεγχο εγκυρότητας του βασικού εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της αντίστασης, του «Ερωτηματολογίου Θεραπευτή για τις Συμπεριφορές του Θεραπευόμενου» (Therapist Questionnaire of Client Behaviors – TRCB).

Το TRS αποτελείται από 28 προτάσεις οι οποίες αφορούν σε δύο υποκλίμακες, τη

συμπεριφορική υποκλίμακα με 17 λήμματα (π.χ. «Αγανακτώ με τα πρόσωπα εξουσίας που προσπαθούν να μου πουν τι να κάνω») και τη λεκτική υποκλίμακα με 11 λήμματα (π.χ. «Έχω ισχυρή επιθυμία να διατηρώ την προσωπική μου ελευθερία»). Η βαθμολογία που προκύπτει από τις δύο υποκλίμακες μαζί συνιστά τη συνολική ψυχολογική αντιδραστικότητα. Οι Dowd, Milne και Wise (1991) προτείνουν στα κλινικά πλαίσια να χρησιμοποιείται μόνο ο συνολικός βαθμός της ψυχολογικής αντιδραστικότητας αντί των δύο υποκλιμάκων, ξεχωριστά. Για τη βαθμολογία του TRS χρησιμοποιείται 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (1= «διαφωνώ απόλυτα», 2= «διαφωνώ», 3= «συμφωνώ», 4= «συμφωνώ απόλυτα»).

Όπως έχει επιβεβαιωθεί από πολλές έρευνες, το TRS έχει υψηλούς βαθμούς αξιοπιστίας, καθώς και συγχρονικής και προγνωστικής εγκυρότητας. Για το συνολικό βαθμό ψυχολογικής αντιδραστικότητας, ο βαθμός εσωτερικής συνέπειας βρέθηκε να είναι $\alpha = 0,84$, ενώ ο βαθμός αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου –σε διάστημα τριών εβδομάδων– ήταν $\alpha = 0,59$ (Dowd, Milne, & Wise, 1991). Μεγαλύτερος ($\alpha = 0,76$) βρέθηκε να είναι ο βαθμός αξιοπιστίας του εργαλείου σε εξέταση ελέγχου-επανελέγχου με τη μεσολάβηση διαστήματος μίας εβδομάδας (Lukin, Dowd, Plake, & Kraft, 1985). Πιο πρόσφατη έρευνα σε δείγμα καταθλιπτικών ασθενών έδειξε βαθμό εσωτερικής συνέπειας του TRS $\alpha = 0,89$ (Baker, Sullivan, & Marszalek, 2003), ενώ σε έρευνα με δείγμα γενικού πληθυσμού ο βαθμός εσωτερικής συνέπειας ήταν $\alpha = 0,78$ (Dowd, Pepper, & Seibel, 2001). Όσον αφορά τη συγχρονική εγκυρότητα, υψηλά επίπεδα συσχέτισης του TRS έχουν διαπιστωθεί με κλίμακες μέτρησης της αμυντικότητας, της διεκδικητικότητας, της επιβλητικότητας, της αυτονομίας, της αντισυμβατικότητας και της μειωμένης ανάγκης για κοινωνική αποδοχή (Baker, Sullivan, & Marszalek, 2003. Dowd & Wallbrown, 1993. Dowd et al., 1991. Morgan, 1986).

Η προγνωστική εγκυρότητα του εργαλείου έχει διαπιστωθεί σε σχέση με διάφορες διαστάσεις του κλινικού έργου. Για παράδειγμα, η αντιδραστικότητα του θεραπευόμενου λειτουργεί ως ενδιάμεση μεταβλητή στη θεραπεία με παράδοξες τεχνικές, καθώς τα άτομα με

υψηλή αντιδραστικότητα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα προσδοκίας για αλλαγή, αυξημένο άγχος, μικρότερη ικανοποίηση από τις προσπάθειες τους, καθώς και μειωμένο έλεγχο της αναβλητικότητάς τους απέναντι στη θεραπευτική αλλαγή (Dowd, Hughes, Brockbank, Halpain, Seibel, & Seibel, 1988. Shoham-Salomon, Avner, & Neeman, 1989. Swoboda, Dowd, & Wise, 1990). Επίσης, οι θεραπευόμενοι με υψηλή αντιδραστικότητα εμφανίζουν μικρότερο βαθμό συμμόρφωσης στη θεραπεία, καθώς ακολουθούν λιγότερο τη συμβουλευτική παρέμβαση των ειδικών όταν πρόκειται για αλλαγή συμπεριφοράς (π.χ. διακοπή καπνίσματος) (Graybar, Antonuccio, Boutilier, & Varble, 1989). Παράλληλα, έχουν υψηλότερα επίπεδα μη-προσέλευσης στις συνεδρίες, μεγαλύτερα ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας και μικρότερο ρυθμό βελτίωσης στη θεραπεία, συνολικά (Morgan, 1986. Seibel & Dowd, 1999). Όσον αφορά δε τους θεραπευτές, έχει βρεθεί ότι εκείνοι που χαρακτηρίζονται από υψηλή αντιδραστικότητα προτιμούν να έχουν μη-δομημένη εποπτεία (Tracey, Ellickson, & Sherry, 1989). Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι οι εκδηλώσεις αντίστασης στην ψυχοθεραπεία αφορούν σε μια χαρακτηριστική μεταβλητή του θεραπευόμενου, τουλάχιστον εν μέρει. Το TRS μεταφράστηκε στα ελληνικά και ξαναμεταφράστηκε στα αγγλικά από εν ενεργεία ψυχοθεραπευτές με σπουδές σε αγγλόφωνη χώρα, οι οποίοι δεν συμμετείχαν στη μελέτη.

Ερωτηματολόγια θεραπειών.

Μεταβίβαση θεραπευόμενου. Η μεταβίβαση του θεραπευόμενου στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης εκτιμήθηκε από τους θεραπευτές στη βάση του Therapy Session Checklist-Transference Items (TSC-TI), το οποίο αποτελεί τμήμα του Therapy Session Checklist των Graff και Luborsky (1977). Το TSC-TI περιλαμβάνει τρεις προτάσεις που αφορούν το βαθμό της συνολικής μεταβίβασης του θεραπευόμενου, καθώς και το βαθμό της θετικής και της αρνητικής μεταβίβασης, αντίστοιχα. Πριν την παράθεση των προτάσεων, το

TSC-TI περιλαμβάνει επεξηγηματικούς ορισμούς των τριών όρων. Ως μεταβίβαση ορίζεται το υλικό του θεραπευόμενου, το οποίο: (α) σχετίζεται με τον θεραπευτή φανερά ή συγκεκαλυμμένα, και (β) αποτελεί έκφραση και μετάθεση μιας πρώιμης σημαντικής σχέσης (παρόλο που το πρόσωπο του παρελθόντος μπορεί να μην αναφέρεται). Ως θετική μεταβίβαση ορίζονται οι θετικές αντιδράσεις, ή οι ιδέες, σχετικά με τον θεραπευτή που αποτελούν μεταβιβαστικό υλικό. Ως αρνητική μεταβίβαση ορίζονται οι αρνητικές αντιδράσεις, ή οι ιδέες, σχετικά με τον θεραπευτή που αποτελούν μεταβιβαστικό υλικό. Οι θεραπευτές απάντησαν σχετικά με το βαθμό της μεταβίβασης, της θετικής μεταβίβασης και της αρνητικής μεταβίβασης, όσον αφορά τις τελευταίες τέσσερις συνεδρίες, στη βάση της ακόλουθης κλίμακας: 1 = «καμία ή ελάχιστη», 2 = «λίγη», 3 = «μέτρια», 4 = «πολύ», 5 = «πάρα πολύ».

Σύμφωνα με τους Gelso, Kivlighan, Wine, Jones και Friedman (1997), οι τιμές εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου του εργαλείου για τις τελευταίες τέσσερις συνεδρίες μίας θεραπείας βρέθηκαν να είναι ικανοποιητικές. Συγκεκριμένα, ο βαθμός σταθερότητας του εργαλείου ανάμεσα στις συνεδρίες ήταν $\alpha = 0,66$ για τη θετική μεταβίβαση, $\alpha = 0,86$ για την αρνητική μεταβίβαση και $\alpha = 0,69$ για τη μεταβίβαση, στο σύνολό της. Οι Gelso και συνεργάτες (1997) επεσήμαναν το απροσδόκητο των υψηλών τιμών του εργαλείου, καθώς θα περίμενε κανείς η ένταση και το είδος της μεταβίβασης να μεταβάλλεται από συνεδρία σε συνεδρία. Σε μελέτη του Kivlighan (1995) βρέθηκε υψηλός βαθμός συσχέτισης ($r = 0,67$) μεταξύ των βαθμών μεταβίβασης των θεραπευτών και των εποπτών, όταν οι τρεις επιμέρους προτάσεις του εργαλείου συνενώθηκαν για κάθε βαθμολογήτη.

Η εγκυρότητα κατασκευής του TSC-TI έχει, επίσης, επιβεβαιωθεί σε πολλές μελέτες. Οι Graff και Luborsky (1977) κατέδειξαν ότι η μέτρηση της μεταβίβασης με τη χρήση του TSC-TI είναι συνεπής με τη θεωρία σχετικά με τις επιτυχημένες και τις μη-επιτυχημένες

ψυχαναλυτικές θεραπείες. Οι Gelso, Hill και Kivlighan (1991) βρήκαν ότι οι βαθμοί μεταβίβασης βάσει του TSC-TI σχετίζονταν με τις προθέσεις των θεραπειών, με τρόπο θεωρητικά εύλογο. Οι Patton, Kivlighan και Multon (1997) υποστήριξαν ερευνητικά το γεγονός ότι τα πρότυπα αλλαγής της μεταβίβασης κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, σύμφωνα με το TSC-TI, ήταν παρόμοια με εκείνα που είχαν βρεθεί σε προηγούμενες σχετικές έρευνες. Τέλος, οι Gelso και συνεργάτες (1997) βρήκαν ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα, όπως εκτιμήθηκε τόσο από τους θεραπευτές όσο και από τους θεραπευόμενους, συσχετιζόταν με τα επίπεδα της μεταβίβασης βάσει του TSC-TI, καθώς και με την αλληλεπίδραση ανάμεσα στη μεταβίβαση και τον βαθμό ενόρασης. Όπως αναμενόταν θεωρητικά, υψηλοί βαθμοί μεταβίβασης σε συνδυασμό με υψηλούς βαθμούς ενόρασης συσχετιζόνταν με καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Στην παρούσα μελέτη, το TSC-TI χορηγήθηκε για την εκτίμηση της μεταβίβασης των θεραπευομένων απέναντι στους θεραπευτές τους, καθώς και για προκαταρκτικό έλεγχο εγκυρότητας των εργαλείων Client Attachment to Therapist Scale και Therapist Questionnaire of Client Behaviors, καθώς σε προηγούμενες έρευνες έχουν βρεθεί συσχετίσεις ανάμεσα στη μεταβίβαση, όπως μετράται με το εν λόγω εργαλείο, και τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, αλλά και με την αντίσταση στη θεραπεία.

Αντίσταση θεραπευόμενου. Οι επιμέρους εκδηλώσεις αντίστασης των θεραπευόμενων στη θεραπεία τους αξιολογήθηκαν από τους θεραπευτές με το Therapist Questionnaire of Client Behaviors (TQCB) (Siebel, 1994). Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελεί το μόνο διαθέσιμο που μετρά πολλαπλές αντιδράσεις αντίστασης στην κλινική διαδικασία σύμφωνα με την κρίση των ίδιων των θεραπειών, οι οποίοι είναι αυτοί που καταρχήν βιώνουν –αλλά και ταυτόχρονα καλούνται να αντιμετωπίσουν– τα φαινόμενα αντίστασης. Το Therapist Questionnaire of Client Behaviors περιλαμβάνει 61 επιμέρους μορφές αντιδράσεων των

θεραπευόμενων στη θεραπεία τους, κυρίως αντιδράσεις αντίστασης, αλλά και συνεργασιμότητας, και μετρά τη συχνότητα με την οποία εμφανίζονται οι συμπεριφορές αυτές βάσει μίας 5-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert (1= «ποτέ ή σχεδόν ποτέ», 2= «σπάνια», 3= «μερικές φορές», 4= «συχνά», 5= «σχεδόν πάντα ή πάντα»). Οι θεραπευτές απάντησαν το ερωτηματολόγιο αναφορικά με τις τελευταίες τέσσερις συνεδρίες, από τη στιγμή της συμπλήρωσης. Η διαμόρφωση των συγκεκριμένων μορφών αντίδρασης που περιλαμβάνονται στο TQCB προήλθε μέσα από εξαντλητική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αντίσταση και τη μη-συμμόρφωση στη θεραπεία και βασίστηκε κυρίως στη μοναδική, έως σήμερα, συστηματοποιημένη ταξινόμηση των εκδηλώσεων αντίστασης της Otani (1989). Εκτός από τη θεωρητική θεμελίωση του εργαλείου, οκτώ ψυχολόγοι συνέβαλαν στην ανάπτυξή του, παρέχοντας ανατροφοδότηση σχετικά με τη σαφήνεια και την εγκυρότητα του περιεχομένου των προτάσεων, καθώς και το χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Από την εξέταση του εύρους, των μέσων τιμών και των τυπικών αποκλίσεων του δείγματος, αλλά και από τις μετρήσεις διασποράς, προκύπτει ότι η πλειοψηφία των προτάσεων του ερωτηματολογίου χαρακτηρίζεται από ικανοποιητική διασπορά τιμών, με κατανομές που προσεγγίζουν την κανονικότητα. Ωστόσο, ορισμένες προτάσεις παρουσίαζαν μεγάλο ή μικρό εύρος τιμών, εξαιτίας των ιδιαίτερα αυξημένων ή μειωμένων επεισοδίων εμφάνισης συγκεκριμένων συμπεριφορών, αντίστοιχα (π.χ. «συμπεριφέρεται στις συνεδρίες με τρόπο σαγηνευτικό/ αποπλανητικό»). Από την παραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι το Therapist Questionnaire of Client Behaviors περιλαμβάνει τέσσερις επιμέρους παράγοντες: (α) Ύψωση Ορίων (*Boundary Augmentation*), (β) Κατάργηση Ορίων (*Boundary Reduction*), (γ) Συνεργατική Σχέση (*Collaborative Relationship*), και (δ) Συμπεριφορά Απεμπλοκής (*Behavioral Disengagement*) (Seibel & Dowd, 1999).

Ο πρώτος παράγοντας αφορά σε συμπεριφορές του θεραπευόμενου οι οποίες

δημιουργούν απόσταση από τον θεραπευτή (π.χ. αμυντικότητα, σαρκασμός, επίρριψη ευθυνών στον θεραπευτή) και οι οποίες εκφράζουν μία τάση ελέγχου της θεραπευτικής διαδικασίας (π.χ. *«έχει μία στάση επιχειρηματολογείν απέναντί σας»*, *«διαφωνεί ανοιχτά με τις λεκτικές σας παρεμβάσεις»*). Ο δεύτερος παράγοντας της κατάργησης ορίων αφορά στην τάση του θεραπευόμενου να μην μετακινηθεί στη θεραπεία (π.χ. *«...εμμένει να μιλά για ψυχιατρικά ή για σωματικά συμπτώματα»*), καθώς και στην τάση για εξάρτηση από τον θεραπευτή. Περιλαμβάνει, δηλαδή, εκδηλώσεις αντίστασης συγκεκριμένου χαρακτήρα, με τον θεραπευόμενο να προσπαθεί αφενός μεν να αποκτήσει μια συγκυτιακή σχέση με τον θεραπευτή (π.χ. *«επιδιώκει να σας κάνει προσωπικές χάρες»*, *«επιδιώκει να παρατείνει τη διάρκεια των συνεδριών»*), αφετέρου δε να μένει καθηλωμένος στην υφιστάμενη κατάσταση. Ο τρίτος παράγοντας της συνεργατικής σχέσης υποδηλώνει την πρόθεση του θεραπευόμενου να συμμετάσχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία και να συνεργαστεί προς την κατεύθυνση της θεραπευτικής αλλαγής (π.χ. *«δηλώνει ανοιχτά ότι τον/ την επηρέασατε ώστε να αλλάξει μία ιδέα ή γνώμη»*, *«προσπαθεί ενεργά να κάνει θετικές αλλαγές»*). Τέλος, ο τέταρτος παράγοντας της συμπεριφοράς απεμπλοκής αφορά σε συμπεριφορές αντίστασης που παραβιάζουν τους όρους και τους βασικούς κανόνες της θεραπείας (π.χ. *«έρχεται καθυστερημένος/-η στις συνεδρίες»*, *«μιλά για ασημαντότητες ή για άσχετα γεγονότα κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής ώρας»*).

Στην παρούσα μελέτη, στις ήδη υπάρχουσες προτάσεις του Therapist Questionnaire of Client Behaviors προστέθηκαν, στο τέλος του ερωτηματολογίου, εννέα επιπλέον προτάσεις. Η προσθήκη αυτή πραγματοποιήθηκε γιατί οι συγκεκριμένες προτάσεις αντιπροσωπεύουν σημαντικές μορφές αντίστασης, βάσει της σύγχρονης σχετικής βιβλιογραφίας (π.χ. συμπεριφορές εκδραμάτισης, φυγή προς την υγεία, υπερβάλλουσα συμμόρφωση, αίτημα για πρόωγη διακοπή της θεραπείας), οι οποίες δεν καλύπτονταν από τα υφιστάμενα λήμματα του εργαλείου. Επομένως, θεωρήθηκε ότι η συμπλήρωση αυτών των εννέα προτάσεων θα έδινε

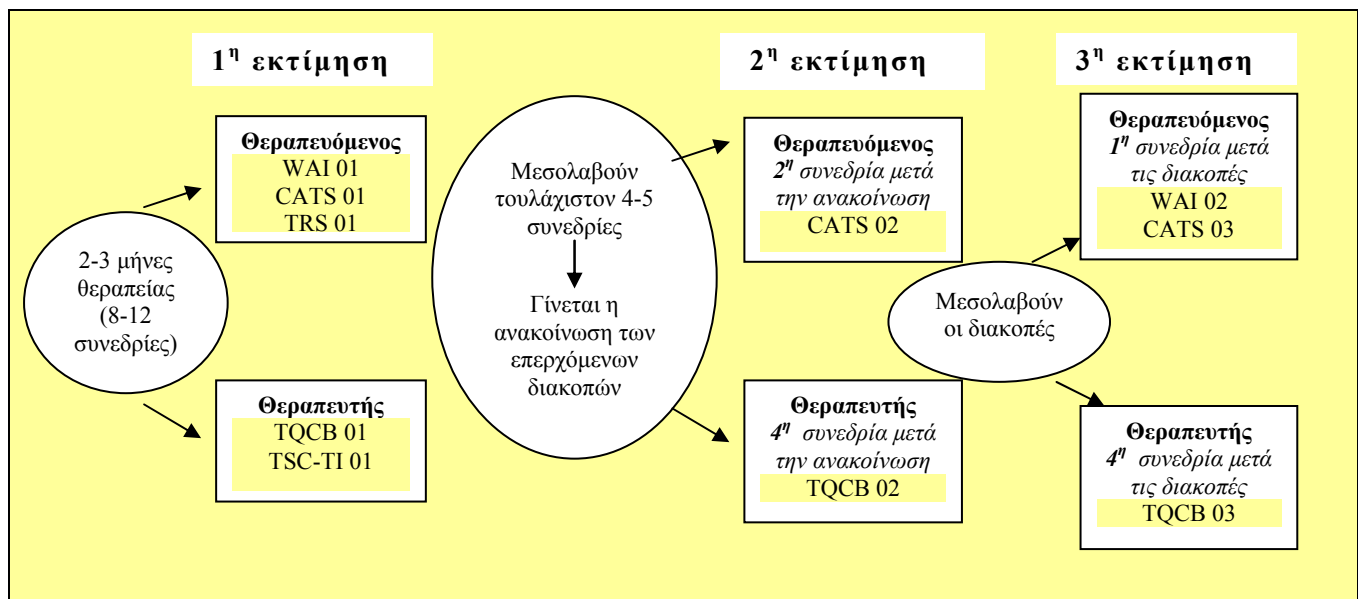
τη δυνατότητα μιας πληρέστερης περιγραφής των εκδηλώσεων αντίστασης του δείγματος.

Δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία θεραπείας. Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, οι θεραπευόμενοι καλούνταν επίσης να απαντήσουν ορισμένα βασικά δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο και εργασιακή κατάσταση). Οι θεραπευτές, από την πλευρά τους, έδωσαν στοιχεία αναφορικά με το φύλο, την ηλικία, την επαγγελματική τους ιδιότητα, τη θεωρητική προσέγγιση, τα συνολικά έτη κλινικής εμπειρίας και τον συνολικό αριθμό ασθενών που είχαν υπό θεραπεία στη φάση διεξαγωγής της έρευνας. Επίσης, οι θεραπευτές έδωσαν τα εξής στοιχεία σχετικά με τους ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη: θεραπευτικό πλαίσιο όπου παρακολουθούσαν τον ασθενή, συχνότητα συνεδριών και γενική διαγνωστική κατηγορία όπου θεωρούσαν ότι ανήκαν οι ασθενείς (συναισθηματικές, αγχώδεις ή φοβικές διαταραχές, πρόβλημα περιόδου ζωής και «άλλο»).

Διαδικασία

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος '08-Σεπτέμβριος '09. Η μελέτη περιλάμβανε τρεις επιμέρους εκτιμήσεις σε τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές της θεραπευτικής διαδικασίας: (α) βασική μέτρηση, (β) μετά την ανακοίνωση των καλοκαιρινών διακοπών από τον θεραπευτή, και (γ) μετά τις καλοκαιρινές διακοπές του θεραπευτή. Σε κάθε μέτρηση, οι θεραπευόμενοι και οι θεραπευτές συμπλήρωναν διαφορετικά ερωτηματολόγια (Σχήμα 6). Οι θεραπευόμενοι που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν καινούργιοι ασθενείς και η έναρξη της τρέχουσας θεραπευτικής σχέσης θα έπρεπε να έχει γίνει το μέγιστο από τον Σεπτέμβριο '08 κι έκτοτε, ώστε οι επικείμενες καλοκαιρινές διακοπές να ήταν οι πρώτες που θα έρχονταν αντιμέτωποι κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Η ελάχιστη διάρκεια θεραπείας μπορούσε να είναι 2-3 μήνες (περίπου 8-12 συνεδρίες).

Οι ασθενείς που πληρούσαν τις προϋποθέσεις και τα διαγνωστικά κριτήρια ενημερώνονταν από τους θεραπευτές –οι οποίοι δεν γνώριζαν τις ερευνητικές υποθέσεις– αναφορικά με τη διεξαγωγή της έρευνας, στη βάση ενός κειμένου που είχε δοθεί από την ερευνήτρια και που ήταν κοινό για όλους. Κατά την ενημέρωση αυτή, διαβεβαιωνόταν στους ασθενείς ότι η επιλογή τους έχει γίνει με τυχαίο τρόπο βάσει του χρόνου που προσήλθαν για θεραπεία, ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν προαιρετική και ότι τα στοιχεία ήταν ανώνυμα, ότι τα στοιχεία θα χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά και μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς του προγράμματος και σε αυτά δεν θα είχε καμία πρόσβαση η θεραπευτική δομή ή ο θεραπευτής, καθώς επίσης ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν ανεξάρτητη από τις υπηρεσίες που δέχονταν και δεν θα τις επηρέαζε με οιοδήποτε τρόπο.



Σχήμα 6. Χρονοδιάγραμμα μελέτης βάσει θεραπευτικής πορείας. Στους κύκλους παρουσιάζονται τα χρονικά διαστήματα που προηγούνταν της μελέτης, στις τρεις επιμέρους μετρήσεις. Στα τετράγωνα παρουσιάζονται οι ακριβείς χρόνοι των μετρήσεων, καθώς και τα ερωτηματολόγια που χορηγούνταν σε θεραπευόμενους και θεραπευτές, ανά μέτρηση.

Εφόσον οι ασθενείς δέχονταν να συμμετάσχουν, συμπλήρωναν σχετικό έντυπο συγκατάθεσης σε δύο αντίτυπα και έπαιρναν τα ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση. Τα ερωτηματολόγια επιδίδονταν σε ατομικό φάκελο στον οποίο αναγραφόταν προσωπικός ανώνυμος κωδικός, ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία, αλλά και να μπορούν να

συνδυαστούν τα στοιχεία που θα προέκυπταν από τις διαφορετικές εκτιμήσεις. Οι θεραπευτές επίσης έδιναν την έγγραφη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή στην έρευνα και τα ερωτηματολόγια που τους αφορούσαν δινόντουσαν κι αυτά σε ατομικό φάκελο με ανώνυμο κωδικό. Οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια είτε στο χώρο αναμονής είτε στο σπίτι τους. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια επιστρέφονταν σε σφραγισμένο φάκελο στη γραμματεία των θεραπευτικών υπηρεσιών, ή στην περίπτωση των ιδιωτικών γραφείων, στους θεραπευτές.

Το ελάχιστο χρονικό διάστημα που μεσολαβούσε ανάμεσα στην πρώτη και στη δεύτερη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν ένας μήνας (4-5 συνεδρίες). Η δεύτερη χορήγηση των ερωτηματολογίων στον θεραπευόμενο πραγματοποιούνταν στο τέλος της συνεδρίας που ακολουθούσε μετά την ανακοίνωση των καλοκαιρινών διακοπών από τον θεραπευτή. Ο δε θεραπευτής συμπλήρωνε τα ερωτηματολόγια τρεις συνεδρίες μετά την ανακοίνωσή των διακοπών του. Η ανακοίνωση των διακοπών πραγματοποιούνταν ένα μήνα πριν την έναρξή τους. Η τρίτη χορήγηση γινόταν στο τέλος της 1^{ης} συνεδρίας που ακολουθούσε μετά την επιστροφή του θεραπευτή από τις καλοκαιρινές διακοπές του. Ως πρώτη συνεδρία μετά τις διακοπές θεωρήθηκε αυτή που πραγματοποιήθηκε με την παρουσία και των δύο μερών, και όχι η ημερολογιακά πρώτη συνεδρία. Παραδείγματος χάριν, στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν προσήλθε στην προγραμματισμένη συνεδρία, ή όταν οι διακοπές του εκτείνονταν πέραν της επιστροφής του θεραπευτή, το ερωτηματολόγιο δόθηκε στη συνεδρία εκείνη που ο ασθενής προσήλθε για πρώτη φορά. Η διάρκεια των θερινών διακοπών κυμαινόταν από 2-5 εβδομάδες, με τη μεγάλη πλειοψηφία των θεραπευτών (86%) να απουσιάζει για 4 εβδομάδες.

Έχοντας αναφέρει αναλυτικά τη μέθοδο που ακολουθήθηκε στη συγκεκριμένη μελέτη, αναφορικά με το δείγμα, τα εργαλεία των θεραπευόμενων και των θεραπευτών και την ερευνητική διαδικασία, στο επόμενο κεφάλαιο περιγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων της έρευνας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά αποτελέσματα και προετοιμασία δεδομένων

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται η περιγραφή των δεδομένων για καθεμία μεταβλητή, καθώς και οι στατιστικές αναλύσεις και έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν για την προετοιμασία των δεδομένων, ως απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Για τη διενέργεια των στατιστικών αναλύσεων το πρώτο βήμα ήταν ο εντοπισμός και η διαχείριση των ελλιπών δεδομένων, καθώς και η μετατροπή κλιμάκων μέτρησης ώστε να είναι συμβατές με την εκάστοτε επιλεγμένη στατιστική ανάλυση. Στη συνέχεια, εξετάστηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις, καθώς και οι ψυχομετρικές ιδιότητες των κλιμάκων και τέλος, ελέγχθηκε η κανονικότητα, η συγγραμμικότητα και η σφαιρικότητα των κατανομών όλων των μεταβλητών.

Διαχείριση Ελλιπών Δεδομένων.

Συνολικά, διαδικασία αντικατάστασης ελλιπών δεδομένων πραγματοποιήθηκε στις κλίμακες εκείνες που συμπλήρωσαν οι θεραπευόμενοι (TRS, CATS, WAI), καθώς η τελική βαθμολογία στις συγκεκριμένες κλίμακες υπολογίζεται ως το συνολικό άθροισμα των τιμών όλων των ερωτημάτων. Αναφορικά με τις κλίμακες που συμπληρώθηκαν από τους θεραπευτές, η βαθμολογία της αντίστασης (TQCB) υπολογίζεται ως η μέση τιμή του συνόλου των ερωτημάτων, ενώ για τη βαθμολογία της μεταβίβασης (TSC-TI) χρησιμοποιήθηκαν αυτούσια οι τιμές που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες σε καθεμία από τις τρεις προτάσεις της κλίμακας. Ως εκ τούτου και για τις δύο κλίμακες τα ελλιπή δεδομένα παρέμειναν ως είχαν. Συγκεκριμένα, στη μέτρηση της αντίστασης εντοπίστηκαν τρεις περιπτώσεις (6,5%) με ελλιπείς τιμές στην πρώτη μέτρηση της μελέτης και μία περίπτωση (2,2%) στις επόμενες δύο μετρήσεις της μελέτης. Στη δε μέτρηση της μεταβίβασης υπήρξε

μία περίπτωση (2,2%), όπου ο θεραπευτής δεν είχε απαντήσει στην κλίμακα. Οι αντίστοιχες περιπτώσεις εξαιρέθηκαν από τις σχετικές αναλύσεις.

Αναφορικά με τα ελλιπή δεδομένα στις κλίμακες των θεραπευόμενων, συνολικά εντοπίστηκαν στη μεταβλητή της αντιδραστικότητας τέσσερις (0,3%) περιπτώσεις δηλώσεων με ελλιπή τιμή, ενώ στη μεταβλητή της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή και στη μεταβλητή της θεραπευτικής συμμαχίας εντοπίστηκαν έξι (0,4%) και οκτώ (0,5%) δηλώσεις με ελλιπή τιμή, αντίστοιχα.

Στις μεταβλητές αυτές, οι ελλιπείς τιμές αντικαταστάθηκαν από την Μ.Τ. των απαντήσεων του ατόμου στην κλίμακα, ενώ στην περίπτωση της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή επιλέχτηκε η Μ.Τ. των απαντήσεων του ατόμου στην αντίστοιχη υποκλίμακα που ανήκει το λήμμα με την ελλιπή τιμή, επειδή οι τρεις υποκλίμακες καταγράφουν διαφορετικούς τύπους σχέσης με τον θεραπευτή. Ο βασικότερος λόγος για την επιλογή της Μ.Τ. απαντήσεων του ατόμου, έναντι της εναλλακτικής της Μ.Τ. του συνολικού δείγματος, αφορά στην υποκειμενικότητα των μετρήσεων, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν σημαντικά από θεραπευόμενο σε θεραπευόμενο. Εξάλλου, οι δύο μέθοδοι αντικατάστασης ελλιπών τιμών θεωρούνται εξίσου αξιόπιστες, εφόσον συνολικά το ποσοστό των περιπτώσεων ελλιπών τιμών στο δείγμα και το ποσοστό δηλώσεων με ελλιπή τιμή δεν ξεπερνούν το 20% (Downey & King, 1998). Επισημαίνεται ότι λόγω της φύσης των μεταβλητών –οι οποίες αφορούν σε έννοιες ιδιαίτερα ευμετάβλητες– εξετάστηκαν παράλληλα και οι Δ.Τ. των ατόμων στις δηλώσεις της κλίμακας, ώστε να εντοπιστούν ακραίες διαφορές μεταξύ Μ.Τ. και Δ.Τ. Ακολουθώντας τη συγκεκριμένη διαδικασία, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Με τη μέθοδο που ακολουθήθηκε διατηρείται η αρχική κατανομή των μεταβλητών που εμφανίζουν ελλιπή δεδομένα και ο αρχικός αριθμός του δείγματος.

Μετατροπές Κλιμάκων Μέτρησης.

Στοιχεία θεραπείας.

Προκειμένου να διενεργηθεί η στατιστική ανάλυση, ομαδοποιήθηκαν οι μεταβλητές του θεραπευτικού πλαισίου και της θεραπευτικής προσέγγισης σε δύο κατηγορίες. Το μεν θεραπευτικό πλαίσιο ομαδοποιήθηκε σε «δημόσιο» και σε «ιδιωτικό», η δε θεραπευτική προσέγγιση ομαδοποιήθηκε σε «ψυχαναλυτική» και σε «άλλη», στην οποία περιλαμβάνονταν η γνωσιακή, η συστημική και η ανθρωπιστική-πελατοκεντρική προσέγγιση. Η ομαδοποίηση του θεραπευτικού πλαισίου βασίστηκε στην κύρια διαφορά που διακρίνει τους δύο αυτούς τύπους πλαισίου, η οποία συνίσταται στην καταβολή χρηματικής αμοιβής για τις θεραπευτικές συνεδρίες στο ιδιωτικό πλαίσιο ψυχοθεραπείας, έναντι του δημοσίου. Εξάλλου, σε συνδυασμό με αυτή τη βασική διαφορά, οι δύο τύποι πλαισίου διαφέρουν και σε μια σειρά από άλλες δομικές και λειτουργικές παραμέτρους (Χαραλαμπίκη, 2010). Η δε ομαδοποίηση της θεραπευτικής προσέγγισης σε «ψυχαναλυτική» και σε «άλλη», βασίστηκε στο γεγονός ότι η κύρια μεταβλητή της μελέτης, η αντίσταση του θεραπευόμενου, αν και φέρει πανθεωρητικές διαστάσεις, αποτελεί μια κατεξοχήν ψυχαναλυτική έννοια. Επομένως, θεωρήθηκε ότι θα είχε ενδιαφέρον να διερευνηθεί κατά πόσον ο τρόπος προσέγγισης της αντίστασης, αλλά και των υπολοίπων υπό εξέταση μεταβλητών σε σχέση με την αντίσταση, θα διαφέρει στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία σε σύγκριση με τις υπόλοιπες σχολές ψυχοθεραπείας.

Μεταβίβαση.

Η κλίμακα της μεταβίβασης περιλάμβανε αρχικά πέντε κατηγορίες απαντήσεων: (α) *καμία/ελάχιστη*, (β) *λίγη*, (γ) *μέτρια*, (δ) *πολύ*, και (ε) *πάρα πολύ*. Στις περιπτώσεις που εφαρμόστηκε η ανάλυση του Γενικού Γραμμικού Μοντέλου, κρίθηκε απαραίτητο να ομαδοποιηθεί αφενός μεν η συνολική μεταβίβαση από πέντε σε τρεις κατηγορίες, αφετέρου

δε η αρνητική μεταβίβαση σε δύο κατηγορίες. Οι ομαδοποιήσεις αυτές θεωρήθηκε ότι αντιπροσώπευαν καλύτερα την εικόνα του δείγματος στη συγκεκριμένη μεταβλητή, καθώς από τη διασπορά των απαντήσεων στην κλίμακα μεταβίβασης διαπιστώθηκε ότι οι τιμές των απαντήσεων συγκεντρώνονταν σε συγκεκριμένες κατηγορίες. Εξάλλου, οι ομαδοποιήσεις αυτές θα διευκόλυναν τις αναλύσεις Γενικού Γραμμικού Μοντέλου, όπου εξετάζεται η επίδραση των μεταβλητών, ανεξάρτητα από τις ακριβείς διαβαθμίσεις των τιμών τους (όπως ισχύει, για παράδειγμα, στις αναλύσεις συχνοτήτων). Συγκεκριμένα, εξετάζοντας τη διασπορά των απαντήσεων βρέθηκε ότι στη συνολική μεταβίβαση, για τους μισούς περίπου (51,1%) θεραπευόμενους είχε δηλωθεί «μέτρια» μεταβίβαση, με το υπόλοιπο ποσοστό των απαντήσεων να μοιράζεται ανάμεσα στις κατηγορίες «καμία/ελάχιστη» και «λίγη» μεταβίβαση (22,2%) και στις κατηγορίες «πολύ» και «πάρα πολύ» μεταβίβαση (26,7%). Ως εκ τούτου, η συνολική μεταβίβαση ομαδοποιήθηκε σε αντίστοιχες τρεις κατηγορίες. Από την άλλη πλευρά, η αρνητική μεταβίβαση ομαδοποιήθηκε στις εξής δύο κατηγορίες: (α) «καμία/ελάχιστη», όπου διαπιστώθηκε η μεγαλύτερη συχνότητα απαντήσεων (66,7%), και (β) «λίγη/μέτρια/πολύ/πάρα πολύ» (33,3%).

Αντίσταση.

Καθώς η μεταβλητή της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία είναι πολυδιάστατη και εκφράζεται με πολλαπλούς τρόπους, κρίθηκε σκόπιμη η προσθήκη ορισμένων επιπλέον δηλώσεων στη σχετική κλίμακα, οι οποίες σύμφωνα με τη βιβλιογραφία υποδηλώνουν αντίσταση (βλ. Κεφάλαιο Μεθόδου). Οι εννέα δηλώσεις που προστέθηκαν, συνολικά, αφορούσαν τα εξής: 1) την εμμονή του θεραπευόμενου στο παρόν, 2) τη συναισθηματική απροσφορότητα, 3) τη χρήση φράσεων κλισέ, 4) τη δυσκολία ανάκλησης μνημών, 5) την εκδραμάτιση, 6) την επανεμφάνιση παλαιότερων συμπτωμάτων, 7) την πρόωρη απώλεια συμπτωμάτων, 8) την υπερβάλλουσα/ανεπεξέργαστη συμμόρφωση στις θεραπευτικές

παρεμβάσεις και 9) την πρόωρη διακοπή της θεραπείας. Οι δηλώσεις αυτές προστέθηκαν στο τέλος του ερωτηματολογίου που συμπληρωνόταν από τον θεραπευτή (βλ. Παράρτημα), ώστε να μην επηρεαστούν οι απαντήσεις στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο κι ως εκ τούτου να καθίσταται δυνατή η περαιτέρω συγκριτική επεξεργασία των δεδομένων της παρούσας μελέτης με προηγούμενες έρευνες που έχουν χρησιμοποιήσει το ίδιο εργαλείο. Προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσον οι εννέα επιπρόσθετες δηλώσεις στο ερωτηματολόγιο είχαν συνάφεια με την υπό εξέταση μεταβλητή της αντίστασης, ελέγχθηκε ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's Alpha. Ο δείκτης Cronbach's Alpha για τις εννέα δηλώσεις ήταν ικανοποιητικός, αφού στην πρώτη μέτρηση της έρευνας διαμορφώθηκε σε $\alpha = 0,742$, στη δεύτερη μέτρηση σε $\alpha = 0,786$ και στην τρίτη μέτρηση σε $\alpha = 0,729$.

Αναφορικά με τη χρήση των παραγόντων της κλίμακας στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν οι τέσσερις επιμέρους παράγοντες (1^{ος}: ύψωση ορίων, 2^{ος}: κατάργηση ορίων, 3^{ος}: συνεργατική σχέση, 4^{ος}: συμπεριφορά απεμπλοκής), μεμονωμένα, όπως προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση της πρωτογενούς κλίμακας (Seibel, & Dowd, 1999). Παράλληλα, δημιουργήθηκε και μία νέα μεταβλητή που εξαιρούσε τον παράγοντα της συνεργατικής σχέσης και περιλάμβανε τους τρεις παράγοντες αντίστασης (1^ο, 2^ο, και 4^ο) από κοινού, καθώς επίσης τις εννέα πρόσθετες δηλώσεις αντίστασης, διότι προηγούμενες αναλύσεις (π.χ. αναλύσεις συσχετίσεων μεταξύ αντίστασης και σχέσης προσκόλλησης με θεραπευτή) είχαν δείξει ότι οι δηλώσεις αυτές επηρεάζουν σημαντικά τους βαθμούς συσχέτισης της συνολικής κλίμακας αντίστασης με άλλες μεταβλητές. Στην αντιστοίχιση μεταξύ των δηλώσεων της κλίμακας και των παραγόντων ίσχυσαν τα εξής κριτήρια: (α) κρατήθηκαν οι φορτίσεις $>0,40$, και (β) όπου παρέμειναν διασταυρώσεις (*cross-loadings*) κρατήθηκε η δήλωση στον παράγοντα με τη μεγαλύτερη φόρτιση, εφόσον η διαφορά ήταν τουλάχιστον 0,08. Με βάση αυτά τα κριτήρια, εξαιρέθηκαν από τους παράγοντες οι δηλώσεις «προβαίνει σε εκλογικεύσεις» και «εμμένει να μιλά για το μέλλον», καθώς παρουσίαζαν μικρές

φορτίσεις. Επίσης, εξαιρέθηκαν οι δηλώσεις «*επιχειρεί να ελέγξει τη συνεδρία*», «*αποφασίζει να μην ακολουθήσει τη θεραπευτική παρέμβαση*», «*δέχεται αυθόρμητα τις λεκτικές παρεμβάσεις*», «*εκφράζει ανυπομονησία για το ρυθμό της θεραπείας*», και «*ιδιοποιείται ως δικιά του μια ερμηνεία*», καθώς φόρτιζαν εξίσου σε δύο παράγοντες με διαφορά $<0,08$. Συνεπώς, η ταυτόχρονη διατήρησή τους σε δύο διαφορετικούς παράγοντες θα προκαλούσε σύγχυση στα αποτελέσματα, καθώς θα αύξαινε το βαθμό εξάρτησης μεταξύ των παραγόντων. Τέλος, εξαιρέθηκαν οι δηλώσεις «*καθυστερεί να πληρώσει*» και «*αμφισβητεί ανοιχτά τους οικονομικούς όρους*», καθώς είχαν εξαιρεθεί και στην αρχική παραγοντική ανάλυση της κλίμακας, αφού αφορούσαν μόνο το 63% του δείγματος. Ο τελικός αριθμός δηλώσεων σε κάθε παράγοντα ήταν: για τον πρώτο παράγοντα της ύψωσης ορίων 21 δηλώσεις, για τον δεύτερο παράγοντα της κατάργησης ορίων 18 δηλώσεις, για τον τρίτο παράγοντα της συνεργατικής σχέσης 8 δηλώσεις και για τον τέταρτο παράγοντα της συμπεριφοράς απεμπλοκής 5 δηλώσεις.

Συμπερασματικά, προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που αφορούσαν τη μεταβλητή της αντίστασης σε άλλες αναλύσεις εξετάστηκαν οι εβδομήντα συνολικά προτάσεις του ερωτηματολογίου, μεμονωμένα (βλ. ερευνητικό ερώτημα 8), και σε άλλες αναλύσεις εξετάστηκαν οι παράγοντες της πρωτογενούς κλίμακας σε συνδυασμό με έναν νέο παράγοντα συνολικής αντίστασης (βλ. ερευνητικό ερώτημα 3), ανάλογα με την εκάστοτε ανάλυση που πραγματοποιούνταν κάθε φορά. Με αυτό τον τρόπο, διασφαλίστηκε τόσο η ποσοτική όσο και μια περισσότερο ποιοτική προσέγγιση της αντίστασης, με αναφορά σε συγκεκριμένες μορφές αντίστασης.

Σχέση προσκόλλησης.

Η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή μετρήθηκε, καταρχήν, μέσω των τριών υποκλιμάκων της κλίμακας CATS, αλλά επίσης και με τη μορφή ομαδοποίησης των

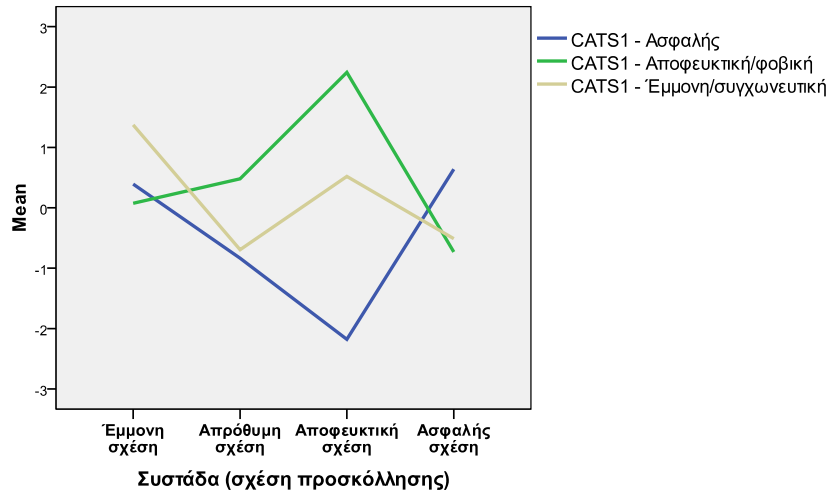
θεραπευόμενων, ανάλογα με τον ξεχωριστό τύπο προσκόλλησης με τον θεραπευτή (Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995. Robbins, 1995). Συγκεκριμένα, οι Mallinckrodt, Gantt και Coble (1995) βρήκαν ότι η CATS σχηματίζει τέσσερις επιμέρους συστάδες, οι οποίες εκτός από τον ασφαλή (*secure*), τον αποφευκτικό (*avoidant*) και τον συγχωνευτικό (*merger*) τύπο προσκόλλησης με τον θεραπευτή, περιλαμβάνουν επίσης και τον απρόθυμο (*reluctant*) τύπο προσκόλλησης. Η ταυτόχρονη εξέταση της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή αφενός μεν ως θέμα βαθμού (π.χ. υποκλίμακες), αφετέρου δε ως ξεχωριστή τυπολογία (π.χ. συστάδες) έχει προταθεί ως μεθοδολογική αναγκαιότητα, όταν επιλέγεται το συγκεκριμένο εργαλείο στην κλινική πρακτική για την εκτίμηση της θεραπευτικής σχέσης (Robbins, 1995).

Στη βάση αυτή, διερευνήθηκε κατά πόσο και στην παρούσα μελέτη δημιουργούνται συστάδες στα δεδομένα του CATS, με τη χρήση της ανάλυσης κατά συστάδες (*cluster analysis*). Από τις επτά μεθόδους που προσφέρει το SPSS για ομαδοποίηση, οι πέντε έδειξαν καταρχήν ότι μία παρατήρηση δημιουργούσε συστάδα από μόνη της, ένδειξη ότι δεν ομαδοποιούνταν καλά με άλλες παρατηρήσεις. Ως εκ τούτου, η παρατήρηση αυτή εξαιρέθηκε από το δείγμα. Χρησιμοποιήθηκαν, στη συνέχεια, πέντε διαφορετικές μέθοδοι (*between-group linkage, within-group linkage, furthest neighbor, centroid clustering, ward's method*), τα αποτελέσματα των οποίων συνέκλιναν στη δημιουργία τεσσάρων, συνολικά, συστάδων.

Από την K-Means Cluster Analysis, με τον προσδιορισμό των τεσσάρων συστάδων, προέκυψε ότι η συστάδα με τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων (N=20), η οποία ονομάστηκε *ασφαλής*, έχει την υψηλότερη μέση τιμή στην υποκλίμακα ασφαλούς προσκόλλησης του CATS, σε σύγκριση με τις άλλες συστάδες (Γράφημα 1 και Πίνακας 4 - οι τιμές του γραφήματος είναι τυποποιημένες για καλύτερη εποπτεία και σύγκριση).

Γράφημα 1

Τυποποιημένες τιμές της σχέσης προσκόλλησης (υποκλίμακες CATS) ανά συστάδα



Πίνακας 4

Ποσοστά του δείγματος ανά υποκλίμακα CATS και συστάδας

Υποκλίμακες	Συστάδα			
	1: Έμμονη σχέση (N=11)	2: Απρόθυμη σχέση (N=10)	3: Αποφευκτική σχέση (N=4)	4: Ασφαλής σχέση (N=20)
CATS1 – Ασφαλής	76,18	66,90	56,75	78,05
CATS1 – Αποφευκτική/φοβική	20,64	23,70	37,00	14,55
CATS1 – Έμμονη/συγχωνευτική	41,64	19,50	32,50	21,45

Ακολουθώς, σύμφωνα με το Γράφημα 1, η συστάδα με την υψηλότερη μέση τιμή στην υποκλίμακα αποφευκτικής/φοβικής προσκόλλησης, δηλώνει έναν ιδιαίτερα ανασφαλή τύπο προσκόλλησης και ονομάστηκε *αποφευκτική* (N=4). Η έμμονη/συγχωνευτική προσκόλληση των θεραπευόμενων αυτής της συστάδας είναι λίγο μεγαλύτερη από τη μέση τιμή του δείγματος, ενώ παρατηρείται ακραία χαμηλή τιμή στην υποκλίμακα ασφαλούς προσκόλλησης. Στη συστάδα που ονομάστηκε *απρόθυμη* (N=10), οι μέσες τιμές στις υποκλίμακες της CATS δεν αποκλίνουν τόσο πολύ μεταξύ τους όσο ίσχυε στην αποφευκτική συστάδα, ιδιαίτερα μάλιστα οι μέσες τιμές μεταξύ της έμμονης/συγχωνευτικής και της ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης. Τέλος, η συστάδα με την υψηλότερη τιμή στην

υποκλίμακα της έμμονης/συγχωνευτικής προσκόλλησης ονομάστηκε *έμμονη* (N=11). Η συγκεκριμένη επιλογή συστάδων βασίστηκε στη σχετική θεωρία για τους διαφορετικούς τύπους σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, καθώς επίσης και στα προηγούμενα σχετικά ερευνητικά ευρήματα (Mallinckrodt, Gant, & Goble, 1995).

Εν κατακλείδι, οι αναλύσεις που αφορούσαν τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή βασίστηκαν τόσο στις τρεις υποκλίμακες του CATS, αλλά και στις τέσσερις επιμέρους συστάδες, όπως αυτές παρουσιάστηκαν παραπάνω. Με αυτόν τον τρόπο δόθηκε η δυνατότητα να μελετηθεί η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, αφενός μεν, ως διάσταση βαθμού, αφετέρου δε, ως τυπολογία.

Περιγραφικά στοιχεία.

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται το εύρος τιμών, οι M.T. και οι T.A. για το σύνολο των κλιμάκων που περιλαμβάνονταν στη μελέτη. Όπως φαίνεται, τα στοιχεία των κλιμάκων είναι συνολικά ικανοποιητικά, καθώς αφενός μεν δεν παρουσιάζουν ακραίες τιμές, αφετέρου δε, οι τιμές των εργαλείων στην παρούσα μελέτη συνάδουν, γενικά, με τις τιμές που είχαν τα ίδια εργαλεία σε προηγούμενες μελέτες.

Συγκεκριμένα, τα επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας στο δείγμα της μελέτης είναι ικανοποιητικά, ενώ μειωμένη εμφανίζεται η αρνητική μεταβίβαση συγκριτικά με τη θετική μεταβίβαση. Ειδικότερα, διαγράμματα συχνοτήτων έδειξαν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι τιμές της αρνητικής μεταβίβασης στο δείγμα ήταν στην κατηγορία «*καμία ή ελάχιστη*», ανεξάρτητα από τις τιμές της θετικής μεταβίβασης. Αναφορικά με τις υπόλοιπες τιμές της κλίμακας, παρατηρήθηκε μια τάση συμπληρωματικότητας, καθώς στις περιπτώσεις με «*πολύ*» ή «*μέτρια*» αρνητική μεταβίβαση εμφανιζόταν «*λίγη*» ή «*μέτρια*» θετική μεταβίβαση. Μειωμένα εμφανίζονται, γενικά, και τα συνολικά επίπεδα αντίστασης στο δείγμα.

Πίνακας 5

Εύρος τιμών, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις κλιμάκων (N=46)

Κλίμακα	Εύρος	M.T.	T.A.
TRS	57-91	72,11	7,379
TSC-TI_Συνολική μεταβίβαση (N=45)	1-5	3,04	0,878
TSC-TI_Θετική μεταβίβαση (N=45)	1-5	3,07	0,939
TSC-TI_Αρνητική μεταβίβαση (N=45)	1-4	1,49	0,843
WAI_1	144-252	215,93	25,245
WAI_2	138-249	218,39	21,060
CATS1_Ασφαλής	55-83	73,13	7,503
CATS2_Ασφαλής	43-84	72,61	8,634
CATS3_Ασφαλής	50-84	73,91	6,696
CATS1_Αποφευκτική/φοβική	12-46	20,24	7,561
CATS2_Αποφευκτική/φοβική	12-50	20,11	7,409
CATS3_Αποφευκτική/φοβική	12-44	18,67	7,324
CATS1_Έμμονη/συγχωνευτική	11-59	27,63	11,596
CATS1_Έμμονη/συγχωνευτική	10-60	27,35	12,886
CATS2_Έμμονη/συγχωνευτική	10-59	27,07	12,618
TQCB1_61 items	1,64-2,83	2,07	0,304
TQCB2_61 items	1,43-2,80	2,09	0,361
TQCB3_61 items	1,46-2,88	2,06	0,341
TQCB1_70 items	1,59-2,79	2,07	0,302
TQCB2_70 items	1,44-2,80	2,08	0,366
TQCB3_70 items	1,44-2,91	2,07	0,350

Περαιτέρω ανάλυση στην κλίμακα αντίστασης, όπου εξετάστηκαν οι M.T. των τεσσάρων παραγόντων της κλίμακας στις τρεις μετρήσεις (Πίνακας 6), έδειξε ότι ο παράγοντας της συνεργατικής σχέσης είναι ο μόνος με υψηλότερη M.T. έναντι των υπολοίπων παραγόντων, αλλά και συγκριτικά με την από κοινού εξέταση των τριών παραγόντων αντίστασης (Παράγοντες 1^{ος}, 2^{ος}, 4^{ος}) και των εννέα πρόσθετων δηλώσεων, συνδυαστικά. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική εικόνα ότι τα επίπεδα αντίστασης στο δείγμα ήταν σε χαμηλά επίπεδα.

Πίνακας 6

Εύρος τιμών, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις παραγόντων κλίμακας αντίστασης (N=46)

Παράγοντες Κλίμακας	Εύρος	M.T.	T.A.
TQCB _1 F1 Ύψωση ορίων	1,05-2,76	1,81	0,458
TQCB _2 F1 Ύψωση ορίων	1,00-2,95	1,79	0,492
TQCB _3 F1 Ύψωση ορίων	1,05-2,90	1,80	0,501
TQCB _1 F2 Κατάργηση ορίων	1,17-3,06	1,85	0,444
TQCB _2 F2 Κατάργηση ορίων	1,11-3,06	1,91	0,446
TQCB _3 F2 Κατάργηση ορίων	1,00-3,00	1,86	0,476
TQCB _1 F3 Συνεργατική σχέση	2,00-4,75	3,35	0,591
TQCB _2 F3 Συνεργατική σχέση	1,88-4,63	3,30	0,590
TQCB _3 F3 Συνεργατική σχέση	1,88-4,38	3,21	0,538
TQCB _1 F4 Συμπεριφορά απεμπλοκής	1,00-3,00	1,33	0,449
TQCB _2 F4 Συμπεριφορά απεμπλοκής	1,00-2,60	1,46	0,476
TQCB _3 F4 Συμπεριφορά απεμπλοκής	1,00-2,80	1,50	0,504
TQCB _1 Συνολική αντίσταση (F1,2,4 + 9 items)	1,19-2,68	1,82	0,352
TQCB _2 Συνολική αντίσταση (F1,2,4 + 9 items)	1,11-2,66	1,85	0,385
TQCB _3 Συνολική αντίσταση (F1,2,4 + 9 items)	1,09-2,70	1,84	0,398

Αναφορικά με τα στοιχεία προηγούμενων μελετών, στην κλίμακα αντιδραστικότητας (TRS) η M.T. του δείγματος της παρούσας μελέτης (72,11) είναι αυξημένη συγκριτικά με την M.T. της κλίμακας σε κανονικό πληθυσμό, όπου σε μία μελέτη ήταν 66,68 (Dowd, Milne, & Wise, 1991) και σε άλλη μελέτη ήταν 68,87 (Dowd, Trutt, & Watkins, 1989). Η διαφορά αυτή πιθανόν να οφείλεται στο μέγεθος του δείγματος, ή/και στο είδος του δείγματος, αφού στην παρούσα μελέτη πρόκειται για κλινικό πληθυσμό. Στην κλίμακα σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, οι τιμές βρίσκονται σε παρόμοια επίπεδα με τις αντίστοιχες στη μελέτη κατασκευής της κλίμακας, καθώς σε αυτή τη μελέτη οι M.T. ήταν 72,86 για την υποκλίμακα ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης, 21,44 για την υποκλίμακα

αποφευκτικής/φοβικής σχέσης προσκόλλησης και 26,43 για την υποκλίμακα έμμονης/συγχωνευτικής σχέσης προσκόλλησης (Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995).

Συμπερασματικά, τα περιγραφικά στοιχεία των κλιμάκων στη μελέτη είναι ικανοποιητικά, χωρίς ακραίες τιμές. Μειωμένα εμφανίζονται τα επίπεδα αντίστασης στο δείγμα της μελέτης, γεγονός που λαμβάνεται υπόψη στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων (βλ. Συμπεράσματα).

Ψυχομετρικές Ιδιότητες Κλιμάκων.

Καθώς οι περισσότερες κλίμακες της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στα ελληνικά δεδομένα, κρίθηκε απαραίτητο να διενεργηθεί ανάλυση των ψυχομετρικών τους ιδιοτήτων. Συνολικά, η αξιοπιστία των εργαλείων κρίνεται ικανοποιητική, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's Alpha είναι μεγαλύτερος από 0,70.

Ειδικότερα, στην κλίμακα της αντιδραστικότητας, ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's Alpha ήταν $\alpha = 0,729$. Στην κλίμακα της θεραπευτικής συμμαχίας, ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν $\alpha = 0,942$ και $\alpha = 0,923$ στην πρώτη και τη δεύτερη μέτρηση, αντίστοιχα. Αναφορικά με την κλίμακα της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, για τον συνολικό αριθμό δηλώσεων της κλίμακας, ο δείκτης Cronbach's Alpha ήταν $\alpha = 0,711$ στην πρώτη μέτρηση, $\alpha = 0,739$ στη δεύτερη μέτρηση και $\alpha = 0,748$ στην τρίτη μέτρηση της μελέτης. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha στη συγκεκριμένη κλίμακα αυξάνεται, γενικά, όταν εξετάζονται οι τρεις υποκλίμακες, ξεχωριστά. Συγκεκριμένα, στην υποκλίμακα της ασφαλούς σχέσης με τον θεραπευτή ο Cronbach's Alpha ήταν $\alpha = 0,763$, $\alpha = 0,828$ και $\alpha = 0,701$ στις τρεις διαφορετικές μετρήσεις, αντίστοιχα. Στην υποκλίμακα της αποφευκτικής/φοβικής σχέσης με τον θεραπευτή ο Cronbach's Alpha ήταν $\alpha = 0,782$, $\alpha = 0,762$ και $\alpha = 0,827$. Στη δε υποκλίμακα της έμμονης/συγχωνευτικής σχέσης θεραπευόμενου-

θεραπευτή, ο δείκτης Cronbach's Alpha στις τρεις μετρήσεις ήταν $\alpha = 0,852$, $\alpha = 0,900$ και $\alpha = 0,893$, αντιστοίχως.

Στην κλίμακα αντίστασης του θεραπευόμενου, η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου εξετάστηκε τόσο στην πρωτογενή κλίμακα όσο και στην νέα κλίμακα που διαμορφώθηκε με την προσθήκη των επιπλέον δηλώσεων. Και στις δύο περιπτώσεις, εξαιρέθηκαν από την ανάλυση οι δύο δηλώσεις που αφορούσαν στα οικονομικά ζητήματα της θεραπευτικής συνεργασίας (*«καθυστερεί να πληρώσει»* και *«αμφισβητεί ανοιχτά τους οικονομικούς όρους»*), καθώς δεν αφορούσαν το σύνολο του δείγματος της μελέτης. Στην πρωτογενή κλίμακα, ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's Alpha στις τρεις μετρήσεις ήταν $\alpha = 0,890$, $\alpha = 0,916$ και $\alpha = 0,903$, αντίστοιχα. Με την προσθήκη των εννέα νέων δηλώσεων, ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's Alpha αυξάνεται σε $\alpha = 0,903$, $\alpha = 0,930$ και $\alpha = 0,920$ στις τρεις μετρήσεις, αντίστοιχα, γεγονός που δείχνει ότι οι επιπλέον δηλώσεις που προστέθηκαν, βελτίωσαν την εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι αν από τις εννέα νέες δηλώσεις αφαιρεθεί η δήλωση *«εμμένει να μιλά συνεχώς για το παρόν και τα τρέχοντα προβλήματα»*, ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's Alpha αυξάνεται οριακά σε $\alpha = 0,904$, στην πρώτη μέτρηση, ενώ στις επόμενες μετρήσεις παραμένει στα ίδια επίπεδα. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η συνοχή της κλίμακας παραμένει υψηλή. Λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος της μελέτης, δεν υπήρχε η δυνατότητα να διερευνηθεί η εννοιολογική εγκυρότητα (*construct validity*) της νέας εμπλουτισμένης κλίμακας με τη μέθοδο ανάλυσης παραγόντων. Για το λόγο αυτό, οι στατιστικές αναλύσεις βασίστηκαν στην παραγοντική ανάλυση της πρωτογενούς κλίμακας (Seibel & Dowd, 1999).

Η εξέταση της εσωτερικής συνέπειας στους επιμέρους παράγοντες της κλίμακας αντίστασης έδειξε ότι ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha παραμένει, γενικά, υψηλός όταν εξετάζονται οι τέσσερις επιμέρους παράγοντες, ξεχωριστά. Για τον πρώτο παράγοντα

της ύψωσης ορίων, ο δείκτης Cronbach's Alpha στις τρεις μετρήσεις ήταν $\alpha = 0,891$, $\alpha = 0,904$ και $\alpha = 0,913$, αντίστοιχα. Για τον δεύτερο παράγοντα της κατάργησης ορίων ο δείκτης Cronbach's Alpha διαμορφώθηκε σε $\alpha = 0,825$ στην πρώτη μέτρηση, $\alpha = 0,819$ στη δεύτερη μέτρηση και $\alpha = 0,850$ στην τρίτη μέτρηση. Ο τρίτος παράγοντας της συνεργατικής σχέσης είχε, επίσης, ικανοποιητικό δείκτη εσωτερικής συνέπειας ($\alpha = 0,801$, $\alpha = 0,806$, $\alpha = 0,721$, στις τρεις μετρήσεις). Αντιθέτως, ο δείκτης Cronbach's Alpha ήταν χαμηλός στον τέταρτο παράγοντα της συμπεριφοράς απεμπλοκής από τη θεραπεία, καθώς διαμορφώθηκε σε $\alpha = 0,583$, $\alpha = 0,601$ και $\alpha = 0,556$, στις τρεις επιμέρους μετρήσεις. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται στον μειωμένο αριθμό δηλώσεων (5 δηλώσεις) που περιλαμβάνει ο συγκεκριμένος παράγοντας. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's Alpha αυξάνεται, συγκριτικά με τη συνολική κλίμακα, όταν εξετάζονται οι τρεις παράγοντες αντίστασης και οι εννέα πρόσθετες δηλώσεις, συνδυαστικά (Παράγοντες 1^{ος}, 2^{ος}, 4^{ος} + 9 δηλώσεις). Ο δείκτης Cronbach's Alpha σε αυτή την περίπτωση ήταν $\alpha = 0,919$, $\alpha = 0,933$ και $\alpha = 0,935$ στις τρεις μετρήσεις της μελέτης, αντίστοιχα.

Ως συμπέρασμα προκύπτει ότι, από την ανάλυση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων, η αξιοπιστία των εργαλείων που χορηγήθηκαν στην παρούσα μελέτη βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα, τόσο όσον αφορά τις συνολικές κλίμακες όσο και τις επιμέρους υποκλίμακες ή τους παράγοντες αυτών. Μόνη εξαίρεση αποτελεί ο παράγοντας αντίστασης που αφορά στη συμπεριφορά απεμπλοκής (4^{ος} παράγοντας), ο οποίος περιλαμβάνει μικρό αριθμό δηλώσεων. Πάντως, η προσθήκη των εννέα επιπλέον δηλώσεων στη συνολική κλίμακα αντίστασης βελτίωσε την εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

Έλεγχος Προϋποθέσεων Στατιστικών Αναλύσεων

Παρακάτω παρουσιάζονται οι έλεγχοι και οι μετατροπές που διενεργήθηκαν στις μεταβλητές προκειμένου να μειωθούν η ασυμμετρία, οι ακραίες τιμές και άλλες ανωμαλίες,

ώστε να βελτιωθεί η κανονικότητα και η ομοσκεδαστικότητα των τυποποιημένων υπολοίπων. Τέλος, ελέγχθηκε η συγγραμικότητα και η σφαιρικότητα των μεταβλητών.

Έλεγχοι Κανονικότητας.

Θεραπευτική συμμαχία.

Η θεραπευτική συμμαχία, στην πρώτη μέτρηση της μελέτης, εμφάνισε αρνητική ασυμμετρία στην κατανομή της και τρεις χαμηλές ακραίες τιμές. Αντίστοιχα, η θεραπευτική συμμαχία, στην τρίτη μέτρηση της μελέτης, παρουσίασε αρνητική ασυμμετρία στην κατανομή της και μία χαμηλή ακραία τιμή. Εξαιρώντας τις ακραίες τιμές από τα δεδομένα, διασφαλίστηκε η στατιστική υπόθεση της κανονικότητας, όπου αυτό ήταν αναγκαίο για τις αναλύσεις.

Σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή.

Από τις τρεις υποκλίμακες της σχέσης προσκόλλησης μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου, οι δύο (υποκλίμακα ασφαλούς σχέσης και υποκλίμακα έμμονης/συγχωνευτικής σχέσης) είχαν κατανομές που δεν ήταν κανονικές εμφανίζοντας αρνητική ασυμμετρία και η μία (υποκλίμακα αποφευκτικής/φοβικής σχέσης) είχε κατανομή που επίσης δεν ήταν κανονική, αλλά παρουσίαζε θετική ασυμμετρία. Παρόλο που στην υποκλίμακα ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης δεν υπήρξαν ακραίες τιμές, στο q-q plot διαφάνηκαν τέσσερις θεραπευόμενοι με χαμηλή τιμή. Ακραίες τιμές δεν υπήρξαν ούτε στην υποκλίμακα έμμονης/συγχωνευτικής σχέσης. Στην υποκλίμακα αποφευκτικής/φοβικής σχέσης υπήρξε μία ακραία τιμή. Όταν αφαιρέθηκε η συγκεκριμένη τιμή από τα δεδομένα, εμφανίστηκε νέα ακραία τιμή. Εξαιρώντας και αυτή την τιμή, δεν υπήρχαν πλέον ακραίες τιμές, ωστόσο η κατανομή της υποκλίμακας εξακολουθούσε να παραμένει ασύμμετρη. Συνεπώς, για τη συνολική κλίμακα της σχέσης προσκόλλησης μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου απορρίφθηκε η υπόθεση της

κανονικότητας, όπως επιβεβαιώθηκε και από τον έλεγχο Shapiro-Wilk. Για το λόγο αυτό, τα αποτελέσματα των ελέγχων υποθέσεων επιβεβαιώθηκαν και με τη χρήση των αντίστοιχων μη-παραμετρικών κριτηρίων.

Αντίσταση.

Η κλίμακα της αντίστασης διαμορφώθηκε, καταρχήν, από τη μέση τιμή των 61 δηλώσεων που την αποτελούσαν πρωτογενώς, καθώς επίσης από τη μέση τιμή των 70 δηλώσεων που προέκυψαν μετά την προσθήκη των εννέα νέων λημμάτων. Οι τιμές της κλίμακας της αντίστασης είχαν κανονική κατανομή, χωρίς ακραίες τιμές ή άλλες ανωμαλίες, επομένως δεν χρειάστηκε καμία μετατροπή. Από τους τρεις παράγοντες της κλίμακας που δηλώνουν αντίσταση (ύψωση ορίων, κατάργηση ορίων, συμπεριφορά απεμπλοκής), ο 1ος και ο 2ος παρουσίασαν κατανομή που δεν αποκλίνει σημαντικά από την κανονική και στις τρεις μετρήσεις της μελέτης. Ο παράγοντας της συμπεριφοράς απεμπλοκής παρουσίασε έντονη θετική ασυμμετρία και στις τρεις μετρήσεις και ιδιαίτερα στην πρώτη, όπου εμφάνισε και μία ακραία τιμή. Ο συνδυασμός των τριών παραγόντων παρουσίασε κανονική κατανομή.

Έλεγχοι συγγραμικότητας και σφαιρικότητας.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που εισήχθησαν στα στατιστικά μοντέλα ελέγχθηκε ότι είχαν μηδενικές, ή μικρές, κατά ζεύγη συσχετίσεις. Συνεπώς, δεν υπήρχε, γενικά, πρόβλημα συγγραμικότητας. Στις αναλύσεις εκείνες όπου βάσει του Mauchly's test φάνηκε να επηρεάζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας, χρησιμοποιήθηκαν από τα αποτελέσματα SPSS η διόρθωση Greenhouse-Geisser και η διόρθωση Huynh-Feldt. Επίσης, όπου έγιναν πολλαπλές συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferonni.

Συμπερασματικά, από την περιγραφή και την προετοιμασία των δεδομένων, προέκυψε ότι τα πρωτογενή δεδομένα της έρευνας ήταν ικανοποιητικά. Δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερες

ελλιπείς τιμές, στα περιγραφικά στοιχεία των κλιμάκων δεν εντοπίστηκαν ακραίες τιμές, ενώ από τις αναλύσεις των ψυχομετρικών ιδιοτήτων επιβεβαιώθηκε η αξιοπιστία των εργαλείων. Επιπλέον, οι έλεγχοι κανονικότητας, συγγραμμικότητας και σφαιρικότητας έδειξαν ότι οι κατανομές των μεταβλητών διασφάλιζαν τις αντίστοιχες στατιστικές προϋποθέσεις. Όπου αυτό δεν ίσχυε, πραγματοποιήθηκαν οι απαραίτητες μετατροπές και διορθώσεις, ώστε να διασφαλιστεί η ορθότητα των στατιστικών αναλύσεων. Με τον τρόπο αυτό ολοκληρώθηκε η προετοιμασία και ο έλεγχος της βάσης δεδομένων, η οποία περιείχε 46 παρατηρήσεις. Οι αναλύσεις που παρουσιάζονται παρακάτω βασίστηκαν σε αυτές τις παρατηρήσεις.

Κυρίως Στατιστικές Αναλύσεις

Τα δεδομένα που προέκυψαν από τη μελέτη εξετάστηκαν, καταρχήν, εποπτικά με εργαλεία της Περιγραφικής Στατιστικής, μέτρα θέσης και διασποράς, πίνακες και διαγράμματα συχνοτήτων, διαγράμματα διασποράς και συντελεστές συσχέτισης, καθώς και χρονοδιαγράμματα. Η διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων έγινε με μια σειρά από αναλύσεις, οι οποίες περιλάμβαναν ελέγχους υποθέσεων με χρήση t-test και ANOVA, καθώς επίσης το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων (ασύμμετρου σχεδιασμού) [GLM Repeated Measures (unbalanced design)] με μέθοδο τετραγώνων τύπου III (Type III sums of squares). Το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων επιλέχθηκε καθώς ενδείκνυται για τη διαδικασία διαμόρφωσης και ελέγχου μοντέλων τα οποία αφορούν σε δεδομένα προερχόμενα από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στα ίδια άτομα, ώστε να διερευνηθεί κατά πόσον υπάρχουν διαφορετικές τάσεις μέσα στον χρόνο (Ho, 2006. Ott & Longnecker, 2001. Tabachnick & Fidell, 1996). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%. Για τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν το SPSS Base και το SPSS Advanced Models (Έκδοση 17).

Ερευνητικό Ερώτημα 1:

*Την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, μεταβάλλεται η αντίσταση των
θεραπευόμενων, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών;*

Προκειμένου να διερευνηθεί το συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα χρησιμοποιήθηκε το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων για κάθε ένα παράγοντα ξεχωριστά, αλλά και για τον συνδυαστικό παράγοντα αντίστασης ($1^{ος}$, $2^{ος}$, $4^{ος}$ παράγοντας + 9 δηλώσεις), στο σύνολο του δείγματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο $1^{ος}$, ο $2^{ος}$, καθώς και ο συνδυαστικός παράγοντας αντίστασης, δηλαδή η αντίσταση ύψωσης ορίων, η αντίσταση κατάργησης ορίων, καθώς και η συνολική αντίσταση, δεν παρουσιάζουν σημαντική μεταβολή μέσα στο χρόνο. Από την άλλη, ο $4^{ος}$ παράγοντας, η αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής αυξάνεται σημαντικά μέσα στο χρόνο. Η σημαντικότητα οφείλεται κυρίως στη διαφορά ανάμεσα στην $1^{η}$ μέτρηση και στην $3^{η}$ μέτρηση, $F(1,45) = 5,3$, $p < 0,03$, μετά το πέρας των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας. Επίσης, ο παράγοντας της συνεργατικής σχέσης μεταβάλλεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5% από την $1^{η}$ στην $3^{η}$ μέτρηση, καθώς παρατηρείται μειωτική τάση, $F(1,45) = 4,31$, $p < 0,05$. Με άλλα λόγια, στο σύνολο του δείγματος δεν παρατηρείται μεταβολή στις περισσότερες μορφές αντίστασης την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών συγκριτικά με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών, εκτός από τη μείωση του βαθμού συνεργατικής σχέσης ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο, καθώς επίσης την αύξηση στη συμπεριφορά απεμπλοκής, δηλαδή στις εκδηλώσεις παραβίασης του θεραπευτικού πλαισίου.

Παρά την απουσία σημαντικών διαφορών μέσα στο χρόνο στην αντίσταση του συνόλου των θεραπευόμενων, περαιτέρω διερεύνηση καταδεικνύει ότι το φαινόμενο αντίστασης είναι πολύπλοκο και συνεπώς επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων, οι οποίοι καθορίζουν κατά πόσον οι εκδηλώσεις αντίστασης θα μεταβληθούν ή όχι κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής

διαδικασίας. Οι σχετικές αναλύσεις που το καταδεικνύουν αυτό παρουσιάζονται στη συνέχεια, σε επόμενα ερευνητικά ερωτήματα.

Ερευνητικό Ερώτημα 2:

Την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, μεταβάλλεται η σχέση προσκόλλησης

του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών

συνεδριών;

Προκειμένου να απαντηθεί το συγκεκριμένο ερώτημα χρησιμοποιήθηκε το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων (GLM Univariate Repeated Measures), καταρχήν, για κάθε μία από τις τρεις υποκλίμακες CATS, ώστε να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές στα επίπεδα των μέσων τιμών των υποκλιμάκων στις τρεις μετρήσεις της έρευνας.

Πριν την εφαρμογή του Γενικού Γραμμικού Μοντέλου Πολλαπλών Μετρήσεων διερευνήθηκε κατά πόσον πληρούνται οι απαραίτητες υποθέσεις. Για την υποκλίμακα της ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης, όταν αφαιρέθηκαν οι οκτώ ακραίες τιμές, η 1^η και η 3^η μέτρηση εξακολουθούσαν να μην ακολουθούν κανονική κατανομή. Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη ανάλυση επιλέχθηκε καθώς το Mauchly's test έδειξε ότι δεν παραβιάζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας, ενώ παράλληλα τα υπόλοιπα της 1^{ης} και της 3^{ης} μέτρησης δεν απείχαν σημαντικά από την κανονική κατανομή, ούτε είχαν ακραίες τιμές, ή σημαντική ασυμμετρία. Αποφεύχθηκε η χρήση μετασχηματισμών των δεδομένων γιατί οι μεν γραμμικοί μετασχηματισμοί δεν θα αντιμετώπιζαν το πρόβλημα της ασυμμετρίας, οι δε μη γραμμικοί μετασχηματισμοί θα οδηγούσαν σε απώλεια πληροφορίας από τα αρχικά δεδομένα και θα δυσχέραιναν την ερμηνεία των όποιων αποτελεσμάτων. Χρησιμοποιήθηκε, ωστόσο, το μη-παραμετρικό κριτήριο Friedman για επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο χρόνος δεν φάνηκε να έχει σημαντική επίδραση στην ασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή.

Το ίδιο αποτέλεσμα προέκυψε και στη σχέση έμμονης/συγχωνευτικής προσκόλλησης με τον θεραπευτή, όπου και σε αυτή την περίπτωση ο χρόνος δεν βρέθηκε να επιδρά σημαντικά. Στην ανάλυση αυτή δεν υπήρχαν ακραίες τιμές, το Mauchly's test δεν έδωσε ένδειξη ότι παραβιάζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας, ενώ παρόλο που τα υπόλοιπα των τριών μετρήσεων δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή, εντούτοις δεν υπήρχαν σοβαρά θέματα ασυμμετρίας ή ακραίων τιμών.

Αναφορικά με την αποφευκτική/φοβική σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, αφαιρέθηκαν από την ανάλυση οκτώ ακραίες τιμές. Το Mauchly's test έδειξε ότι δεν παραβιάζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας, ενώ παρόλο που τα υπόλοιπα της 1^{ης} και της 3^{ης} μέτρησης δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή, εντούτοις δεν υπήρχαν σοβαρά θέματα ασυμμετρίας ή ακραίων τιμών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ της 1^{ης} μέτρησης και της 3^{ης} μέτρησης, $F(1,37) = 4,21, p < 0,05$, καθώς επίσης μεταξύ της 2^{ης} μέτρησης και της 3^{ης} μέτρησης, $F(1,37) = 4,59, p < 0,04$. Δηλαδή, ο βαθμός αποφευκτικής/φοβικής σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή μειωνόταν σημαντικά μετά το πέρας των θερινών διακοπών συγκριτικά με την αρχική φάση της θεραπείας, αλλά και συγκριτικά με τη φάση πριν τις διακοπές.

Με άλλα λόγια, στο σύνολο του δείγματος δεν παρατηρείται μεταβολή στην ασφαλή ή την έμμονη/συγχωνευτική σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, συγκριτικά με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών. Ήτοι, παραμένει σταθερός μέσα στο χρόνο ο βαθμός που η θεραπευτική σχέση βιώνεται από τον θεραπευόμενο ως ασφαλής ή ως έμμονη/συγχωνευτική. Εντούτοις, ο βαθμός της αποφευκτικής/φοβικής σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή μεταβάλλεται στο χρόνο, καθώς μειώνεται σταδιακά στη φάση μετά την επιστροφή του θεραπευτή από τις θερινές διακοπές, σε σύγκριση με τη φάση πριν τις διακοπές, αλλά και συγκριτικά με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών.

Ερευνητικό Ερώτημα 3:

Ποια είναι η σχέση μεταξύ της αντίστασης του θεραπευόμενου και της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή;

Η σχέση ανάμεσα στην αντίσταση και τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εξετάστηκε με δύο διαφορετικούς τρόπους. Καταρχήν, χρησιμοποιήθηκε ο Spearman correlation coefficient για να διερευνηθεί εάν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στους παράγοντες αντίστασης και τις βαθμολογίες στις τρεις υποκλίμακες CATS. Επειδή για τις υποκλίμακες CATS απορρίφθηκε η υπόθεση της κανονικότητας, ακόμη κι όταν αφαιρέθηκαν οι ακραίες τιμές, επιλέχθηκε για τον έλεγχο συσχέτισης ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman, καθώς δεν επηρεάζεται από την κατανομή των παρατηρήσεων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα (Πίνακας 7), ο συντελεστής συσχέτισης Spearman δείχνει να υπάρχει μικρή έως μέτρια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην αντίσταση και το βαθμό ασφάλειας στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Συγκεκριμένα, όσο πιο ασφαλής αισθάνεται κανείς στη θεραπευτική σχέση τόσο μικρότερη αντίσταση εκδηλώνει, είτε η αντίσταση αφορά σε ύψωση ορίων ($\rho = -0,452, p < 0,002$), είτε σε κατάργηση ορίων ($\rho = -0,320, p < 0,03$), αλλά και ως συνολική αντίσταση ($\rho = -0,449, p < 0,002$). Αντιθέτως, η ασφάλεια στη θεραπευτική σχέση συσχετίζεται θετικά με τη συνεργατική σχέση ($\rho = 0,313, p < 0,04$). Επίσης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 7, όσο πιο αποφευκτική/φοβική είναι η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τόσο πιο μεγάλη είναι η αντίσταση με τη μορφή ύψωσης ορίων ($\rho = 0,314, p < 0,03$), αλλά και τη συνολική αντίσταση ($\rho = 0,319, p < 0,04$).

Πίνακας 7

Συσχετίσεις ανάμεσα στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή και την αντίσταση στην 1^η μέτρηση της μελέτης

		Συσχετίσεις (N=46)		
		Ασφαλής CATS_1	Αποφευκτική/φοβική CATS_1	Έμμνη/συγχωνευτική CATS_1
TQCB_1 F1	Spearman	-,452**	,314*	-,160
Ύψωση	Correlation			
Ορίων	Sig. (2-tailed)	,002	,033	,290
TQCB_1 F2	Spearman	-,320*	,244	-,071
Κατάργηση	Correlation			
Ορίων	Sig. (2-tailed)	,030	,102	,640
TQCB_1 F3	Spearman	,313*	-,217	,117
Συνεργατική	Correlation			
Σχέση	Sig. (2-tailed)	,034	,148	,439
TQCB_1 F4	Spearman	-,004	-,049	-,119
Συμπεριφορά	Correlation			
απεμπλοκής	Sig. (2-tailed)	,979	,747	,430
TQCB_1	Spearman	-,449**	,319*	-,196
F1,2,4 + 9	Correlation			
δηλώσεις	Sig. (2-tailed)	,002	,031	,192

Ο δεύτερος τρόπος διερεύνησης του συγκεκριμένου ερωτήματος πραγματοποιήθηκε με βάση τις τέσσερις συστάδες που προέκυψαν από τα δεδομένα στο CATS. Σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διασποράς (ANOVA), ώστε να διερευνηθεί εάν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις μέσες τιμές των παραγόντων αντίστασης μεταξύ των συστάδων. Το Levene's test χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί ότι ισχύει η υπόθεση των ίσων διασπορών των παρατηρήσεων μεταξύ των συστάδων και διαπιστώθηκε ότι δεν παραβιάζεται η υπόθεση.

Τα αποτελέσματα της ANOVA (Πίνακας 8) έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών των συστάδων για τον 1^ο παράγοντα αντίστασης, δηλαδή την ύψωση ορίων, $F(3,41) = 5,00, p < 0,005$. Επίσης, σημαντική διαφορά παρατηρείται μεταξύ των μέσων τιμών των συστάδων και για την αντίσταση, συνολικά (1^{ος}, 2^{ος}, 4^{ος} παράγοντας + 9 δηλώσεις), $F(3,41) = 3,60, p < 0,03$. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώθηκε και με το αντίστοιχο μη-παραμετρικό κριτήριο (Kryskal-Wallis).

Πίνακας 8

Ανάλυση διασποράς για την αντίσταση ανά τύπο σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή

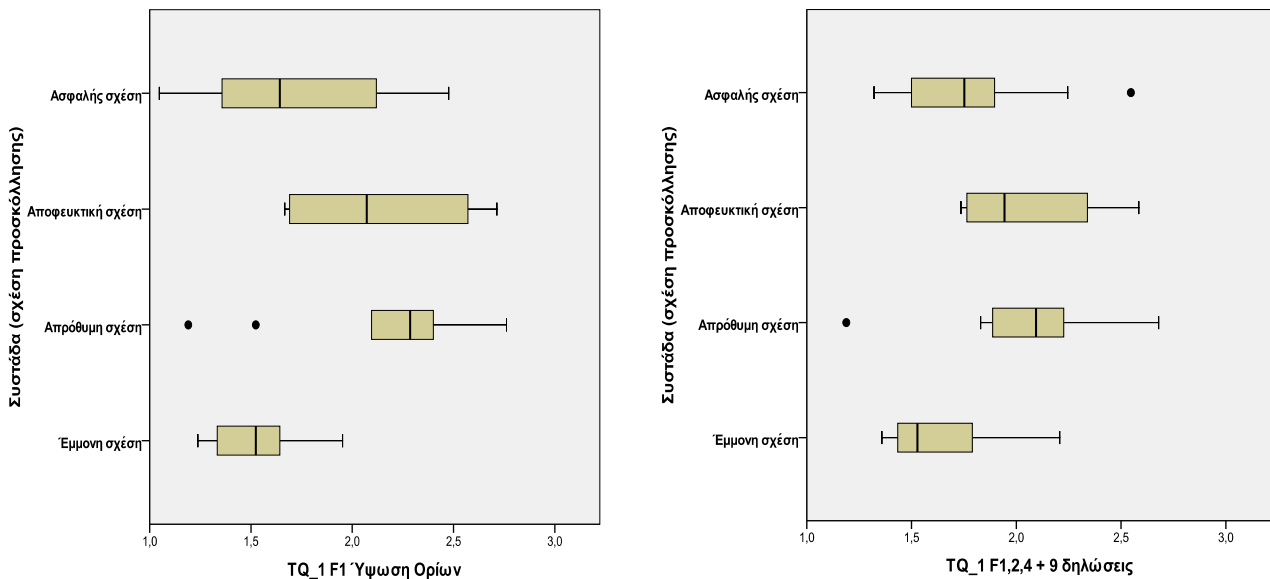
ANOVA						
	Time	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TQCB_1 F1	Between Groups	2,527	3	,842	5,003	,005
Ύψωση	Within Groups	6,903	41	,168		
Ορίων	Total	9,429	44			
TQCB_1 F2	Between Groups	,622	3	,207	1,054	,379
Κατάργηση	Within Groups	8,063	41	,197		
Ορίων	Total	8,685	44			
TQCB_1 F3	Between Groups	1,697	3	,566	1,667	,189
Συνεργατική	Within Groups	13,915	41	,339		
Σχέση	Total	15,613	44			
TQCB_1 F4	Between Groups	,124	3	,041	,192	,901
Συμπεριφορά	Within Groups	8,836	41	,216		
απεμπλοκής	Total	8,960	44			
TQCB_1	Between Groups	1,160	3	,387	3,597	,021
F1,2,4 + 9	Within Groups	4,408	41	,108		
δηλώσεις	Total	5,568	44			

* $p < .05$

Στη διερεύνηση που πραγματοποιήθηκε αναφορικά με τις συγκεκριμένες συστάδες όπου εντοπίζονται οι διαφορές έγιναν πολλαπλές συγκρίσεις με χρήση της διόρθωσης Bonferroni. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ANOVA (Γράφημα 2), οι διαφορές στον 1^ο παράγοντα της ύψωσης ορίων ήταν στατιστικά σημαντικές μεταξύ της έμμονης και της απρόθυμης σχέσης με τον θεραπευτή ($m. diff = -0,608$), καθώς επίσης μεταξύ της απρόθυμης και της ασφαλούς σχέσης με τον θεραπευτή ($m. diff = 0,428$). Δηλαδή, οι θεραπευόμενοι με έμμονη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή έχουν μικρότερη αντίσταση τύπου ύψωσης ορίων συγκριτικά με τους θεραπευόμενους με απρόθυμη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Οι τελευταίοι δε έχουν μεγαλύτερη αντίσταση τύπου ύψωσης ορίων σε σύγκριση με τους θεραπευόμενους με ασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή.

Γράφημα 2

Θηκογράμματα αντίστασης ύψωσης ορίων και συνολικής αντίστασης ανά τύπο σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή



Αναφορικά με την αντίσταση συνολικά (1^{ος}, 2^{ος}, 4^{ος} παράγοντας + 9 δηλώσεις), οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές μεταξύ της έμμονης και της απρόθυμης σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή (m. diff = -0,41).

Συμπερασματικά, όσο πιο ασφαλής είναι η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τόσο πιο μειωμένα είναι τα επίπεδα όλων των μορφών αντίστασης του θεραπευόμενου στη θεραπεία, και αντίθετα τόσο πιο αυξημένη είναι η συνεργατική σχέση. Από την άλλη, όσο πιο αποφευκτική/φοβική είναι η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τόσο πιο αυξημένα είναι τα επίπεδα συνολικής αντίστασης, καθώς επίσης και η αντίσταση που αφορά σε ύψωση ορίων στη θεραπευτική διαντίδραση (π.χ. δυσπιστία, άρνηση συνεργασίας, αμυντικότητα). Επίσης, οι θεραπευόμενοι με απρόθυμη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εμφανίζουν μεγαλύτερη αντίσταση ύψωσης ορίων συγκριτικά με τους θεραπευόμενους που βιώνουν τη θεραπευτική σχέση ως ασφαλή ή ως έμμονη/συγχωνευτική. Η εικόνα αυτή ανάμεσα στους θεραπευόμενους με απρόθυμη σχέση προσκόλλησης και στους θεραπευόμενους με έμμονη/συγχωνευτική σχέση προσκόλλησης ισχύει και για τη συνολική αντίσταση.

Ερευνητικό Ερώτημα 4:

Η σχέση μεταξύ της αντίστασης του θεραπευόμενου και της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή μεταβάλλεται την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών;

Καταρχήν, χρησιμοποιήθηκε ο Spearman correlation coefficient για να διερευνηθεί πώς διαμορφώνονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στους παράγοντες αντίστασης και τις τρεις υποκλίμακες CATS στις τρεις διαφορετικές μετρήσεις της μελέτης. Τα αποτελέσματα για την πρώτη μέτρηση παρουσιάστηκαν στον Πίνακα 7, στο προηγούμενο ερευνητικό ερώτημα. Σε συνδυασμό με τα παραπάνω αποτελέσματα, ο συντελεστής συσχέτισης Spearman δείχνει να υπάρχει μεταβολή ανάμεσα στην πρώτη, τη δεύτερη και την τρίτη μέτρηση στις συσχετίσεις μεταξύ της αντίστασης και της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή.

Συγκεκριμένα, ενώ στην πρώτη μέτρηση της μελέτης (Πίνακας 7) παρατηρήθηκαν αρνητικές συσχετίσεις ανάμεσα στο βαθμό ασφάλειας στη σχέση με τον θεραπευτή και σε διάφορες μορφές αντίστασης (π.χ. ύψωση ορίων, κατάργηση ορίων, συνολική αντίσταση) και αντίστοιχα θετική συσχέτιση του βαθμού ασφάλειας με τη συνεργατική σχέση, στη δεύτερη μέτρηση της μελέτης –πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, δηλαδή– δεν παρατηρείται καμία απολύτως συσχέτιση μεταξύ της ασφαλούς προσκόλλησης με τον θεραπευτή και της αντίστασης, αλλά ούτε και της συνεργατικής σχέσης (Πίνακας 9).

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 9, παραμένει, εντούτοις, η μικρή θετική συσχέτιση που είχε παρατηρηθεί αρχικά ανάμεσα στο βαθμό αποφευκτικής/φοβικής προσκόλλησης και την αντίσταση ύψωσης ορίων ($\rho = 0,316, p < 0,04$), αλλά και της συνολικής αντίστασης ($\rho = 0,351, p < 0,02$), ενώ εμφανίζεται, για πρώτη φορά, μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού έμμονης/συγχωνευτικής προσκόλλησης με τον θεραπευτή και της συνεργατικής σχέσης ($\rho = 0,310, p < 0,04$). Δηλαδή, την περίοδο πριν τις καλοκαιρινές διακοπές, η συνεργασία του θεραπευόμενου αυξάνεται όσο πιο έμμονη/συγχωνευτική είναι η σχέση του

με τον θεραπευτή, και όχι όσο πιο ασφαλής είναι, όπως ίσχυε αντίστοιχα στην πρώτη μέτρηση.

Πίνακας 9

Συσχετίσεις ανάμεσα στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή και την αντίσταση στη 2^η και 3^η μέτρηση της μελέτης

		Συσχετίσεις (N=46)					
		Ασφαλής		Αποφευκτική/φοβική		Έμμονη/συγχωνευτική	
		CATS 2	CATS 3	CATS 2	CATS 3	CATS 2	CATS 3
F1 Ύψωση Ορίων	TQCB 2-3	Spearman	-,146	,316*		-,039	
		Correlation					
		Sig. (2-tailed)	,334	,032		,797	
	TQCB 3-1	Spearman			,426**		,000
		Correlation					
		Sig. (2-tailed)			,003		,996
F2 Κατάργηση Ορίων	TQCB 2-1	Spearman	-,040	,274		-,026	
		Correlation					
		Sig. (2-tailed)	,794	,066		,865	
	TQCB 3-1	Spearman			,265		,006
		Correlation					
		Sig. (2-tailed)		,047	,076		,968
F3 Συνεργατική Σχέση	TQCB 2-1	Spearman	,014	,164		,310*	
		Correlation					
		Sig. (2-tailed)	,929	,275		,036	
	TQCB 3-1	Spearman			-,075		-,221
		Correlation					
		Sig. (2-tailed)		,128	,619		,141
F4 Συμπεριφορά απειμποκτικής	TQCB 2-1	Spearman	-,085	,154		,075	
		Correlation					
		Sig. (2-tailed)	,573	,306		,619	
	TQCB 3-1	Spearman			,127		,087
		Correlation					
		Sig. (2-tailed)		,111	,402		,567
F1,2,4 + 9 δηλώσεις	TQCB 2-1	Spearman	-,147	,351*		-,035	
		Correlation					
		Sig. (2-tailed)	,330	,017		,818	
	TQCB 3-1	Spearman					
		Correlation			,368*		,052
		Sig. (2-tailed)			,012		,733

Αντιθέτως, στην τρίτη μέτρηση της μελέτης –μετά το πέρας των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας– οι αρνητικές συσχετίσεις της ασφαλούς προσκόλλησης με τον θεραπευτή και της αντίστασης επανεμφανίζονται, καθώς ο βαθμός ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση παρουσιάζει ξανά μέτρια αρνητική συσχέτιση με την αντίσταση ύψωσης ορίων ($\rho = -0,476$, $p < 0,001$), μικρή αρνητική συσχέτιση με την αντίσταση κατάργησης ορίων ($\rho = -0,295$, p

$< 0,05$), καθώς επίσης μέτρια αρνητική συσχέτιση με τη συνολική αντίσταση ($\rho = -0,457, p < 0,001$). Ωστόσο, στην τρίτη μέτρηση, όπως και στη δεύτερη, δεν επανεμφανίζεται η συσχέτιση που είχε αρχικά παρατηρηθεί ανάμεσα στον βαθμό ασφαλούς προσκόλλησης και τη συνεργατική σχέση. Ο βαθμός αποφευκτικής/φοβικής προσκόλλησης εξακολουθεί στην τρίτη μέτρηση να συσχετίζεται θετικά με την αντίσταση ύψωσης ορίων ($\rho = 0,426, p < 0,003$), καθώς επίσης και με τη συνολική αντίσταση ($\rho = 0,368, p < 0,02$) (Πίνακας 9).

Ο δεύτερος τρόπος διερεύνησης του συγκεκριμένου ερωτήματος έγινε με βάση τις τέσσερις συστάδες που προέκυψαν από τα δεδομένα στο CATS. Σε αυτή την περίπτωση, εφαρμόστηκε το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων (GLM Repeated Measures) για τις τρεις χρονικές στιγμές μέτρησης, με ανεξάρτητη μεταβλητή τη συστάδα. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης για τις επιδράσεις μεταξύ των θεραπευόμενων προέκυψε ότι στον 1^ο παράγοντα αντίστασης, την ύψωση ορίων, η επίδραση του χρόνου δεν ήταν στατιστικά σημαντική, αλλά η επίδραση της συστάδας ήταν, $F(3,41) = 3,02, p < 0,05$. Από τις εκτιμώμενες μέσες τιμές μετά την εφαρμογή του μοντέλου που παρουσιάζονται στον Πίνακα 10, προκύπτει ότι η συστάδα των θεραπευόμενων με έμμονη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή έχει τη μικρότερη αντίσταση ύψωσης ορίων ($M = 1,60$), ενώ η συστάδα των θεραπευόμενων με απρόθυμη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή έχει την υψηλότερη ($M = 2,09$). Οι διαφορές μεταξύ των τεσσάρων συστάδων εντοπίζονται κυρίως μεταξύ αυτών των δύο, καθώς η 1^η συστάδα αναμένεται να έχει κατά 0,483 χαμηλότερη τιμή στην αντίσταση ύψωσης ορίων από τη 2^η συστάδα.

Πίνακας 10

Οριακές μέσες τιμές ανά συστάδα στην αντίσταση ύψωσης ορίων

Συστάδα	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1 ^η : Έμμονη	1,604	,120	1,362	1,845
2 ^η : Απρόθυμη	2,086	,125	1,833	2,340
3 ^η : Αποφευκτική	1,917	,198	1,516	2,317
4 ^η : Ασφαλής	1,719	,089	1,540	1,898

Επίσης, παρατηρήθηκε ότι στον 3^ο παράγοντα της συνεργατικής σχέσης, τόσο η επίδραση του χρόνου, $F(2,82) = 3,80, p < 0,05$, όσο και η αλληλεπίδραση του χρόνου με τη συστάδα, $F(6,82) = 3,83, p < 0,002$, είναι στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 11). Άρα οι συστάδες έχουν διαφορετική εξέλιξη σε αυτό τον παράγοντα μέσα στο χρόνο.

Πίνακας 11

Έλεγχοι υποθέσεων για την επίδραση του χρόνου στον παράγοντα της συνεργατικής σχέσης

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TIME	Sphericity Assumed	,638	2	,319	3,803	,026
TIME*CLUST	Sphericity Assumed	1,927	6	,321	3,827	,002
Error (TIME)	Sphericity Assumed	6,881	82	,08		

* $p < .05$

Οι επιδράσεις αυτές δεν φαίνεται να επηρεάζουν με γραμμικό τρόπο την εξέλιξη των τιμών του παράγοντα της συνεργατικής σχέσης, παραμένουν όμως στο μοντέλο ως τετραγωνικοί όροι. Από τις πολλαπλές συγκρίσεις προκύπτει ότι αναφορικά με την επίδραση του χρόνου διαφέρουν, κυρίως, η 2^η και η 3^η μέτρηση στον παράγοντα της συνεργατικής σχέσης. Δηλαδή, μετά την ανακοίνωση των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας παρατηρείται γενικά πτωτική τάση στη συνεργατική σχέση (Πίνακας 12).

Πίνακας 12

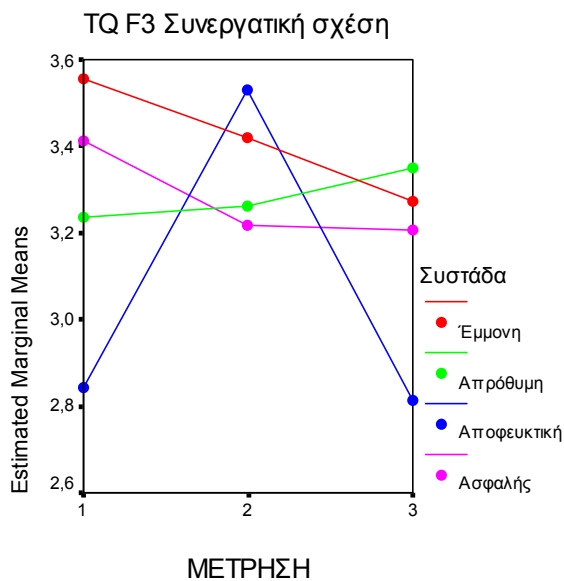
Πολλαπλές συγκρίσεις στον παράγοντα της συνεργατικής σχέσης στον χρόνο ανά συστάδα σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή

Συστάδα	TIME	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
1 ^η : Έμμονη	1	3,557	,176	3,202	3,912
	2	3,420	,183	3,051	3,790
	3	3,273	,162	2,946	3,599
2 ^η : Απρόθυμη	1	3,238	,184	2,865	3,610
	2	3,262	,192	2,875	3,650
	3	3,350	,170	3,007	3,693
3 ^η : Αποφευκτική	1	2,844	,291	2,255	3,432
	2	3,531	,303	2,919	4,144
	3	2,813	,268	2,271	3,354
4 ^η : Ασφαλής	1	3,413	,130	3,149	3,676
	2	3,219	,136	2,945	3,493
	3	3,206	,120	2,964	3,448

Όπως, επίσης, προκύπτει από το Γράφημα 3, ανάμεσα στην 1^η και τη 2^η μέτρηση αλλάζει η επίδραση της συστάδας. Πράγματι, στην 1^η μέτρηση φαίνεται ότι η συστάδα της αποφευκτικής προσκόλλησης με τον θεραπευτή είναι χαμηλότερα από τις υπόλοιπες τρεις στον παράγοντα της συνεργατικής σχέσης, ενώ η εικόνα αυτή ανατρέπεται στη 2^η μέτρηση, όπου η αποφευκτική συστάδα θεραπευόμενων παρουσιάζει τον υψηλότερο βαθμό συνεργατικής σχέσης. Στην 3^η μέτρηση, ωστόσο, η εικόνα αντιστρέφεται ξανά και προσομοιάζει με την 1^η μέτρηση.

Γράφημα 3

Τάσεις στον παράγοντα της συνεργατικής σχέσης στον χρόνο ανά συστάδα σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή



Συμπερασματικά, η σχέση ανάμεσα στην αντίσταση και τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή –είτε η τελευταία μετρηθεί ως βαθμός είτε ως τύπος– φαίνεται να μεταβάλλεται την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών. Όταν δε η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή μετράται ως τυπολογία, με βάση διαφορετικές συστάδες θεραπευόμενων, οι αλλαγές στον χρόνο παρατηρούνται όχι τόσο στην αντίσταση *per se*, αλλά στον αντίποδα της, τη συνεργατική σχέση. Μάλιστα, η

επίδραση των καλοκαιρινών διακοπών φαίνεται ότι είναι πιο έντονη την περίοδο λίγο πριν την έναρξή τους, κατά την ανακοίνωσή τους από τον θεραπευτή, παρά μετά το πέρας τους, κατά την επάνοδο του θεραπευτή.

Ερευνητικό Ερώτημα 5:

Ποια είναι η σχέση της αντίστασης με τη θεραπευτική συμμαχία και τη μεταβίβαση;

Προκειμένου να απαντηθεί το συγκεκριμένο ερώτημα διερευνήθηκαν, καταρχήν, οι συσχετίσεις ανάμεσα στους επιμέρους παράγοντες αντίστασης και τη θεραπευτική συμμαχία στην 1^η και την 3^η μέτρηση της έρευνας. Σε αυτή την περίπτωση, χρησιμοποιήθηκε ο Pearson Correlation Coefficient, καθώς και οι δύο μεταβλητές ήταν συνεχείς και ακολουθούσαν περίπου κανονική κατανομή. Η σχέση ανάμεσα στην αντίσταση και τη θεραπευτική συμμαχία διερευνήθηκε, επιπλέον, με τους θεραπευόμενους ομαδοποιημένους κατά συστάδα στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Επίσης, διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις ανάμεσα στους επιμέρους παράγοντες αντίστασης και τη μεταβίβαση προς τον θεραπευτή στην αρχική μέτρηση της έρευνας. Σε αυτή την περίπτωση, επιλέχθηκε ο δείκτης Spearman correlation coefficient, καθώς η αντίσταση ήταν συνεχής μεταβλητή, ενώ η μεταβίβαση ήταν τακτική μεταβλητή.

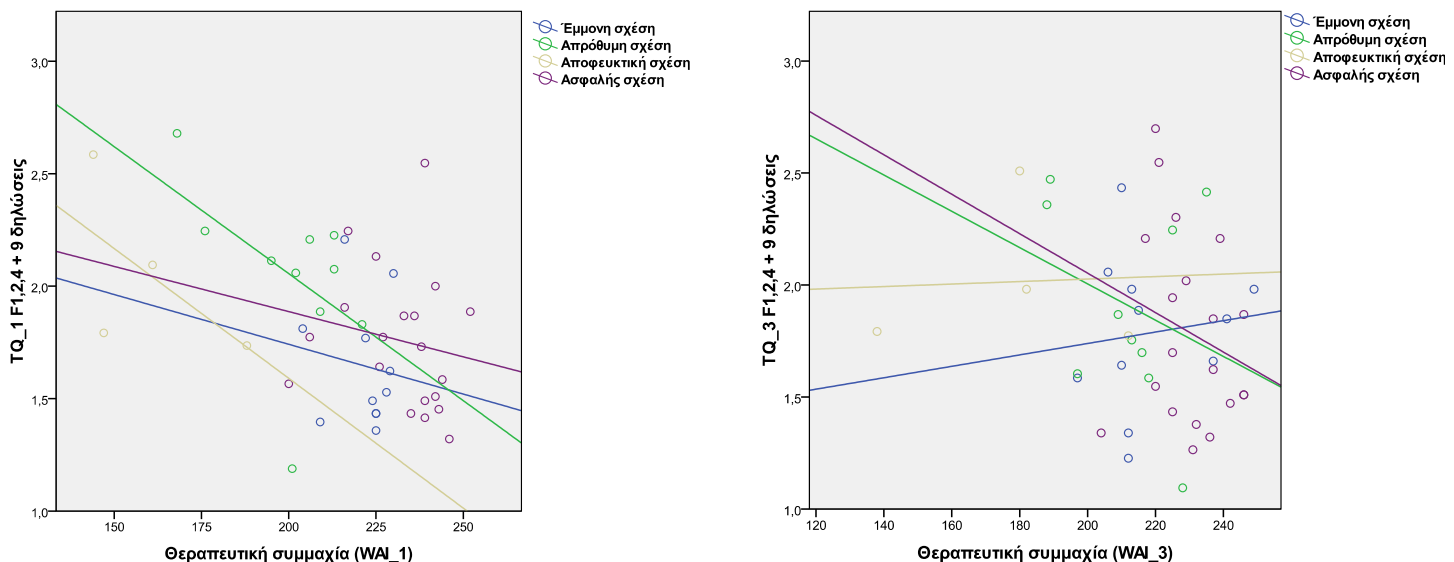
Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι στην αρχική μέτρηση της έρευνας υπήρξε μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και της αντίστασης ύψωσης ορίων ($r = -0,475, p < 0,001$), καθώς επίσης της συνολικής αντίστασης ($r = -0,448, p < 0,002$). Όσο μεγαλύτερη ήταν η θεραπευτική συμμαχία τόσο μικρότερη ήταν η αντίσταση του θεραπευόμενου. Ωστόσο, στην 3^η μέτρηση της έρευνας δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις προαναφερθείσες μεταβλητές.

Διερευνώντας τη σχέση ανάμεσα στη συνολική αντίσταση και τη θεραπευτική συμμαχία με βάση τις συστάδες της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, αναφέρονται ορισμένα

ενδιαφέροντα ευρήματα, παρόλο που σε ορισμένες περιπτώσεις δεν βρέθηκαν στατιστικές σημαντικότητες. Επειδή, ωστόσο, πρόκειται για κλινικά φαινόμενα τα οποία ενέχουν και μια ποιοτική συνιστώσα πέραν της αυστηρά ποσοτικής, κρίθηκε σκόπιμο να γίνει αναφορά σε ορισμένα ευρήματα που παρουσιάζουν κλινικό ενδιαφέρον. Έτσι, σύμφωνα με το Γράφημα 4, παρατηρείται ότι ενώ στην αρχική μέτρηση υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ αντίστασης και θεραπευτικής συμμαχίας σε οποιαδήποτε συστάδα κι αν ανήκει κανείς, στη φάση μετά τις καλοκαιρινές διακοπές η αντίσταση διαμορφώνεται ανεξάρτητα από τη μεταβλητή της θεραπευτικής συμμαχίας στους θεραπευόμενους της έμμονης και της αποφευκτικής συστάδας (Γράφημα 4). Επίσης, για τους θεραπευόμενους με ασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή παρατηρείται ότι η αρνητική συσχέτιση που υπήρχε εξ αρχής ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία και τη συνολική αντίσταση, αυξάνεται στη φάση μετά τις διακοπές (Γράφημα 4).

Γράφημα 4

Σχέση συνολικής αντίστασης και θεραπευτικής συμμαχίας ανά συστάδα προσκόλλησης με τον θεραπευτή στην 1^η μέτρηση και την 3^η μέτρηση

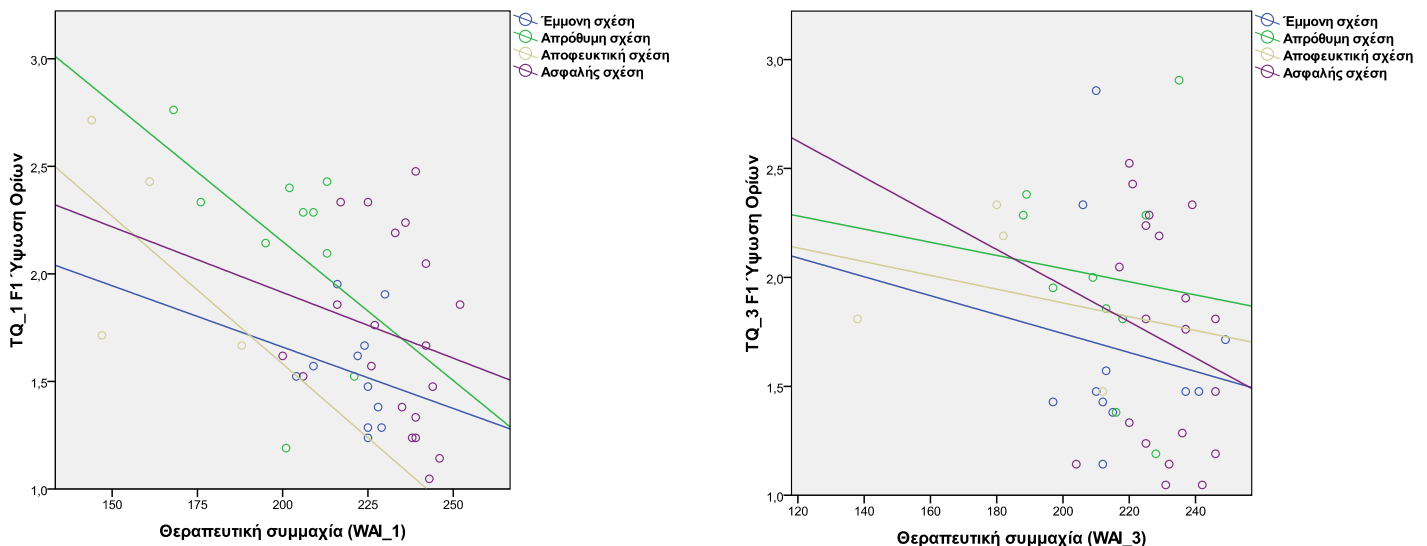


Οι διαφορές ανάμεσα στην 1^η και την 3^η μέτρηση ως προς την αντίσταση σε σχέση με τη θεραπευτική συμμαχία και τη συστάδα εντοπίζονται και στους επιμέρους παράγοντες

αντίστασης. Για παράδειγμα, στην αντίσταση ύψωσης ορίων παρατηρείται ότι ενώ η «απρόθυμη» συστάδα παρουσιάζει μέτρια αρνητική συσχέτιση ($r = -0,47, p < 0,2$), ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία και την αντίσταση στην 1^η μέτρηση, η συσχέτιση αυτή παύει να υφίσταται στην 3^η μέτρηση ($r = -0,126, p < 0,8$). Δηλαδή, ανεξάρτητα από τη θεραπευτική συμμαχία, όλοι οι θεραπευόμενοι της «απρόθυμης» συστάδας εκδηλώνουν την ίδια αντίσταση ύψωσης ορίων μετά τις διακοπές (Γράφημα 5).

Γράφημα 5

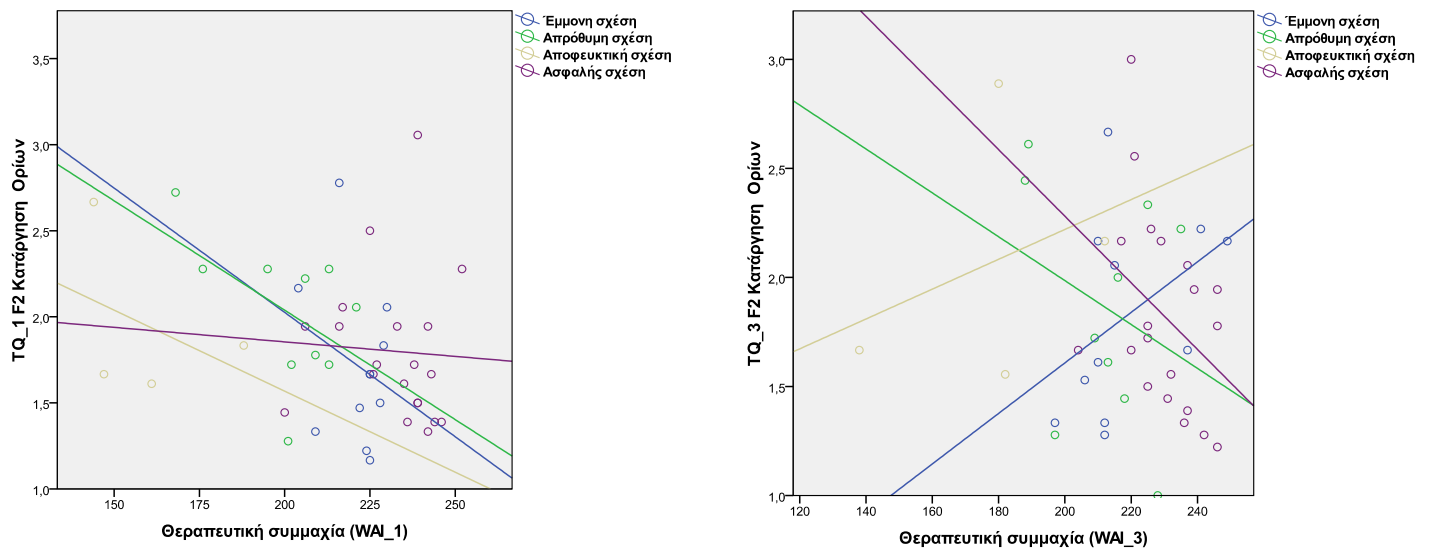
Σχέση αντίστασης ύψωσης ορίων και θεραπευτικής συμμαχίας ανά συστάδα προσκόλλησης με τον θεραπευτή στην 1^η μέτρηση και την 3^η μέτρηση



Αντίστοιχα, στην αντίσταση κατάργησης ορίων όσο πιο καλή θεραπευτική συμμαχία έχουν οι θεραπευόμενοι της αποφευκτικής ($r = -0,385, p < 0,5$) και της έμμονης συστάδας ($r = -0,255, p < 0,6$) τόσο λιγότερη αντίσταση θα εκδηλώσουν στην 1^η μέτρηση. Αντίθετα, στην 3^η μέτρηση όσο πιο καλή θεραπευτική συμμαχία έχουν τόσο πιο αυξημένη θα είναι η αντίσταση τύπου κατάργησης ορίων ($r = 0,343, p < 0,7$ και $r = 0,414, p < 0,2$, αντίστοιχα) (Γράφημα 6).

Γράφημα 6

Σχέση αντίστασης κατάργησης ορίων και θεραπευτικής συμμαχίας ανά συστάδα προσκόλλησης με τον θεραπευτή στην 1^η μέτρηση και την 3^η μέτρηση



Αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στην αντίσταση και τη μεταβίβαση διαπιστώθηκε μέτρια θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αρνητική μεταβίβαση και την αντίσταση ύψωσης ορίων ($\rho = 0,450, p < 0,002$), καθώς επίσης τη συνολική αντίσταση ($\rho = 0,410, p < 0,006$). Όσο μεγαλύτερη ήταν η αρνητική μεταβίβαση του θεραπευόμενου προς τον θεραπευτή τόσο αυξανόταν και η αντίστασή του στη θεραπεία. Επίσης, βρέθηκε μέτρια θετική συσχέτιση ($\rho = 0,408, p < 0,005$) ανάμεσα στον παράγοντα της συνεργατικής σχέσης και τη θετική μεταβίβαση.

Συμπερασματικά, η σχέση της αντίστασης με την αρνητική μεταβίβαση είναι ευθέως ανάλογη: όσο αυξάνεται η αρνητική μεταβίβαση τόσο αυξάνεται και η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία. Αναφορικά δε με τη σχέση μεταξύ της αντίστασης και της θεραπευτικής συμμαχίας τα αποτελέσματα διαφέρουν, ανάλογα με τη χρονική στιγμή της μέτρησης. Σε μια «ουδέτερη» φάση σταθερών συνεδριών, η αντίσταση εμφανίζει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με τη θεραπευτική συμμαχία. Δηλαδή, όσο μεγαλύτερη είναι η θεραπευτική συμμαχία τόσο μικρότερη είναι η αντίσταση του θεραπευόμενου. Ωστόσο, στη φάση μετά τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, η σχέση αυτή ανάμεσα στις δύο μεταβλητές χάνεται. Ήτοι, ο βαθμός

αντίστασης μετά τις θερινές διακοπές διαμορφώνεται ανεξάρτητα από τα επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας. Αυτό φαίνεται να ισχύει ιδιαίτερα για ορισμένους τύπους σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, όπως για παράδειγμα για τους θεραπευόμενους με έμμονη και με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης. Μάλιστα, επιμέρους μορφές αντίστασης (π.χ. ύψωση ορίων, κατάργηση ορίων) θα εκδηλωθούν με διαφορετικό τρόπο σε μια «ουδέτερη» φάση της θεραπείας και με διαφορετικό τρόπο την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, σε σχέση με το βαθμό της θεραπευτικής συμμαχίας, ανάλογα κάθε φορά με τον τύπο σχέσης προσκόλλησης του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή του.

Ερευνητικό Ερώτημα 6:

Πώς σχετίζεται η σχέση προσκόλλησης του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή με τη θεραπευτική συμμαχία και τη μεταβίβαση;

Για να απαντηθεί το συγκεκριμένο ερώτημα διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις ανάμεσα στις τρεις υποκλίμακες CATS και, αφενός με τη θεραπευτική συμμαχία στην 1^η και στην 3^η μέτρηση της έρευνας, αφετέρου με τη μεταβίβαση στην αρχική μέτρηση της έρευνας. Σε όλες τις περιπτώσεις, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Spearman correlation coefficient, καθώς η κλίμακα CATS και η κλίμακα WAI παρουσίασαν ασύμμετρες κατανομές και τα διαγράμματα διασποράς έδειξαν ότι η χρήση γραμμικού συντελεστή συσχέτισης δεν θα ήταν κατάλληλη για τα δεδομένα, ενώ παράλληλα η μεταβλητή της μεταβίβασης ήταν τακτική.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, παρατηρήθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση ($\rho = 0,701, p < 0,001$) ανάμεσα στη σχέση ασφαλούς προσκόλλησης με τον θεραπευτή και τη θεραπευτική συμμαχία στην αρχική μέτρηση, η οποία ωστόσο διαμορφώθηκε σε μέτρια θετική συσχέτιση ($\rho = 0,491, p < 0,001$) στην 3^η μέτρηση, μετά το πέρας των διακοπών της θεραπείας. Αντίστοιχα, ανάμεσα στην αποφευκτική/φοβική σχέση με τον θεραπευτή και τη θεραπευτική συμμαχία διαπιστώθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση ($\rho = -0,687, p < 0,001$) στην αρχική

μέτρηση, η οποία επίσης μεταστράφηκε σε μέτρια αρνητική συσχέτιση ($r_{ho} = -0,572, p < 0,000$) στην 3^η μέτρηση της έρευνας. Αναφορικά δε με την έμμονη/συγχωνευτική σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, ενώ στην αρχική μέτρηση δεν υπήρχε ένδειξη συσχέτισης ($r_{ho} = -0,095, p < 0,530$), στην 3^η μέτρηση μετά τις καλοκαιρινές διακοπές βρέθηκε μικρή αρνητική συσχέτιση ($r_{ho} = -0,302, p < 0,05$). Δηλαδή, όσο πιο έμμονη/συγχωνευτική ήταν η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τόσο μικρότερη ήταν η θεραπευτική συμμαχία στη φάση μετά τις διακοπές του καλοκαιριού.

Καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν βρέθηκε ανάμεσα στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή και τη μεταβίβαση.

Ερευνητικό Ερώτημα 7:

Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη μεταβολή της αντίστασης μέσα στο χρόνο και ειδικότερα την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών;

Προκειμένου να απαντηθεί το συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα χρησιμοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης και συγκεκριμένα το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων (ασύμμετρου σχεδιασμού) με μέθοδο αθροίσματος τετραγώνων τύπου III (Type III sums of squares), ώστε να διαμορφωθούν μοντέλα που εξηγούν τις σχέσεις εξάρτησης ανάμεσα στην αντίσταση και σε μια σειρά από ανεξάρτητες μεταβλητές και να λαμβάνεται υπόψη ότι στα ίδια υποκείμενα (θεραπευόμενοι) έγιναν τρεις επαναλαμβανόμενες μετρήσεις με το ίδιο εργαλείο μέτρησης της αντίστασης (TQCB). Για την επιλογή των επεξηγηματικών μεταβλητών στην κατασκευή του τελικού μοντέλου χρησιμοποιήθηκε βηματική παλινδρόμηση (*stepwise regression*). Καθώς το δείγμα της μελέτης είναι σχετικά μικρό, για να αποφευχθεί η ύπαρξη πολλών ανεξάρτητων μεταβλητών ταυτόχρονα μέσα στο μοντέλο, αντί να εισαχθούν διαμιάς όλες οι μεταβλητές και να αφαιρούνται μία προς μία αυτές που

δεν είναι στατιστικά σημαντικές (*backward elimination method*), επιλέχθηκε η μέθοδος προοδευτικής προσθήκης μεταβλητών (*forward selection method*) με την οποία εισάγεται αρχικά μία μόνο μεταβλητή στο μοντέλο –η περισσότερο συσχετισμένη με την εξαρτημένη μεταβλητή, ή αλλιώς αυτή που όταν εισαχθεί στο μοντέλο θα έχει τη μεγαλύτερη ισχύ– και εν συνεχεία προστίθεται μία επιπλέον μεταβλητή σε κάθε βήμα. Αν επιλεγόταν το αντίστροφο, θα δημιουργούνταν «κελιά» (ομάδες) δεδομένων που θα είχαν ελάχιστες, ή και καθόλου, παρατηρήσεις και αρκετά κελιά που θα είχαν πολύ λίγες παρατηρήσεις, οπότε θα παραβιάζονταν έντονα οι προϋποθέσεις. Σε περιπτώσεις που διαπιστώθηκε ότι επιλεγμένες ανεξάρτητες μεταβλητές δεν βελτιώναν σημαντικά την προσαρμογή του μοντέλου, αυτές αφαιρέθηκαν ώστε να βελτιωθεί η προβλεπτική ισχύς του μοντέλου. Γενικότερα, παρά τις όποιες αποκλίσεις στα δεδομένα, οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν σταθερές και δεν επηρεάστηκαν σημαντικά από αυτές τις αποκλίσεις.

Η αντίσταση, ως φαινόμενο, διερευνήθηκε ξεχωριστά για τις τέσσερις διαφορετικές μορφές: α. αντίσταση ύψωσης ορίων (1^{ος} παράγοντας), β. αντίσταση κατάργησης ορίων (2^{ος} παράγοντας), γ. αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής (4^{ος} παράγοντας), και δ. συνολική αντίσταση (1^{ος}, 2^{ος}, 4^{ος} παράγοντας + 9 δηλώσεις). Συνεπώς, με κάθε παράγοντα αντίστασης ξεχωριστά, καθώς επίσης και με τη συνολική αντίσταση ως διαφορετικές εξαρτημένες (συνεχείς) μεταβλητές ακολουθήθηκε η ίδια διαδικασία για τη διαμόρφωση των μοντέλων παλινδρόμησης. Επιπλέον, η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή συμπεριλήφθηκε στα μοντέλα ως ανεξάρτητη μεταβλητή αφενός μεν ως διάσταση βαθμού (υποκλίμακες CATS) αφετέρου δε ως διακριτή τυπολογία (συστάδες). Οπότε, για καθεμία μορφή αντίστασης παρουσιάζονται δύο διαφορετικές εκδοχές: μία εκδοχή με υποκλίμακες ως επεξηγηματικές μεταβλητές και μία εκδοχή με συστάδες –όσον αφορά τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή– ως επεξηγηματική μεταβλητή. Οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές που επιλέχθηκαν να εισαχθούν στα μοντέλα περιλάμβαναν την αντιδραστικότητα (TRS) και τη

θεραπευτική συμμαχία (WAI), ως συνεχείς μεταβλητές, καθώς επίσης την αρνητική αλλά και τη συνολική μεταβίβαση, το θεραπευτικό πλαίσιο (δημόσιο vs. ιδιωτικό) και τη θεραπευτική προσέγγιση (ψυχαναλυτική vs. άλλη), ως κατηγορικές μεταβλητές. Οι συγκεκριμένες μεταβλητές επελέγησαν σύμφωνα με τα θεωρητικά και τα εμπειρικά δεδομένα της σχετικής βιβλιογραφίας. Τέλος, επειδή από τις *post hoc* αναλύσεις προέκυψε ότι η χρονική απόσταση ανάμεσα στην 1^η και τη 2^η μέτρηση της έρευνας διαφοροποιούσε σημαντικά τα συνολικά αποτελέσματα, αποφασίστηκε να συμπεριληφθεί κι αυτή ως ανεξάρτητη μεταβλητή στα τελικά μοντέλα, ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσον τροποποιούνται οι υπάρχουσες επιδράσεις μέσα στα μοντέλα παλινδρόμησης.

Έλεγχοι συγγραμμικότητας και σφαιρικότητας.

Αρχικά ελέγχθηκε ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές που εισήχθησαν στα στατιστικά μοντέλα παρουσίαζαν μηδενικές, ή μικρές, κατά ζεύγη συσχετίσεις. Συνεπώς, δεν υπήρχε πρόβλημα συγγραμμικότητας. Σε ότι αφορά τον έλεγχο των υποθέσεων του Γενικού Γραμμικού Μοντέλου Πολλαπλών μετρήσεων, το Mauchly's test έδειξε εν γένει ότι δεν παραβιάζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας. Σε όσες περιπτώσεις υπήρχαν ενδείξεις ότι παραβιάζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας, χρησιμοποιήθηκαν οι διορθώσεις Greenhouse-Geisser και Huynh-Feldt. Επίσης, όπου ελέγχθηκαν διαφορές μεταξύ τιμών των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferonni για πολλαπλές συγκρίσεις. Το Levene's test χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της υπόθεσης των ίσων διασπορών των σφαλμάτων μεταξύ των ομάδων που δημιουργήθηκαν από τις κατηγορικές ανεξάρτητες μεταβλητές, οπότε τα μοντέλα είχαν καλή προσαρμογή. Τέλος, ελέγχθηκε η κανονικότητα των υπολοίπων και γραφικά η κατανομή τους σε σχέση με τις προβλεφθείσες από το μοντέλο τιμές. Το δείγμα διαμορφώθηκε σε 45 άτομα διότι εξαιρέθηκε για λόγους συγκρισιμότητας με την αντίστοιχη ανάλυση όπου η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή

διερευνάται σε συστάδες ένας συμμετέχων ο οποίος δημιουργούσε μόνος του ξεχωριστή συστάδα. Σε όσες αναλύσεις περιλάμβαναν τη μεταβίβαση ως ανεξάρτητη μεταβλητή, εξαιρέθηκε αυτόματα ένας επιπλέον θεραπευόμενος που είχε ελλιπή τιμή σε αυτή τη μεταβλητή.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα επιμέρους μοντέλα παλινδρόμησης με τη συγκεκριμένη δομή, όπως αυτή περιγράφηκε παραπάνω.

Μοντέλα παλινδρόμησης για την αντίσταση ύψωσης ορίων (1^{ος} παράγοντας).

A) Σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή ως υποκλίμακες.

Η εξαρτημένη μεταβλητή, η αντίσταση ύψωσης ορίων, είναι συνεχής μεταβλητή και δεν παρουσιάζει ασυμμετρία ή ακραίες τιμές, στις τρεις μετρήσεις της έρευνας. Όσον αφορά τη συγγραμμικότητα, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που εισήχθησαν στο τελικό μοντέλο είχαν κατά κύριο λόγο μηδενικές, ή μικρές, κατά ζεύγη συσχετίσεις. Ακολουθώντας τη forward selection method, το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης που διαμορφώθηκε περιλάμβανε τέσσερις ανεξάρτητες μεταβλητές. Πρώτη την αρνητική μεταβίβαση (power = 0,999), δεύτερη τη θεραπευτική προσέγγιση (power = 0,992), τρίτη την αντιδραστικότητα (power = 0,617), και τέταρτη τη θεραπευτική συμμαχία, αφού βρέθηκε στατιστικά σημαντική η αλληλεπίδρασή της με τον χρόνο (power = 0,648), παρότι δεν ήταν σημαντική ως κύρια επίδραση (power = 0,085). Η κύρια επίδραση του χρόνου δεν ήταν στατιστικά σημαντική, όπως επίσης δεν υπήρχε άλλη αλληλεπίδραση μεταξύ του χρόνου μέτρησης και των υπόλοιπων ανεξάρτητων μεταβλητών, πλην της θεραπευτικής συμμαχίας.

Όταν στο τελικό μοντέλο επιδράσεων, προστέθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή η χρονική απόσταση ανάμεσα στην 1^η και τη 2^η μέτρηση της μελέτης, προκειμένου να διερευνηθεί εάν τροποποιούνται τα υπάρχοντα αποτελέσματα, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές της αρνητικής μεταβίβασης, της θεραπευτικής προσέγγισης και

της αντιδραστικότητας παρέμειναν σημαντικές για το μοντέλο, ενώ η θεραπευτική συμμαχία και η αλληλεπίδρασή της με τη χρονική απόσταση ανάμεσα στην 1^η και τη 2^η μέτρηση της έρευνας δεν φάνηκαν να έχουν επίδραση στο μοντέλο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων, οι κύριες επιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών της αρνητικής μεταβίβασης, $F(1,39) = 27,43, p < 0,001$, της θεραπευτικής προσέγγισης, $F(1,39) = 19,95, p < 0,001$, και της αντιδραστικότητας, $F(1,39) = 5,36, p < 0,03$, είναι στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 13).

Πίνακας 13

Έλεγχοι υποθέσεων για τις μεταξύ των ατόμων επιδράσεις στο μοντέλο για την αντίσταση ύψωσης ορίων

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Intercept	1,995	1	1,995	27,218	,000	27,218	,999
TORGR	1,462	1	1,462	19,947	,000	19,947	,992
TSC3GR	2,011	1	2,011	27,431	,000	27,431	,999
TRS	,393	1	,393	5,357	,026	5,357	,617
WAI_1	5,199E-03	1	5,199E-03	,071	,791	,071	,058
Error	2,859	39	7,330E-02				

^a $p < .05$

Οι οριακές μέσες τιμές για τις κύριες επιδράσεις δείχνουν ότι οι θεραπευόμενοι που εκδηλώνουν καμία/ελάχιστη αρνητική μεταβίβαση ($M = 1,59$) αναμένεται να έχουν σημαντικά χαμηλότερη τιμή, κατά περίπου 0,46 μονάδες, στην αντίσταση ύψωσης ορίων συγκριτικά με τους θεραπευόμενους που εκδηλώνουν από λίγη έως πάρα πολύ αρνητική μεταβίβαση ($M = 2,05$). Αντίστοιχα, οι θεραπευόμενοι με ψυχαναλυτική/ ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ($M = 2,02$) αναμένεται να έχουν, κατά 0,41 μονάδες, υψηλότερη τιμή στην αντίσταση ύψωσης ορίων σε σύγκριση με τους θεραπευόμενους άλλης θεραπευτικής προσέγγισης ($M = 1,61$).

Από την εκτίμηση των παραμέτρων φαίνεται ότι η επίδραση της αρνητικής μεταβίβασης είναι μικρότερη στην 1^η μέτρηση της έρευνας ($B = -0,33, t = -3,08, p < 0,004$) σε σχέση με

τις επόμενες δύο μετρήσεις ($B = -0,53$, $t = -4,31$, $p < 0,001$ και $B = -0,52$, $t = -4,47$, $p < 0,001$). Από την άλλη, η επίδραση της θεραπευτικής προσέγγισης είναι μεγαλύτερη στην 3^η μέτρηση ($B = 0,49$, $t = 3,99$, $p < 0,001$), δηλαδή μετά τις καλοκαιρινές διακοπές, συγκριτικά με τις δύο προηγούμενες μετρήσεις της έρευνας ($B = 0,37$, $t = 3,26$, $p < 0,002$ στην 1^η μέτρηση και $B = 0,38$, $t = 2,95$, $p < 0,005$ στη 2^η μέτρηση, αντιστοίχως). Εντούτοις, οι διαφορές αυτές δεν είναι τέτοιες ώστε να υπάρχει αλληλεπίδραση αρνητικής μεταβίβασης, ή θεραπευτικής προσέγγισης, και χρόνου. Η μεταβλητή της αντιδραστικότητας επιδρά στην αντίσταση ύψωσης ορίων μόνο στην 1^η μέτρηση ($B = -0,02$, $t = -2,32$, $p < 0,03$). Μάλιστα, ο αντίστοιχος συντελεστής δείχνει ότι μία μονάδα αύξηση στην τιμή της αντιδραστικότητας αναμένεται να προκαλέσει πολύ μικρή μείωση (0,017 μονάδες) στην τιμή της αντίστασης ύψωσης ορίων. Αντίστοιχα, μία μονάδα αύξηση στην τιμή της θεραπευτικής συμμαχίας αναμένεται να προκαλέσει ελάχιστη (0,005 μονάδες) μείωση στην τιμή της αντίστασης ύψωσης ορίων.

Η επίδραση του χρόνου δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική για την αντίσταση ύψωσης ορίων, με εξαίρεση τη σημαντική αλληλεπίδραση ανάμεσα στο χρόνο και τη θεραπευτική συμμαχία, $F(2,78) = 3,58$, $p < 0,04$. Με τη χρήση πολλαπλών συγκρίσεων, διαπιστώνεται ότι οι διαφορές εντοπίζονται κυρίως μεταξύ της 1^{ης} και της 2^{ης} μέτρησης της έρευνας (Πίνακας 14). Ενώ, δηλαδή, στην 1^η μέτρηση μία μονάδα μεταβολής στη θεραπευτική συμμαχία προκαλεί 0,005 μονάδες μείωση στην αντίσταση ύψωσης ορίων, αντίθετα στη 2^η μέτρηση μία μονάδα αύξησης στη θεραπευτική συμμαχία προκαλεί 0,002 μονάδες αύξηση στην αντίσταση ύψωσης ορίων.

Με άλλα λόγια, όταν ανακοινώνονται οι καλοκαιρινές διακοπές από τον θεραπευτή (2^η μέτρηση) η αυξημένη θεραπευτική συμμαχία ισοδυναμεί με αυξημένη αντίσταση ύψωσης ορίων, κάτι που δεν ισχύει σε μια ουδέτερη χρονική στιγμή της θεραπείας (1^η μέτρηση) όπου η αυξημένη θεραπευτική συμμαχία συνεπάγεται μειωμένη αντίσταση.

Πίνακας 14

Διαφορές μεταξύ των μετρήσεων στο μοντέλο επιδράσεων για την αντίσταση ύψωσης ορίων

Source	TIME	Type III Sum		Mean Square	F	Sig.	Noncent.	Observed
		of Squares	df				Parameter	Power ^a
TIME	Level 1 vs. Level 2	,728	1	,728	4,728	,036	4,728	,564
	Level 2 vs. Level 3	1,114E-02	1	1,114E-02	,066	,798	,066	,057
TIME*TORGR	Level 1 vs. Level 2	9,448E-04	1	9,448E-04	,006	,938	,006	,051
	Level 2 vs. Level 3	9,914E-02	1	9,914E-02	,589	,448	,589	,116
TIME*TSC3GR	Level 1 vs. Level 2	,364	1	,364	2,366	,132	2,366	,323
	Level 2 vs. Level 3	8,362E-04	1	8,362E-04	,005	,944	,005	,051
TIME*TRS	Level 1 vs. Level 2	6,797E-02	1	6,797E-02	,442	,510	,442	,099
	Level 2 vs. Level 3	7,806E-03	1	7,806E-03	,046	,831	,046	,055
TIME*WAI_1	Level 1 vs. Level 2	,923	1	,923	5,997	,019	5,997	,666
	Level 2 vs. Level 3	3,607E-03	1	3,607E-03	,021	,884	,021	,052
Error (TIME)	Level 1 vs. Level 2	6,002	39	,154				
	Level 2 vs. Level 3	6,567	39	,168				

* $p < .05$

Τα διαγράμματα διασποράς των προβλεπόμενων τιμών του μοντέλου ως προς τα τυποποιημένα υπόλοιπα έχουν ικανοποιητική εικόνα, κυρίως σε ότι αφορά τη 2^η και την 3^η μέτρηση. Εντούτοις, τα τυποποιημένα υπόλοιπα αυτού του μοντέλου μοιάζουν να εμφανίζουν κάποια μικρή «ομαδοποίηση» σε ό,τι αφορά τη 2^η μέτρηση (P-P plot). Αντίθετα, η εικόνα των υπολοίπων είναι καλύτερη στο μοντέλο που ακολουθεί.

B) Σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή ως συστάδες.

Ακολουθώντας τη forward selection method, το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης που διαμορφώθηκε ήταν παρόμοιο με το προηγούμενο. Περιλάμβανε κι αυτό τις τρεις ανεξάρτητες μεταβλητές: πρώτη, την αρνητική μεταβίβαση (power = 1,000), δεύτερη τη θεραπευτική προσέγγιση (power = 0,888) και τρίτη την αντιδραστικότητα (power = 0,512). Η κύρια επίδραση του χρόνου δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική, όπως επίσης δεν υπήρχε αλληλεπίδραση μεταξύ του χρόνου μέτρησης και των υπόλοιπων ανεξάρτητων μεταβλητών, σε αυτή την περίπτωση, ούτε με τη μεταβλητή της θεραπευτικής συμμαχίας.

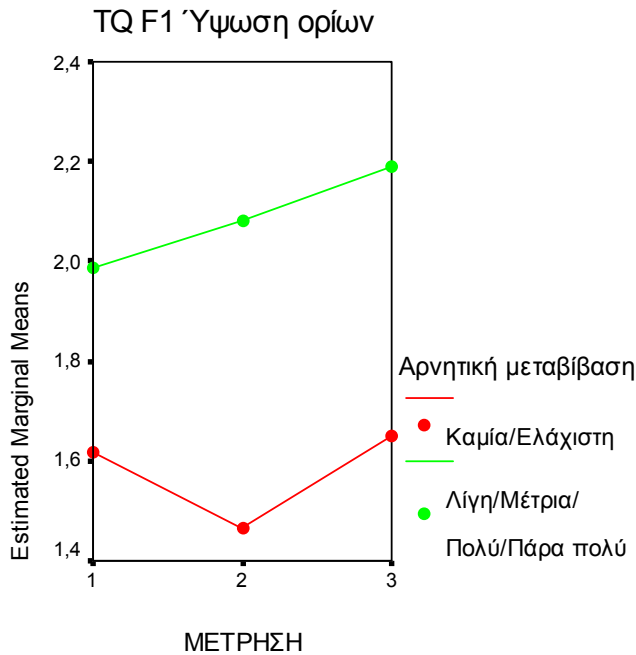
Ωστόσο, όταν στο τελικό μοντέλο επιδράσεων προστέθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή η χρονική απόσταση ανάμεσα στην 1^η και τη 2^η μέτρηση της μελέτης, προκειμένου να

διερευνηθεί εάν τροποποιούνται τα υπάρχοντα αποτελέσματα, υπήρξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Παρόλο που καμία άλλη μεταβλητή δεν ήταν υποψήφια για να εισαχθεί στο μοντέλο από μόνη της, η αλληλεπίδραση συστάδας και χρονικής απόστασης μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης μέσα στο χρόνο ήταν στατιστικά σημαντική. Δηλαδή, διαπιστώθηκε ότι οι θεραπευόμενοι διαφορετικών συστάδων είχαν διαφορετική εξέλιξη μέσα στο χρόνο στις τιμές της αντίστασης ύψωσης ορίων, και μάλιστα η εξέλιξη αυτή επηρεαζόταν και από την χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} συμπλήρωσης. Εισάγοντας στο μοντέλο τη συγκεκριμένη αλληλεπίδραση η επίδραση της αντιδραστικότητας έπαψε να είναι σημαντική (power = 0,462). Συνεπώς, το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης διαμορφώθηκε με τις εξής ανεξάρτητες μεταβλητές: αρνητική μεταβίβαση, θεραπευτική προσέγγιση, συστάδα, χρονική απόσταση 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης και αλληλεπίδραση συστάδας και χρονικής απόστασης 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων, από τις κύριες επιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών στο μοντέλο μόνο αυτές της αρνητικής μεταβίβασης, $F(1,34) = 25,05, p < 0,001$, και της θεραπευτικής προσέγγισης, $F(1,34) = 6,58, p < 0,02$, παραμένουν σημαντικές. Οι οριακές μέσες τιμές για τις κύριες επιδράσεις (Γράφημα 7) δείχνουν ότι οι θεραπευόμενοι που εκδηλώνουν καμία/ελάχιστη αρνητική μεταβίβαση ($M = 1,58$) αναμένεται να έχουν χαμηλότερη τιμή, κατά μέσο όρο περίπου 0,51 μονάδες, στην αντίσταση ύψωσης ορίων σε σύγκριση με τους θεραπευόμενους που εκδηλώνουν λίγη έως πάρα πολύ αρνητική μεταβίβαση ($M = 2,09$).

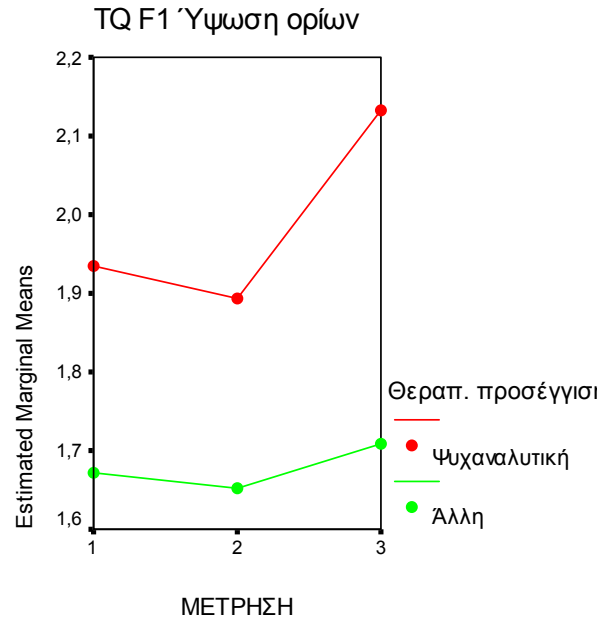
Γράφημα 7

Οριακές μέσες τιμές αρνητικής μεταβίβασης στην αντίσταση ύψωσης ορίων



Γράφημα 8

Οριακές μέσες τιμές θεραπευτικής προσέγγισης στην αντίσταση ύψωσης ορίων



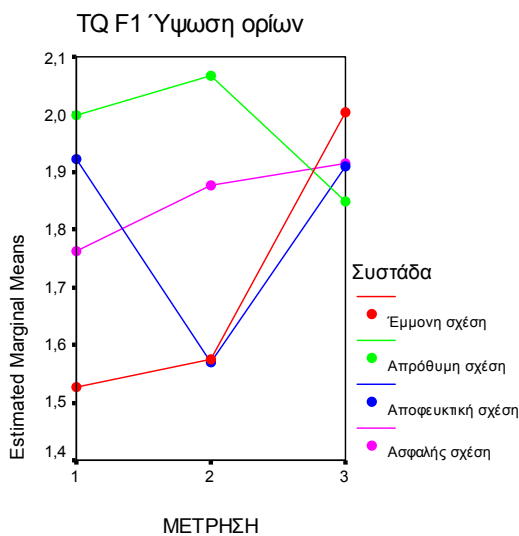
Επίσης, όπως φαίνεται στο Γράφημα 8, οι θεραπευόμενοι σε ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ($M = 1,99$) αναμένεται να έχουν υψηλότερη τιμή, κατά περίπου 0,31 μονάδες, στην αντίσταση ύψωσης ορίων συγκριτικά με τους θεραπευόμενους άλλης θεραπευτικής προσέγγισης ($M = 1,68$).

Όπως ίσχυε και στο προηγούμενο μοντέλο -όπου η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εξεταζόταν ως υποκλίμακες- από την εκτίμηση των παραμέτρων προκύπτει ότι η επίδραση της αρνητικής μεταβίβασης είναι μεγαλύτερη στη 2^η μέτρηση ($B = -0,62$, $t = -4,69$, $p < 0,001$) και στην 3^η μέτρηση ($B = -0,54$, $t = -4,17$, $p < 0,001$), συγκριτικά με την 1^η μέτρηση της έρευνας ($B = -0,37$, $t = -3,14$, $p < 0,003$), καθώς η παράμετρος σε αυτές τις δύο μετρήσεις έχει μεγαλύτερη απόλυτη τιμή. Επίσης, η επίδραση της θεραπευτικής προσέγγισης παραμένει μεγαλύτερη στην 3^η μέτρηση ($B = 0,42$, $t = 2,76$, $p < 0,009$), παρά στις δύο προηγούμενες ($B = 0,26$, $t = 1,88$, $p < 0,07$ στην 1^η μέτρηση και $B = 0,24$, $t = 1,54$, $p < 0,132$, στη 2^η μέτρηση, αντιστοίχως). Η διαφορά στις μέσες τιμές της αντίστασης ύψωσης ορίων

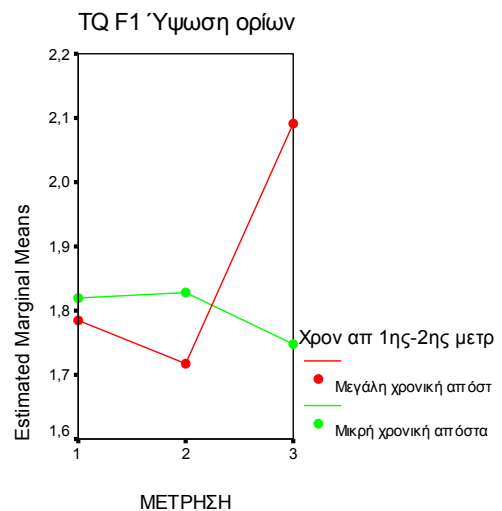
μεταξύ των θεραπευομένων σε ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και εκείνων με άλλη θεραπευτική προσέγγιση, στην 3^η μέτρηση της έρευνας, είναι της τάξης του 0,4. Γενικότερα, πάντως, παρατηρείται ότι η επίδραση της θεραπευτικής προσέγγισης είναι μικρότερη σε αυτό το μοντέλο, όπου συνεξετάζονται οι παράμετροι της συστάδας και της χρονικής απόστασης μεταξύ 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης.

Όσον αφορά τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μεταβλητών, η αλληλεπίδραση της συστάδας με τον χρόνο είναι οριακά στατιστικά σημαντική, $F(6,68) = 2,10, p < 0,07$, ενώ στατιστικά σημαντικές είναι η αλληλεπίδραση του χρόνου με τη χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης, $F(2,68) = 4,18, p < 0,02$, καθώς επίσης η αλληλεπίδραση του χρόνου με την αλληλεπίδραση της συστάδας και της χρονικής απόστασης μεταξύ 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης, $F(6,68) = 2,80, p < 0,02$. Ιδιαίτερα, οι διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στη 2^η μέτρηση –πριν τις καλοκαιρινές διακοπές– και στην 3^η μέτρηση, μετά την επιστροφή από αυτές (Γράφημα 9 και Γράφημα 10).

Γράφημα 9
Αλληλεπίδραση συστάδας και χρόνου μέτρησης
της έρευνας στην αντίσταση ύψωσης ορίων



Γράφημα 10
Αλληλεπίδραση χρόνου και απόστασης μεταξύ
1^{ης}–2^{ης} μέτρησης στην αντίσταση ύψωσης ορίων



Πιο συγκεκριμένα, οι θεραπευόμενοι της έμμονης συστάδας έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές από τους υπόλοιπους στην 1^η μέτρηση και παρουσιάζουν αύξηση των τιμών στην αντίσταση ύψωσης ορίων μέσα στο χρόνο και ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση στην τελευταία μέτρηση ($M = 2,00$) σε σχέση με τις προηγούμενες μετρήσεις ($M = 1,53$ στην 1^η και $M = 1,58$ στη 2^η μέτρηση). Οι θεραπευόμενοι της ασφαλούς συστάδας έχουν μικρή αύξηση των τιμών μέσα στο χρόνο ($M = 1,76$, $M = 1,88$, $M = 1,92$). Οι θεραπευόμενοι της απρόθυμης συστάδας εμφανίζουν τη μέγιστη τιμή στην αντίσταση ύψωσης ορίων στη 2^η μέτρηση ($M = 2,07$), ενώ αντιθέτως οι θεραπευόμενοι της αποφευκτικής συστάδας εμφανίζουν την ελάχιστη τιμή στην αντίσταση ύψωσης ορίων στη 2^η μέτρηση ($M = 1,57$). Στην τελευταία μέτρηση, όλοι οι θεραπευόμενοι ανεξάρτητα από τη συστάδα όπου ανήκουν έχουν παρόμοιες τιμές στην αντίσταση ύψωσης ορίων.

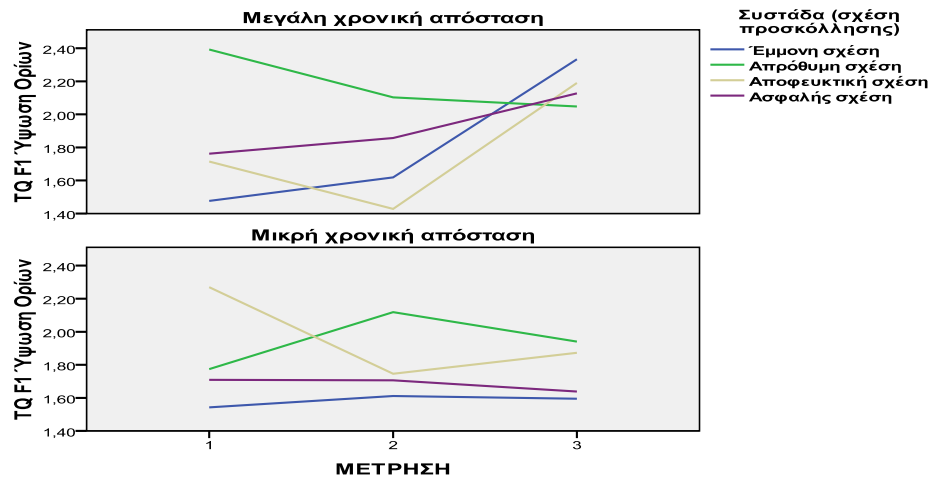
Από την αλληλεπίδραση μεταξύ του χρόνου και της χρονικής απόστασης 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης (Γράφημα 10) διαπιστώνεται ότι οι θεραπευόμενοι που η 1^η μέτρησή τους πραγματοποιήθηκε το διάστημα από Οκτώβριο έως και Φεβρουάριο ξεκίνησαν με μικρότερη ($M = 1,79$), κατά μέσο όρο, τιμή στην αντίσταση ύψωσης ορίων, συγκριτικά με εκείνους που ξεκίνησαν αργότερα, το διάστημα Μαρτίου-Μαΐου ($M = 1,82$). Ωστόσο, εμφανίζουν μεγάλη αύξηση στην αντίσταση ύψωσης ορίων κατά την 3^η μέτρηση ($M = 2,09$). Αντίθετα, οι θεραπευόμενοι που η 1^η μέτρησή τους πραγματοποιήθηκε από Μάρτιο έως και Μάιο παρουσιάζουν σχετικά σταθερές τιμές στην αντίσταση ύψωσης ορίων μέσα στο χρόνο ($M = 1,82$, $M = 1,83$, $M = 1,75$).

Από την αλληλεπίδραση της συστάδας με τη χρονική απόσταση 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης και με το χρόνο (Γράφημα 11), φαίνεται ότι αυξητική τάση στην αντίσταση ύψωσης ορίων στους θεραπευόμενους της έμμονης συστάδας εντοπίζεται μόνο σε αυτούς με μεγάλη χρονική απόσταση ανάμεσα στην 1^η και τη 2^η μέτρηση ($M = 1,42$, $M = 1,43$, $M = 2,27$). Οι

θεραπευόμενοι, οι οποίοι είχαν μικρή χρονική απόσταση ανάμεσα στην 1^η και τη 2^η μέτρηση, έχουν σταθερή τιμή ($M = 1,63$, $M = 1,72$, $M = 1,73$).

Γράφημα 11

Τάσεις στην αντίσταση ύψωσης ορίων ανά χρονική απόσταση 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης



Αντίστοιχη εικόνα παρουσιάζουν και οι θεραπευόμενοι της ασφαλούς συστάδας: εκείνοι με μεγάλη χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης παρουσιάζουν αύξηση στις μέσες τιμές της αντίστασης ύψωσης ορίων μέσα στον χρόνο ($M = 1,69$, $M = 1,84$, $M = 2,00$), ενώ για τους θεραπευόμενους με μικρή χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης οι τιμές τους παραμένουν σχετικά σταθερές μέσα στον χρόνο ($M = 1,83$, $M = 1,91$, $M = 1,83$). Ανάμεσα στους θεραπευόμενους της απρόθυμης συστάδας, εμφανίζουν μέγιστη τιμή στην αντίσταση ύψωσης ορίων στη 2^η μέτρηση ($M = 2,15$) αυτοί με μικρή χρονική απόσταση ενδιάμεσως των δύο πρώτων μετρήσεων ($M = 1,73$ στην 1^η και $M = 1,86$ στην 3^η μέτρηση, αντίστοιχα), ενώ οι πιο «παλιοί» θεραπευόμενοι έχουν ελαφρά πτωτική τάση ($M = 2,26$, $M = 1,98$, $M = 1,83$).

Τέλος, οι θεραπευόμενοι της αποφευκτικής συστάδας με μεγάλη χρονική απόσταση ανάμεσα στις δύο πρώτες μετρήσεις ($M = 1,77$ και $M = 1,62$, αντίστοιχα) εμφανίζουν τη μέγιστη αντίσταση ύψωσης ορίων στην 3^η μέτρηση ($M = 2,25$), δηλαδή μετά το πέρας των διακοπών, ενώ αντίθετα οι θεραπευόμενοι με μικρή χρονική απόσταση στις πρώτες δύο

μετρήσεις έχουν τη μέγιστη αντίσταση ύψωσης ορίων στην αρχική μέτρηση ($M = 2,08$), καθώς η μέση τιμή στη 2^η μέτρηση είναι $M = 1,52$ και στην 3^η μέτρηση είναι $M = 1,57$. Τόσο η μικρότερη όσο και η μεγαλύτερη τιμή απ' όλες στην αντίσταση ύψωσης ορίων εντοπίζονται στη συστάδα της έμμονης προσκόλλησης με τον θεραπευτή και σε εκείνους με μεγάλη χρονική απόσταση ανάμεσα στις δυο πρώτες μετρήσεις. Η μεν μικρότερη τιμή εμφανίζεται στην 1^η μέτρηση, η δε μεγαλύτερη τιμή εμφανίζεται στην 3^η μέτρηση.

Τα τυποποιημένα υπόλοιπα αυτού του μοντέλου –όπου η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή διερευνάται ως διακριτές συστάδες και όχι ως υποκλίμακες– δεν εμφανίζουν αποκλίσεις από την κανονικότητα. Παρόλο που υπάρχει μία ακραία τιμή στην 1^η μέτρηση, δεν φαίνεται να έχει σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα και για αυτό δεν εξαιρέθηκε.

Συμπερασματικά, όταν η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εξετάζεται ως ξεχωριστή τυπολογία παρά ως διαφορετικός βαθμός συνύπαρξης των επιμέρους διαστάσεων, παρατηρείται ότι οι καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας ασκούν κάποια επίδραση στην αντίσταση ύψωσης ορίων που θα εκφράσουν οι θεραπευόμενοι –σε σύγκριση με μια οποιαδήποτε άλλη «ουδέτερη» φάση της θεραπείας. Μάλιστα, η επίδραση αυτή είναι διαφορετική ανάλογα με τον τύπο της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, αλλά και το διάστημα της θεραπείας που έχει προηγηθεί των διακοπών. Ανεξάρτητα από αυτές τις παραμέτρους, οι θεραπευόμενοι που εκδηλώνουν αρνητική μεταβίβαση, καθώς και οι θεραπευόμενοι σε ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία εμφανίζουν μεγαλύτερη αντίσταση ύψωσης ορίων, γύρω από την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών.

Μοντέλα παλινδρόμησης για την αντίσταση κατάργησης ορίων (2^{ος} παράγοντας).

Α) Σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή ως υποκλίμακες.

Η εξαρτημένη μεταβλητή, η αντίσταση κατάργησης ορίων, είναι συνεχής μεταβλητή και δεν παρουσιάζει ασυμμετρία ή ακραίες τιμές, στις τρεις μετρήσεις της έρευνας. Όσον αφορά

τη συγγραμμικότητα, οι περισσότερες ανεξάρτητες μεταβλητές που εισήχθησαν στο τελικό μοντέλο είχαν κατά κύριο λόγο μηδενικές, ή μικρές, κατά ζεύγη συσχετίσεις. Εξαίρεση αποτέλεσαν οι παράμετροι της ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης και της αποφευκτικής σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, οι οποίες ήταν ισχυρά συσχετισμένες ($p = -0,732$). Συνεπώς, στο τελικό μοντέλο επελέγη να συμπεριληφθεί η μεταβλητή της ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης, καθώς το αντίστοιχο μοντέλο με ανεξάρτητη μεταβλητή την αποφευκτική σχέση προσκόλλησης δεν πρόσφερε καμία επιπλέον πληροφορία σε σχέση με το πρώτο, παρεκτός την αλλαγή στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, καθώς τα αποτελέσματα ήταν ίδια, αλλά με αντίστροφα πρόσημα. Επίσης, επειδή στο τελικό μοντέλο, το Mauchly's test έδειξε ότι παραβιάζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας, για αυτό από τα αποτελέσματα του SPSS χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Greenhouse-Geisser και η διόρθωση Huynh-Feldt. Τα αποτελέσματα των δύο διορθώσεων δεν διέφεραν σημαντικά.

Ακολουθώντας τη forward selection method, το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης που διαμορφώθηκε περιλάμβανε δύο ανεξάρτητες μεταβλητές. Σε πρώτο στάδιο, την αρνητική μεταβίβαση ($\text{power} = 0,904$) και στη συνέχεια την αντιδραστικότητα, για την οποία παρόλο που η κύρια επίδρασή της δεν ήταν σημαντική ($\text{power} = 0,107$), όταν εισήχθη στο μοντέλο ως ανεξάρτητη μεταβλητή παρατηρήθηκε επίδραση του χρόνου ($p = 0,038$ κατά Greenhouse-Geisser και $p = 0,033$ κατά Huynh-Feldt), καθώς και αλληλεπίδραση του χρόνου με την αντιδραστικότητα ($p = 0,035$ κατά Greenhouse-Geisser και $p = 0,030$ κατά Huynh-Feldt). Επιπλέον, όσον αφορά την αλληλεπίδραση των δύο μεταβλητών του μοντέλου –αρνητική μεταβίβαση και αντιδραστικότητα– παρότι η κύρια επίδραση της αλληλεπίδρασης δεν ήταν σημαντική, παρατηρήθηκαν σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με τον χρόνο (Πίνακας 15). Συνεπώς, το τελικό μοντέλο που προέκυψε περιλάμβανε την αρνητική μεταβίβαση, την αντιδραστικότητα, καθώς επίσης και την αλληλεπίδρασή τους.

Όταν στο τελικό μοντέλο επιδράσεων, προστέθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή η χρονική απόσταση ανάμεσα στην 1^η και τη 2^η μέτρηση της μελέτης, προκειμένου να διερευνηθεί εάν τροποποιούνται τα υπάρχοντα αποτελέσματα, υπήρξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Η αλληλεπίδραση ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή και χρονικής απόστασης μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης μέσα στον χρόνο ήταν στατιστικά σημαντική (Πίνακας 15). Αντιστοίχως, για τους λόγους συγγραμικότητας που αναφέρθηκαν παραπάνω, σημαντική ήταν και η αλληλεπίδραση της αποφευκτικής σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή και της χρονικής απόστασης μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης. Οπότε, λαμβάνοντας υπόψη το πρόβλημα της συγγραμικότητας, το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης διαμορφώθηκε με τις εξής ανεξάρτητες μεταβλητές: αρνητική μεταβίβαση, αντιδραστικότητα, αλληλεπίδραση αρνητικής μεταβίβασης και αντιδραστικότητας, χρονική απόσταση 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης, ασφαλής σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή και αλληλεπίδραση ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης και χρονικής απόστασης 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης.

Πίνακας 15

Έλεγχοι υποθέσεων για την επίδραση του χρόνου στην αντίσταση κατάργησης ορίων

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
TIME	Greenhouse-Geisser	,581	1,558	,373	8,184	,002	12,753	,909
	Huynh-Feldt	,581	1,878	,309	8,184	,001	15,371	,904
TIME*TSC3GR	Greenhouse-Geisser	,273	1,558	,175	3,848	,037	5,996	,603
	Huynh-Feldt	,273	1,878	,145	3,848	,028	7,227	,661
TIME*SUBMIS	Greenhouse-Geisser	,546	1,558	,350	7,687	,002	11,979	,890
	Huynh-Feldt	,546	1,878	,290	7,687	,001	14,438	,929
TIME*TRS	Greenhouse-Geisser	,314	1,558	,202	4,429	,024	6,902	,666
	Huynh-Feldt	,314	1,878	,167	4,429	,017	8,318	,725
TIME*SEC_1	Greenhouse-Geisser	,306	1,558	,196	4,308	,026	6,714	,654
	Huynh-Feldt	,306	1,878	,163	4,308	,019	8,092	,713
TIME*TSC3*TRS	Greenhouse-Geisser	,308	1,558	,198	4,338	,026	6,760	,657
	Huynh-Feldt	,308	1,878	,164	4,338	,019	8,148	,716
TIME*SUB*SEC_1	Greenhouse-Geisser	,536	1,558	,344	7,554	,003	11,772	,885
	Huynh-Feldt	,536	1,878	,285	7,554	,001	14,189	,925
Error (TIME)	Greenhouse-Geisser	2,626	57,658	4,554E-02				
	Huynh-Feldt	2,626	69,494	3,778E-02				

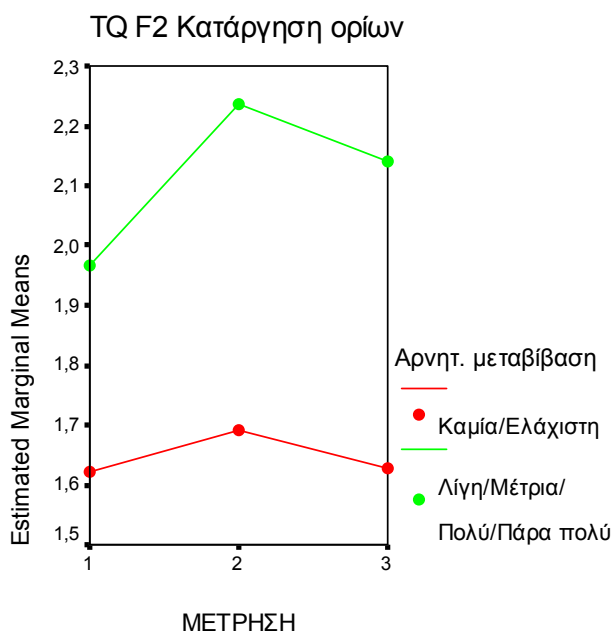
^a $p < .05$

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων, καμία από τις κύριες επιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Από την άλλη πλευρά, η επίδραση του χρόνου στην αντίσταση κατάργησης ορίων ήταν στατιστικά σημαντική ($p = 0,001-0,002$) (Πίνακας 15).

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 15, ο χρόνος βρέθηκε να αλληλεπιδρά σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές του μοντέλου. Η αλληλεπίδραση της αρνητικής μεταβίβασης με τον χρόνο ήταν στατιστικά σημαντική σε επίπεδο $p = 0,028-0,037$. Δηλαδή, ανάλογα με τη χρονική στιγμή της έρευνας η αρνητική μεταβίβαση επηρέαζε διαφορετικά την εκδήλωση αντίστασης τύπου κατάργησης ορίων (Γράφημα 12). Οι οριακές μέσες τιμές για την αρνητική μεταβίβαση έδειξαν ότι οι θεραπευόμενοι που εκδηλώνουν καμία/ελάχιστη αρνητική μεταβίβαση ($M = 1,70$) αναμένεται να έχουν χαμηλότερη τιμή, κατά περίπου 0,42 μονάδες, στην αντίσταση κατάργησης ορίων σε σύγκριση με τους θεραπευόμενους που εκδηλώνουν λίγη έως πάρα πολύ αρνητική μεταβίβαση ($M = 2,12$).

Γράφημα 12

Τάσεις στην κατάργηση ορίων ανά βαθμό αρνητικής μεταβίβασης



Επίσης, σύμφωνα με τον Πίνακα 15, στατιστικά σημαντική ήταν η αλληλεπίδραση του χρόνου με τη χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης ($p = 0,001-0,002$), η αλληλεπίδραση του χρόνου με την αντιδραστικότητα ($p = 0,017-0,024$), η αλληλεπίδραση του χρόνου με την ασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή ($p = 0,019-0,026$), καθώς επίσης οι αλληλεπιδράσεις χρόνου-αρνητικής μεταβίβασης-αντιδραστικότητας ($p = 0,019-0,026$) και χρόνου-χρονικής απόστασης μεταξύ 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης-ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή ($p = 0,001-0,003$). Με τη χρήση πολλαπλών συγκρίσεων, βρέθηκε ότι οι διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στη 2^η μέτρηση –πριν τις καλοκαιρικές διακοπές– και στην 3^η μέτρηση, μετά την επιστροφή από αυτές (Πίνακας 16).

Πίνακας 16

Διαφορές μεταξύ των μετρήσεων στο μοντέλο επιδράσεων για την αντίσταση κατάργησης ορίων

Source	TIME	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
TIME	Level 1 vs. Level 2	,286	1	,286	2,837	,101	2,837	,375
	Level 2 vs. Level 3	,295	1	,295	8,125	,007	8,125	,797
TIME* TSC3GR	Level 1 vs. Level 2	,252	1	,252	2,504	,122	2,504	,338
	Level 2 vs. Level 3	4,770E-02	1	4,770E-02	1,328	,257	1,328	,202
TIME*SUBMIS	Level 1 vs. Level 2	,269	1	,269	2,670	,111	2,670	,357
	Level 2 vs. Level 3	,277	1	,277	7,701	,009	7,701	,771
TIME*TRS	Level 1 vs. Level 2	4,120E-02	1	4,120E-02	,409	,526	,409	,096
	Level 2 vs. Level 3	,316	1	,316	8,801	,005	8,801	,824
TIME*SEC_1	Level 1 vs. Level 2	,339	1	,339	3,370	,074	3,370	,432
	Level 2 vs. Level 3	2,576E-02	1	2,576E-02	,717	,403	,717	,131
TIME*TSC3*TRS	Level 1 vs. Level 2	,302	1	,302	2,995	,092	2,995	,392
	Level 2 vs. Level 3	4,443E-02	1	4,443E-02	1,237	,273	1,237	,192
TIME*SUB*SEC_1	Level 1 vs. Level 2	,278	1	,278	2,759	,105	2,759	,366
	Level 2 vs. Level 3	,258	1	,258	7,194	,011	7,194	,743
Error (TIME)	Level 1 vs. Level 2	3,726	37	,101				
	Level 2 vs. Level 3	1,329	37	3,592E-02				

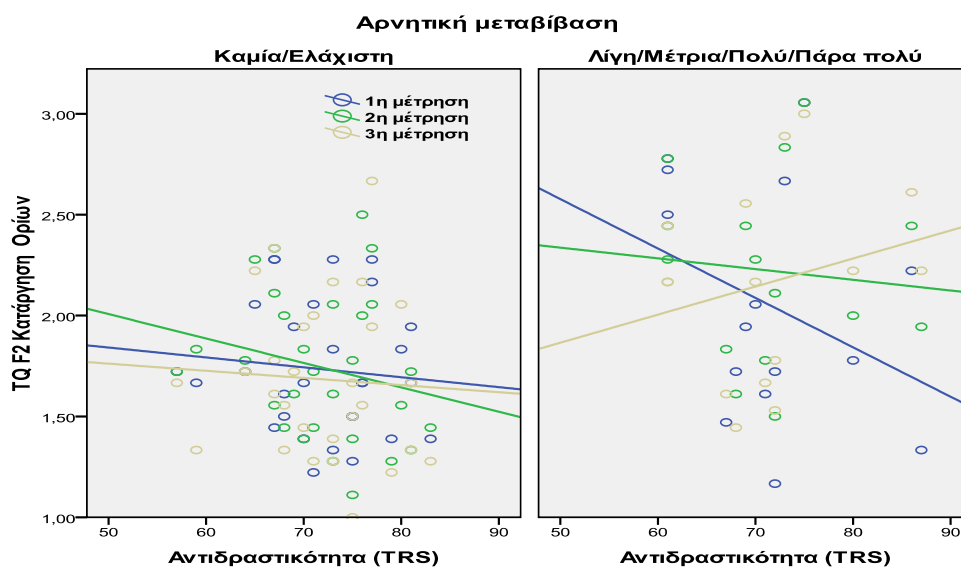
^a $p < .05$

Εξετάζοντας αναλυτικότερα την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο χρόνο, την αρνητική μεταβίβαση και την αντιδραστικότητα, διαπιστώνεται ότι για τους θεραπευόμενους με «καμία/ελάχιστη» αρνητική μεταβίβαση, η κλίση της ευθείας παλινδρόμησης για την

αντίσταση κατάργησης ορίων σε σχέση με την αντιδραστικότητα είναι πάρα πολύ μικρή και ελαφρά αρνητική στη 2^η μέτρηση της έρευνας (πριν τις καλοκαιρινές διακοπές), ενώ για τους θεραπευόμενους με λίγη έως πάρα πολύ αρνητική μεταβίβαση η κλίση της ευθείας παλινδρόμησης ξεκινά από αρνητική στην 1^η μέτρηση και εξελίσσεται σε ελαφρά θετική στην 3^η μέτρηση (Γράφημα 13).

Γράφημα 13

Αντίσταση κατάργησης ορίων ως προς αντιδραστικότητα ανά βαθμό αρνητικής μεταβίβασης και ανά μέτρηση

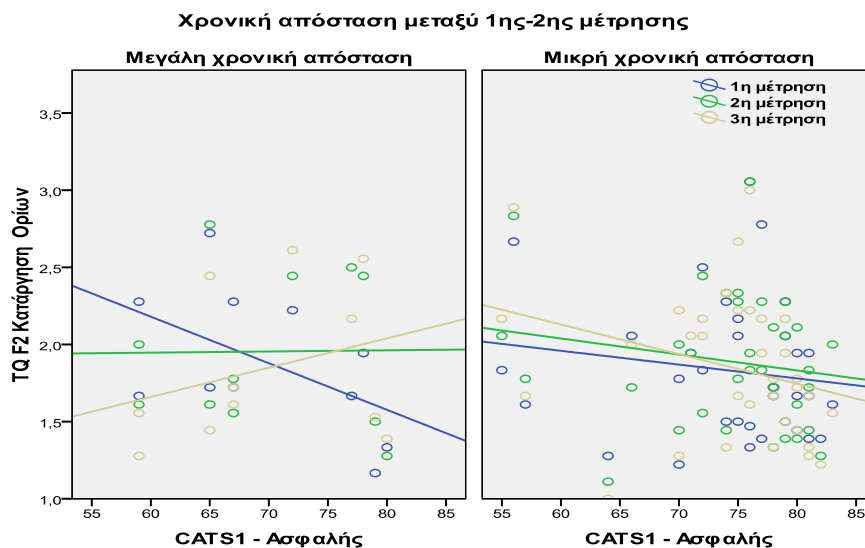


Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας οι θεραπευόμενοι με «καμία/ελάχιστη» αρνητική μεταβίβαση όσο πιο αντιδραστικοί είναι ως προσωπικότητες τόσο μικρότερη αντίσταση κατάργησης ορίων αναμένεται να εκδηλώσουν. Αντίθετα, οι θεραπευόμενοι με ορισμένη αρνητική μεταβίβαση, ενώ στην αρχική, «ουδέτερη» φάση της έρευνας όσο πιο αντιδραστικοί είναι χαρακτηριστικά τόσο μικρότερη αντίσταση κατάργησης ορίων θα εκφράσουν, αυτό μεταστρέφεται μετά το πέρας των θερινών διακοπών και πλέον όσο πιο αντιδραστικοί είναι τόσο μεγαλύτερη αντίσταση κατάργησης ορίων αναμένεται να εκδηλώσουν.

Αντίστοιχα, από την εξέταση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο χρόνο, τη χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης και την ασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, διαπιστώνεται ότι για τους θεραπευόμενους με μεγαλύτερη χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης («παλαιοί» θεραπευόμενοι) η κλίση της ευθείας παλινδρόμησης για την αντίσταση κατάργησης ορίων αναφορικά με την ασφαλή σχέση προσκόλλησης ξεκινά από αρνητική στην 1^η μέτρηση της έρευνας, μικραίνει στη φάση πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας και στην 3^η μέτρηση γίνεται ελαφρά θετική. Αντίθετα, για τους θεραπευόμενους με μικρή χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης («νέοι» θεραπευόμενοι) η κλίση και στις τρεις μετρήσεις της έρευνας είναι ελαφρά αρνητική και δεν αλλάζει σημαντικά στο χρόνο (Γράφημα 14). Με άλλα λόγια, οι θεραπευόμενοι με μεγαλύτερο διάστημα θεραπείας όσο πιο ασφαλή σχέση προσκόλλησης έχουν με τον θεραπευτή τους τόσο μικρότερη αντίσταση κατάργησης ορίων θα εκδηλώσουν στην αρχή της θεραπείας τους, ενώ στη φάση πριν και, ιδιαίτερα, μετά τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας αναμένεται να εκφράσουν μεγαλύτερη αντίσταση τύπου κατάργησης ορίων.

Γράφημα 14

Αλληλεπίδραση χρονικής απόστασης 1ης–2ης μέτρησης, ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με θεραπευτή και χρόνου μέτρησης της έρευνας



Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει και στο επόμενο μοντέλο που αφορά την αντίσταση κατάργησης ορίων, όπου η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εξετάζεται ως διακριτές συστάδες.

B) Σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή ως συστάδες.

Η κατανομή των δεδομένων για την αντίσταση κατάργησης ορίων δεν παρουσίασε προβλήματα κανονικότητας στις τρεις μετρήσεις της έρευνας. Το Mauchly's test έδειξε ότι παραβιάζεται οριακά η υπόθεση της σφαιρικότητας ($p = 0,046$). Εντούτοις για τις επιδράσεις των παραγόντων εντός των ομάδων (χρόνος και αλληλεπιδράσεις του χρόνου με άλλους παράγοντες) χρησιμοποιήθηκαν τα αποτελέσματα όπως εμφανίζονται στο SPSS, χωρίς διόρθωση, για τους εξής δύο λόγους. Αφενός, γιατί υποθέτοντας ότι υπάρχει σφαιρικότητα τα αποτελέσματα βρέθηκαν να συμπίπτουν με τα αποτελέσματα της διόρθωσης Huynh-Feldt. Αφετέρου, τα αποτελέσματα με τη διόρθωση Greenhouse-Geisser δεν βρέθηκαν να διαφέρουν σημαντικά από αυτά που προέκυψαν υποθέτοντας σφαιρικότητα.

Ακολουθώντας τη forward selection method, το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης που διαμορφώθηκε ήταν παρόμοιο με το προηγούμενο. Σε πρώτο στάδιο περιλήφθηκε η αρνητική μεταβίβαση ($p = 0,935$) και δεύτερη η αντιδραστικότητα λόγω της αλληλεπίδρασής της με τον χρόνο ($p = 0,033$ κατά Greenhouse-Geisser και $p = 0,030$ κατά Huynh-Feldt). Επίσης, στο τελικό μοντέλο συμπεριλήφθηκε η αλληλεπίδραση των δύο ανεξάρτητων μεταβλητών, καθώς με την εισαγωγή της αλληλεπίδρασης στο μοντέλο προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με τον χρόνο. Όταν στο τελικό μοντέλο επιδράσεων, προστέθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή η χρονική απόσταση ανάμεσα στην 1^η και τη 2^η μέτρηση της μελέτης, προκειμένου να διερευνηθεί εάν τροποποιούνται τα υπάρχοντα αποτελέσματα, υπήρξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Παρόλο που καμία άλλη μεταβλητή δεν ήταν υποψήφια για να εισαχθεί στο μοντέλο από μόνη της, η αλληλεπίδραση

συστάδας και χρονικής απόστασης μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης μέσα στον χρόνο ήταν στατιστικά σημαντική. Δηλαδή, διαπιστώθηκε ότι οι θεραπευόμενοι διαφορετικών συστάδων είχαν διαφορετική εξέλιξη μέσα στο χρόνο στις τιμές της αντίστασης κατάργησης ορίων, και μάλιστα η εξέλιξη αυτή επηρεαζόταν και από την χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης. Συνεπώς, το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης διαμορφώθηκε με τις εξής ανεξάρτητες μεταβλητές: αρνητική μεταβίβαση, αντιδραστικότητα, αλληλεπίδραση αρνητικής μεταβίβασης και αντιδραστικότητας, συστάδα, χρονική απόσταση 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης και αλληλεπίδραση συστάδας και χρονικής απόστασης 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης.

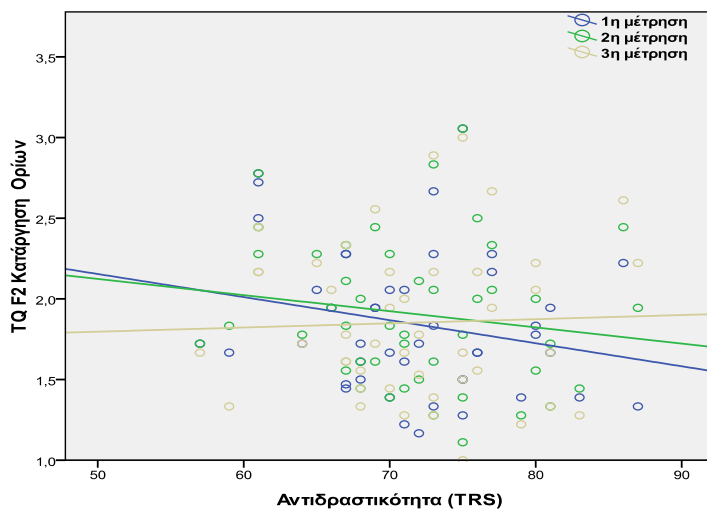
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων, καμία από τις κύριες επιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών δεν ήταν πλέον στο τελικό μοντέλο στατιστικά σημαντική. Από την άλλη πλευρά, η επίδραση του χρόνου στην αντίσταση κατάργησης ορίων ήταν σημαντική, $F(2,66) = 4,40, p < 0,02$. Από τις οριακές μέσες τιμές προκύπτει ότι η μέση τιμή της κατάργησης ορίων στη 2^η μέτρηση ($M = 1,96$) είναι οριακά σημαντικά μεγαλύτερη, κατά περίπου 0,17 μονάδες, από τη μέση τιμή της 1^{ης} μέτρησης ($M = 1,79$), ενώ η μέση τιμή στην 3^η μέτρηση είναι $M = 1,88$. Δηλαδή, οι θεραπευόμενοι αναμένεται να εκδηλώνουν μεγαλύτερη αντίσταση τύπου κατάργησης ορίων στη φάση πριν τις καλοκαιρινές διακοπές, συγκριτικά με μια «ουδέτερη» φάση της θεραπείας.

Όπως και στο προηγούμενο μοντέλο, στατιστικά σημαντική βρέθηκε να είναι και η αλληλεπίδραση του χρόνου με την αρνητική μεταβίβαση, $F(2,66) = 7,07, p < 0,002$. Συγκεκριμένα, η επίδραση της αρνητικής μεταβίβασης αλλάζει μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης, καθώς παρατηρείται αυξητική τάση (Γράφημα 12). Οι οριακές μέσες τιμές δείχνουν ότι όσοι εκδηλώνουν «καμία/ελάχιστη» αρνητική μεταβίβαση αναμένεται να έχουν, κατά 0,47 μονάδες περίπου, μικρότερη τιμή στην αντίσταση τύπου κατάργησης ορίων σε σύγκριση με τους θεραπευόμενους που εκδηλώνουν από λίγη έως πάρα πολύ αρνητική μεταβίβαση.

Παρομοίως, στατιστικά σημαντική βρέθηκε και η αλληλεπίδραση του χρόνου με την αντιδραστικότητα, $F(2,66) = 4,78$, $p < 0,02$. Οι διαφορές εντοπίζονται, κυρίως, μεταξύ 2^{ης} και 3^{ης} μέτρησης (Γράφημα 15). Συγκεκριμένα, ενώ στις δύο πρώτες μετρήσεις παρατηρείται μικρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, στην 3^η μέτρηση παύει να υφίσταται οποιαδήποτε συσχέτιση. Αυτό σημαίνει ότι οι θεραπευόμενοι με μεγαλύτερη αντιδραστικότητα αναμένεται να δείξουν μικρότερο βαθμό αντίστασης τύπου κατάργησης ορίων στην αρχική φάση μέτρησης, αλλά και πριν τις θερινές διακοπές, η σχέση αυτή όμως εξαλείφεται στη φάση μετά το πέρας των διακοπών.

Γράφημα 15

Αλληλεπίδραση αντιδραστικότητας και χρόνου μέτρησης της έρευνας στην αντίσταση κατάργησης των ορίων



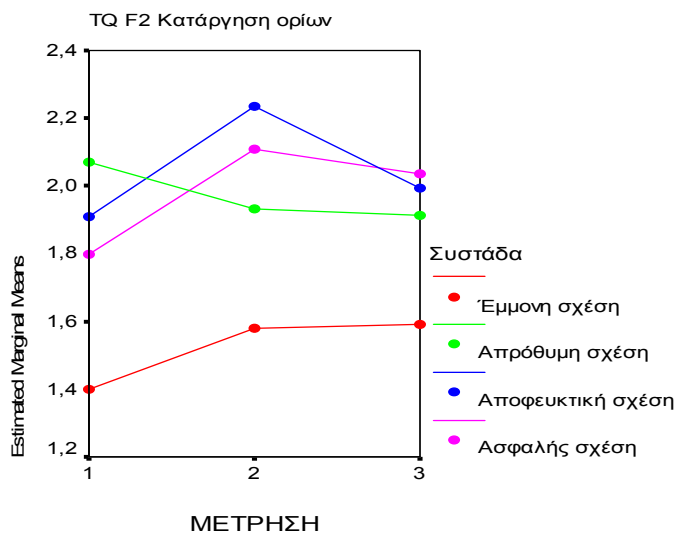
Όπως είχε φανεί και στο Γράφημα 13 του προηγούμενου μοντέλου παλινδρόμησης, στατιστικά σημαντική βρέθηκε να είναι εκ νέου η αλληλεπίδραση του χρόνου με την αλληλεπίδραση της αρνητικής μεταβίβασης και της αντιδραστικότητας, $F(2,66) = 8,03$, $p < 0,001$. Συνοπτικά, αναφέρεται εδώ ότι από τις εκτιμήσεις των παραμέτρων προκύπτει πως σε όσους θεραπευόμενους εκδηλώνουν από λίγη έως και πάρα πολύ αρνητική μεταβίβαση η κλίση της ευθείας παλινδρόμησης μεταξύ αντιδραστικότητας και αντίστασης τύπου

κατάργησης ορίων από αρνητική στην 1^η μέτρηση καταλήγει στην 3^η μέτρηση να γίνει ελαφρά θετική.

Ένα πρόσθετο αποτέλεσμα που προέκυψε στο συγκεκριμένο μοντέλο αφορά στη στατιστική σημαντικότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του χρόνου και της συστάδας στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, $F(2,66) = 3,32, p < 0,006$ (Γράφημα 16).

Γράφημα 16

Τάσεις στην αντίσταση κατάργησης των ορίων ανά συστάδα



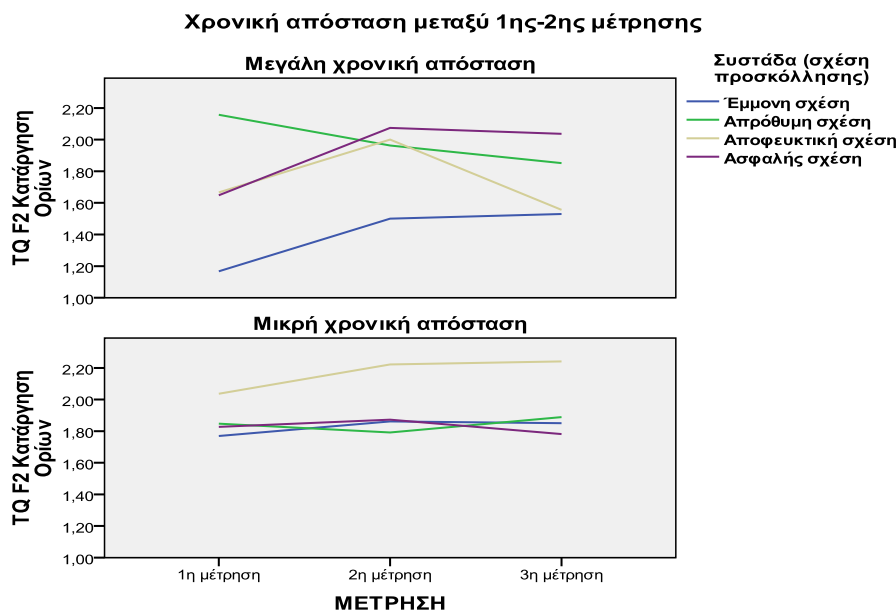
Όπως φαίνεται στο Γράφημα 16, οι θεραπευόμενοι με απρόθυμη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή έχουν διαφορετική συμπεριφορά μέσα στο χρόνο από τις υπόλοιπες συστάδες. Ειδικότερα, η διαφορετική τάση εντοπίζεται μεταξύ 1^{ης} μέτρησης ($M = 2,07$) και 2^{ης} μέτρησης ($M = 1,93$), καθώς η μέση τιμή στην 3^η μέτρηση ($M = 1,92$) είναι παρόμοια με την προηγούμενη. Ενώ στις άλλες συστάδες παρατηρείται αύξηση της αντίστασης κατάργησης ορίων από την 1^η στη 2^η μέτρηση, στην απρόθυμη συστάδα παρατηρείται μια τάση μείωσης. Ένα πρόσθετο στοιχείο που παρατηρείται είναι ότι η έμμονη συστάδα έχει τις χαμηλότερες τιμές από όλες τις υπόλοιπες συστάδες στην αντίσταση κατάργησης ορίων ($M = 1,40$ στην 1^η, $M = 1,58$ στη 2^η και $M = 1,59$ στην 3^η μέτρηση), ακόμη και από τη συστάδα με ασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή ($M = 1,80$ στην 1^η, $M = 2,11$ στη 2^η και $M =$

2,04 στην 3^η μέτρηση). Οι δε θεραπευόμενοι με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης εμφανίζουν τη μεγαλύτερη τιμή αντίστασης στη 2^η μέτρηση ($M = 2,23$) σε σύγκριση με τις άλλες δύο μετρήσεις όπου υπάρχουν χαμηλότερα επίπεδα αντίστασης ($M = 1,91$ στην 1^η και $M = 1,99$ στην 3^η μέτρηση).

Η αλληλεπίδραση του χρόνου με τη συστάδα και με την χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης βρέθηκε να είναι οριακά στατιστικά σημαντική, $F(6,66) = 2,22$, $p \cong 0,05$ (Γράφημα 17).

Γράφημα 17

Τάσεις στην αντίσταση κατάργησης των ορίων ανά χρονική απόσταση 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης και ανά συστάδα



Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στο Γράφημα 17, οι θεραπευόμενοι με μικρότερη χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης, αυτοί δηλαδή που συμμετείχαν στην αρχική μέτρηση της έρευνας το διάστημα Μαρτίου-Μαΐου, παρουσιάζουν πιο σταθερές τάσεις μέσα στο χρόνο στην αντίσταση κατάργησης ορίων, σε σύγκριση με τους «παλαιότερους» θεραπευόμενους. Στους τελευταίους, παρατηρείται ότι οι θεραπευόμενοι με έμμομη και με ασφαλή σχέση προσκόλλησης εμφανίζουν αυξητική τάση μέσα στο χρόνο στην αντίσταση

κατάργησης ορίων, ιδιαίτερα μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης. Από την άλλη πλευρά, οι θεραπευόμενοι με απρόθυμη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εμφανίζουν τάση μείωσης. Οι δε θεραπευόμενοι με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης εμφανίζουν τη μεγαλύτερη τιμή αντίστασης στη 2^η μέτρηση, ενώ στην 1^η και στην 3^η μέτρηση η αντίστασή τους κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα.

Στο συγκεκριμένο μοντέλο, η εικόνα των τυποποιημένων υπολοίπων είναι σχετικά ικανοποιητική, χωρίς στατιστικά σημαντική απόκλιση από την υπόθεση της κανονικότητας. Παρόλο που και σε αυτόν τον παράγοντα αντίστασης υπάρχει μια ακραία τιμή στα υπόλοιπα της 1^{ης} μέτρησης, η τιμή αυτή δεν φαίνεται να έχει σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα και για αυτό δεν εξαιρέθηκε.

Μοντέλα παλινδρόμησης για την αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής (4^{ος} παράγοντας).

A) Σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή ως υποκλίμακες.

Η εξαρτημένη μεταβλητή, η αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής, είναι συνεχής μεταβλητή. Η κατανομή παρουσιάζει έντονη θετική ασυμμετρία και στις τρεις μετρήσεις και ιδιαίτερα στην 1^η μέτρηση που εμφανίζει μία ακραία τιμή. Επίσης, ο παράγοντας αυτός δημιουργείται ως μέση τιμή λίγων λημμάτων, γι' αυτό και υπάρχουν πολλοί δεσμοί (*ties*).

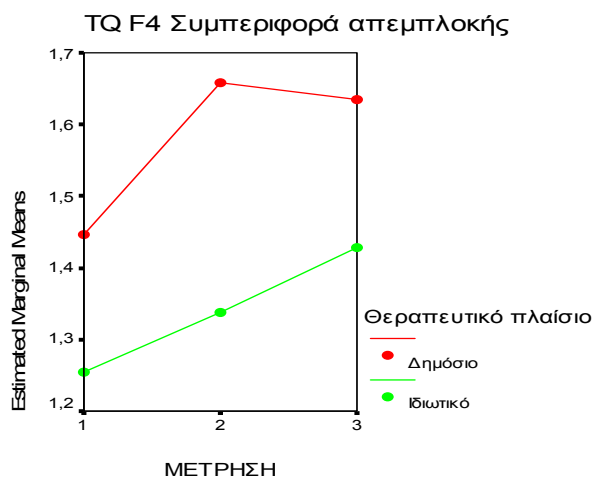
Ακολουθώντας τη forward selection method, το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης που διαμορφώθηκε περιλάμβανε μία ανεξάρτητη μεταβλητή, το θεραπευτικό πλαίσιο (δημόσιο vs. ιδιωτικό), του οποίου η ισχύς στο μοντέλο ήταν $p = 0,542$. Η κύρια επίδραση του χρόνου βρέθηκε, επίσης, στατιστικά σημαντική ($p = 0,040$). Κρατώντας σταθερή τη μεταβλητή του πλαισίου, οι μερικές συσχετίσεις ανάμεσα στις υπόλοιπες υπό εξέταση μεταβλητές και την εξαρτημένη μεταβλητή δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Όταν δε στο τελικό μοντέλο επιδράσεων, προστέθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή η χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης}-2^{ης}

μέτρησης, προκειμένου να διερευνηθεί εάν τροποποιούνται τα υπάρχοντα αποτελέσματα, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων, η κύρια επίδραση του θεραπευτικού πλαισίου ήταν στατιστικά σημαντική, $F(1,44) = 4,46, p < 0,04$. Οι οριακές μέσες τιμές έδειξαν ότι οι θεραπευόμενοι που παρακολουθούνται σε δημόσιο θεραπευτικό πλαίσιο ($M = 1,58$) αναμένεται να έχουν υψηλότερη τιμή αντίστασης στη συμπεριφορά απεμπλοκής κατά 0,24 μονάδες στις τρεις μετρήσεις, σε σύγκριση με εκείνους που παρακολουθούνται σε ιδιωτικό θεραπευτικό πλαίσιο ($M = 1,34$) (Γράφημα 18).

Γράφημα 18

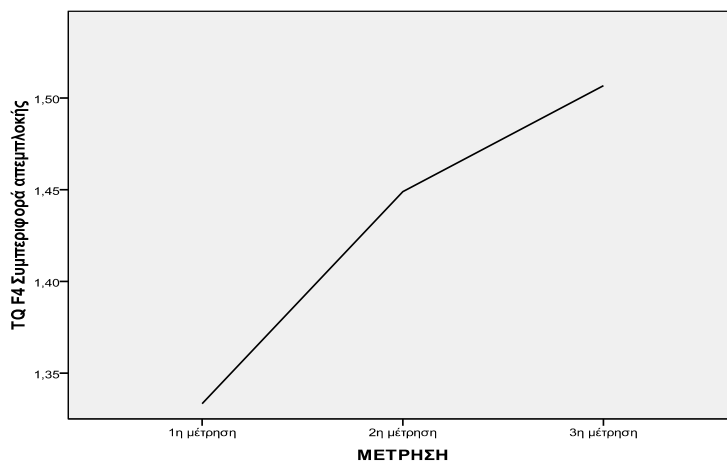
Τάσεις στην αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής ανά τύπο πλαισίου



Από την εκτίμηση των παραμέτρων διαπιστώθηκε ότι η «συνεισφορά» του θεραπευτικού πλαισίου στο μοντέλο αφορούσε κυρίως τη 2^η μέτρηση, αφού οι θεραπευόμενοι του δημοσίου θεραπευτικού πλαισίου στη 2^η μέτρηση είχαν κατά μέσο όρο 0,32 μεγαλύτερη τιμή στην αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής από τους θεραπευόμενους που παρακολουθούνται ιδιωτικά.

Από το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων προέκυψε, όπως ειπώθηκε και παραπάνω, ότι η επίδραση του χρόνου στην αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής ήταν στατιστικά σημαντική, $F(2,88) = 3,33, p < 0,04$. Εντούτοις, δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα στην αλληλεπίδραση του χρόνου με το θεραπευτικό πλαίσιο, δηλαδή κατά πόσον το πλαίσιο ήταν δημόσιου ή ιδιωτικού χαρακτήρα. Εστιάζοντας στις διαφορές μεταξύ των τριών χρονικών μετρήσεων της έρευνας, παρατηρείται ότι η επίδραση του χρόνου εντοπίζεται μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης, $F(1,44) = 3,93, p < 0,05$, και εντονότερα μεταξύ 1^{ης} και 3^{ης} μέτρησης, $F(1,44) = 4,94, p < 0,04$, αλλά όχι μεταξύ 2^{ης} και 3^{ης} (Γράφημα 19).

Γράφημα 19
Τάσεις στην αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής



Συνεπώς, η αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής φαίνεται να παρουσιάζει αυξητική τάση μέσα στο χρόνο, καθώς αυξάνεται ιδιαίτερα στη φάση πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, αλλά και μετά το πέρας αυτών, συγκριτικά με μια «ουδέτερη» φάση της θεραπείας. Ανεξάρτητα από τη θεσμική μορφή του πλαισίου φαίνεται ότι οι θερινές διακοπές της θεραπείας αυξάνουν τον συγκεκριμένο τύπο αντίστασης. Εντούτοις, ο τύπος του θεραπευτικού πλαισίου επηρεάζει τα επίπεδα της αντίστασης συμπεριφοράς απεμπλοκής, καθώς σε δημόσιο θεραπευτικό πλαίσιο παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα αντίστασης, συγκριτικά με τα ιδιωτικά θεραπευτικά πλαίσια.

B) Σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή ως συστάδες.

Ακολουθώντας τη forward selection method, αντίστοιχα με το προηγούμενο μοντέλο παλινδρόμησης όπου η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εξεταζόταν ως υποκλίμακες, το θεραπευτικό πλαίσιο περιλαμβανόταν και σε αυτό το τελικό μοντέλο ως η μοναδική ανεξάρτητη μεταβλητή που είχε κάποια ορισμένη επίδραση ($\text{power} = 0,556$). Εντούτοις, στην περίπτωση αυτή παρατηρήθηκαν ορισμένα πρόσθετα αποτελέσματα, όταν στο τελικό μοντέλο επιδράσεων προστέθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή η χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης. Συγκεκριμένα, η επίδραση του χρόνου παρέμεινε σημαντική ($p = 0,014$) και επιπλέον διαπιστώθηκε στατιστική σημαντικότητα στην αλληλεπίδραση του χρόνου με τη χρονική απόσταση μεταξύ 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης ($p = 0,026$), χωρίς ωστόσο η συστάδα της σχέσης προσκόλλησης είτε ως κύρια επίδραση είτε σε αλληλεπίδραση με άλλους παράγοντες να επηρεάζουν το μοντέλο. Καθώς η συγκεκριμένη εικόνα είναι συγκεχυμένη και λόγω της ασύμμετρης κατανομής και των πολλών δεσμών που υπήρξαν για τη συγκεκριμένη εξαρτημένη μεταβλητή, επιλέχθηκε να μην εισαχθούν πολλές μεταβλητές στο τελικό μοντέλο παλινδρόμησης, οπότε δεν συμπεριληφθήκαν οι μεταβλητές της συστάδας και της χρονικής απόστασης μεταξύ 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης. Συνεπώς, για την αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής ισχύουν όσα αναφέρθηκαν στις προηγούμενες αναλύσεις.

Μοντέλα παλινδρόμησης για τη συνολική αντίσταση (1^{ος}, 2^{ος}, 4^{ος} παράγοντας + 9 δηλώσεις).

A) Σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή ως υποκλίμακες.

Η εξαρτημένη μεταβλητή, η συνολική αντίσταση, είναι συνεχής μεταβλητή και δεν παρουσιάζει ασυμμετρία ή ακραίες τιμές, στις τρεις μετρήσεις της έρευνας. Όσον αφορά τη συγγραμμικότητα, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που εισήχθησαν στο τελικό μοντέλο είχαν κατά κύριο λόγο μηδενικές, ή μικρές, κατά ζεύγη συσχετίσεις. Το Mauchly's test έδειξε ότι

δεν παραβιάζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας. Ακολουθώντας τη forward selection method, το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης που διαμορφώθηκε περιλάμβανε τρεις ανεξάρτητες μεταβλητές. Αρχικά την αρνητική μεταβίβαση ($\text{power} = 0,998$), στη συνέχεια τη θεραπευτική προσέγγιση ($\text{power} = 0,812$) και τρίτη την ασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, όχι όμως ως κύρια επίδραση ($\text{power} = 0,053$) αλλά σε αλληλεπίδραση με τον χρόνο ($p < 0,02$). Η κύρια επίδραση του χρόνου ήταν, επίσης, στατιστικά σημαντική ($p < 0,03$), ενώ οριακά σημαντική ήταν και η αλληλεπίδραση της αρνητικής μεταβίβασης με το χρόνο ($p = 0,049$).

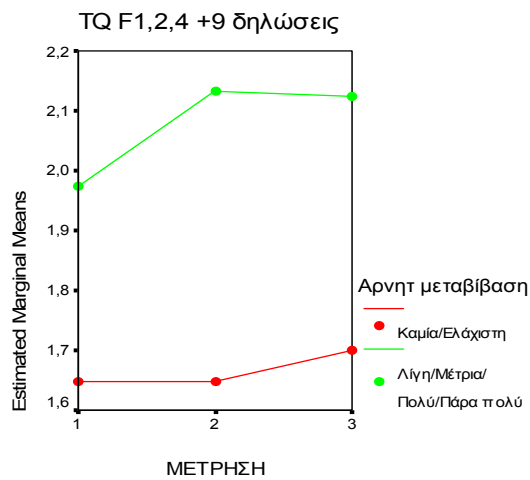
Όταν στο τελικό μοντέλο επιδράσεων, προστέθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή η χρονική απόσταση ανάμεσα στην 1^η και τη 2^η μέτρηση της μελέτης, προκειμένου να διερευνηθεί εάν τροποποιούνται τα υπάρχοντα αποτελέσματα, παρατηρήθηκε ότι παρόλο που η συγκεκριμένη μεταβλητή από μόνη της δεν ήταν στατιστικά σημαντική για το μοντέλο, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές η αλληλεπίδραση ανάμεσα στη χρονική απόσταση 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης και χρόνου, καθώς επίσης η αλληλεπίδραση χρόνου, χρονικής απόστασης 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης και ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή (Πίνακας 17).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων, από τις κύριες επιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών στο μοντέλο όταν έχουν εισαχθεί όλες οι παραπάνω μεταβλητές σε αυτό, στατιστικά σημαντική παραμένει η επίδραση της αρνητικής μεταβίβασης, $F(1,38) = 20,99, p < 0,001$, καθώς και η επίδραση της θεραπευτικής προσέγγισης, $F(1,38) = 5,25, p < 0,03$. Από τις αντίστοιχες οριακές μέσες τιμές φαίνεται ότι, ελέγχοντας για τις υπόλοιπες μεταβλητές, οι θεραπευόμενοι που εκδηλώνουν «καμία/ελάχιστη» αρνητική μεταβίβαση ($M = 1,67$) αναμένεται να έχουν κατά μέσο όρο $-0,41$ μονάδες χαμηλότερη τιμή στη συνολική αντίσταση, σε σύγκριση με τους θεραπευόμενους με «λίγη» έως και «πάρα πολύ» αρνητική μεταβίβαση ($M = 2,08$). Από

τις διαφορές φαίνεται ότι η διαφορά αυτή μειώνεται σε -0,33 στην 1^η μέτρηση και αυξάνει σε -0,48 στη 2^η μέτρηση (Γράφημα 20).

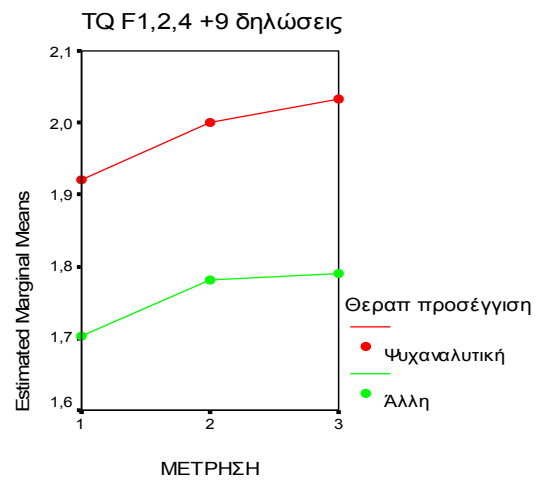
Γράφημα 20

Τάσεις στη συνολική αντίσταση ανά βαθμό αρνητικής μεταβίβασης



Γράφημα 21

Τάσεις στη συνολική αντίσταση ανά τύπο θεραπευτικής προσέγγισης



Αντίστοιχα, όσοι θεραπευόμενοι είναι σε ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία αναμένεται να έχουν κατά μέσο όρο 0,23 μονάδες υψηλότερη τιμή στη συνολική αντίσταση, σε σύγκριση με τους θεραπευόμενους σε ψυχοθεραπεία άλλης προσέγγισης. Βέβαια, από το Γράφημα των μέσων τιμών προκύπτει μια παρόμοια, μικρή, σταθερά αυξητική τάση και για τις δύο κατηγορίες θεραπευόμενων (Γράφημα 21).

Από τις αλληλεπιδράσεις των μεταβλητών με τον χρόνο (Πίνακας 17) προκύπτει, καταρχήν, ότι υπάρχει σημαντική γραμμική επίδραση του χρόνου στη συνολική αντίσταση. Η αρνητική μεταβίβαση, καθώς και η θεραπευτική προσέγγιση δεν αλληλεπιδρούν με τον χρόνο. Ωστόσο, υπάρχει σημαντική αλληλεπίδραση της ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή και του χρόνου, $F(2,76) = 8,46, p < 0,001$. Επίσης, διαπιστώνεται σημαντική αλληλεπίδραση της χρονικής απόστασης 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης με τον χρόνο, $F(2,76) = 5,70, p < 0,005$.

Πίνακας 17

Έλεγχοι υποθέσεων για τις εντός των ατόμων επιδράσεις στο μοντέλο για τη συνολική αντίσταση με υποκλίμακες

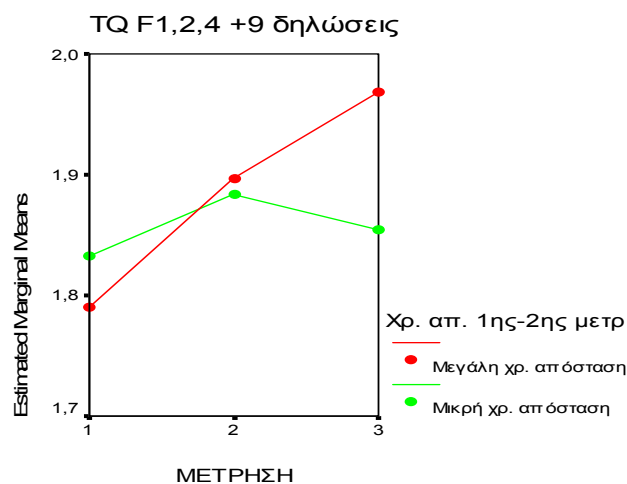
Source	TIME	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
TIME	Sphericity Assumed	,448	2	,224	7,623	,001	15,246	,939
TIME* TSC3GR	Sphericity Assumed	,116	2	5,802E-02	1,975	,146	3,950	,397
TIME*TORGR	Sphericity Assumed	2,905E-03	2	1,453E-03	,049	,952	,099	,057
TIME*SEC_1	Sphericity Assumed	,497	2	,249	8,461	,000	16,923	,960
TIME*SUBMIS	Sphericity Assumed	,335	2	,168	5,702	,005	11,404	,851
TIME*SUB*SEC_1	Sphericity Assumed	,350	2	,175	5,950	,004	11,901	,867
Error (TIME)	Sphericity Assumed	2,233	76	2,938E-02				

* $p < .05$

Όπως φαίνεται στο Γράφημα 22, οι «παλαιότεροι» θεραπευόμενοι, για τους οποίους η αρχική μέτρηση πραγματοποιήθηκε την περίοδο μεταξύ Οκτωβρίου-Φεβρουαρίου, παρουσιάζουν συνεχή αυξητική τάση στη συνολική αντίσταση, ενώ όσοι έκαναν την αρχική μέτρηση την περίοδο μεταξύ Μαρτίου-Μαΐου έχουν περίπου σταθερή τιμή συνολικής αντίστασης, μεταξύ των τριών μετρήσεων της έρευνας.

Γράφημα 22

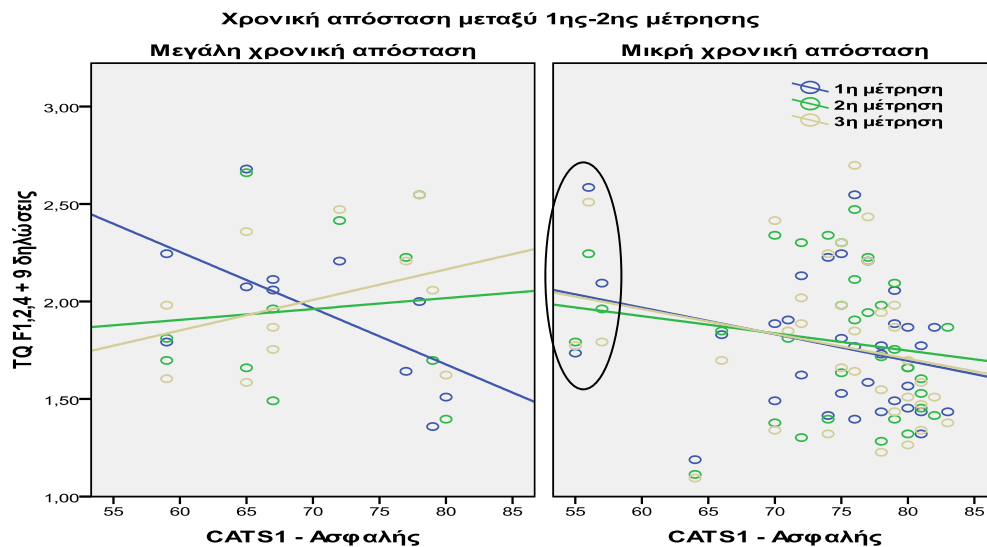
Τάσεις στη συνολική αντίσταση ανά χρονική απόσταση 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης



Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 17, παρατηρείται επίσης στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, τη χρονική απόσταση 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης και του χρόνου, $F(2,76) = 5,95, p < 0,004$. Παρά την υπάρχουσα σημαντικότητα, ωστόσο, στα σχετικά διαγράμματα διασποράς (Γράφημα 23) φαίνεται ότι η επίδραση της ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης στη συνολική αντίσταση είναι πολύ μικρή, καθώς οι ευθείες παλινδρόμησης –κρατώντας τις άλλες μεταβλητές σταθερές– είναι περίπου οριζόντιες. Το μόνο που διακρίνεται είναι ότι υπάρχει μια κάπως πιο έντονη αρνητική κλίση στην 1^η μέτρηση για τους θεραπευόμενους που η αρχική τους μέτρηση έγινε την περίοδο Οκτωβρίου-Φεβρουαρίου, μία σχέση η οποία τείνει να χαθεί στη φάση πριν και μετά τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας. Παρατηρείται, επίσης, ότι στους θεραπευόμενους για τους οποίους η αρχική μέτρηση έγινε την περίοδο Μαρτίου-Μαΐου υπάρχει μια ξεχωριστή «συστάδα» σημείων που έχουν διαφορετική συμπεριφορά από το σύνολο των δεδομένων και οι οποίοι επηρεάζουν βεβαίως τα αποτελέσματα. Τα σημεία αυτά απεικονίζουν τις τιμές των ατόμων που ανήκουν στη συστάδα της αποφευκτικής σχέσης προσκόλλησης.

Γράφημα 23

Αλληλεπίδραση ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με θεραπευτή και χρόνου στη συνολική αντίσταση ανά μέτρηση και ανά χρονική απόσταση 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης



Το γεγονός αυτό φαίνεται να αναδεικνύει την αξία της χρήσης των συστάδων στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Στο υπάρχον μοντέλο τα τυποποιημένα υπόλοιπα παρουσιάζουν εξαιρετικά ικανοποιητική εικόνα.

Β) Σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή ως συστάδες.

Ακολουθώντας τη forward selection method, το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης που διαμορφώθηκε περιλάμβανε κι αυτό τις δύο πρώτες ανεξάρτητες μεταβλητές του προηγούμενου μοντέλου, δηλαδή σε πρώτη φάση την αρνητική μεταβίβαση ($\text{power} = 0,998$) και σε δεύτερη φάση τη θεραπευτική προσέγγιση ($\text{power} = 0,812$). Σε αντίθεση, ωστόσο με το προηγούμενο μοντέλο, όπου ως τρίτη ανεξάρτητη μεταβλητή είχε αναδειχθεί η υποκλίμακα της ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή σε αλληλεπίδραση με τον χρόνο, σε αυτό το μοντέλο παλινδρόμησης προέκυψε στατιστικά σημαντική η θεραπευτική συμμαχία σε αλληλεπίδραση με τον χρόνο ($p < 0,04$). Η κύρια επίδραση του χρόνου ήταν οριακά στατιστικά σημαντική ($p = 0,052$).

Εντούτοις, όταν στο τελικό μοντέλο επιδράσεων προστέθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή η χρονική απόσταση ανάμεσα στην 1^η και τη 2^η μέτρηση της μελέτης, προκειμένου να διερευνηθεί εάν τροποποιούνται τα υπάρχοντα αποτελέσματα, υπήρξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Καταρχήν, τόσο η κύρια επίδραση της θεραπευτικής προσέγγισης όσο και η αλληλεπίδρασή της με τον χρόνο δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές. Το ίδιο ίσχυσε και για τον παράγοντα της θεραπευτικής συμμαχίας. Η κύρια επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας δεν ήταν ούτε ως ή άλλως σημαντική, σε αυτή την περίπτωση επιπρόσθετα έπαψε να είναι σημαντική και η αλληλεπίδρασή της με τον χρόνο. Αντίθετα, στατιστικά σημαντική βρέθηκε να είναι η αλληλεπίδραση του χρόνου με τη συστάδα σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή ($p < 0,05$), η αλληλεπίδραση του χρόνου με τη χρονική απόσταση 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης ($p < 0,05$), καθώς επίσης και η αλληλεπίδραση συστάδας, χρονικής απόστασης μεταξύ 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης και χρόνου ($p < 0,007$). Συνεπώς, το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης περιλάμβανε τις εξής ανεξάρτητες μεταβλητές: αρνητική μεταβίβαση, συστάδα, χρονική απόσταση 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης και την αλληλεπίδραση της χρονικής απόστασης 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης και συστάδας. Το Mauchly's test έδειξε ότι δεν παραβιάζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας ούτε και για αυτό το μοντέλο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το Γενικό Γραμμικό Μοντέλο Πολλαπλών Μετρήσεων, από τις κύριες επιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών στο μοντέλο όταν έχουν εισαχθεί όλες οι παραπάνω μεταβλητές σε αυτό, στατιστικά σημαντική παρέμεινε μόνο η επίδραση της αρνητικής μεταβίβασης, $F(1,35) = 23,16, p < 0,001$. Από τις αντίστοιχες οριακές μέσες τιμές φαίνεται και σε αυτό το μοντέλο ότι, ελέγχοντας για τις υπόλοιπες μεταβλητές, οι θεραπευόμενοι που εκδηλώνουν «καμία/ελάχιστη» αρνητική μεταβίβαση ($M = 1,67$) αναμένεται να έχουν κατά μέσο όρο $-0,47$ μονάδες χαμηλότερη τιμή στη συνολική αντίσταση, σε σύγκριση με τους θεραπευόμενους με «λίγη» έως και «πάρα πολύ» αρνητική μεταβίβαση ($M = 2,14$).

Από τις αλληλεπιδράσεις των μεταβλητών με τον χρόνο (Πίνακας 18) προκύπτει ότι και σε αυτό το μοντέλο υπάρχει σημαντική γραμμική επίδραση του χρόνου στη συνολική αντίσταση.

Πίνακας 18

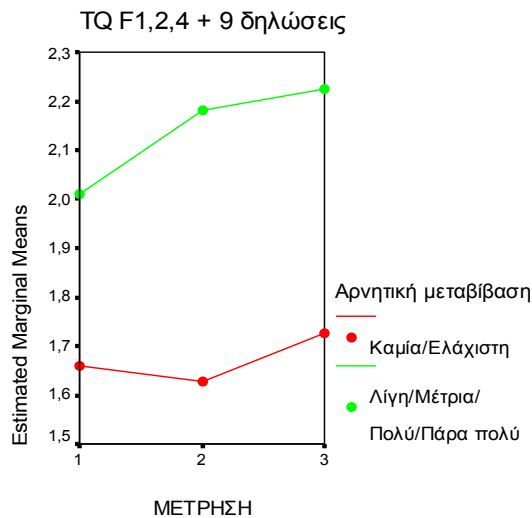
Έλεγχοι υποθέσεων για την επίδραση του χρόνου στο μοντέλο για τη συνολική αντίσταση με συστάδες

Source	TIME	Type III Sum of		Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
		Squares	df						
TIME	Sphericity Assumed	,190	2	9,513E-02	3,518	,035	,091	7,036	,638
TIME* TSC3GR	Sphericity Assumed	,190	2	9,522E-02	3,521	,035	,091	7,042	,638
TIME*SYST	Sphericity Assumed	,454	6	7,560E-02	2,796	,017	,193	16,774	,853
TIME*SUBMIS	Sphericity Assumed	,150	2	7,500E-02	2,773	,069	,073	5,547	,530
TIME*SYST*SUB	Sphericity Assumed	,629	6	,105	3,875	,002	,249	23,249	,954
Error (TIME)	Sphericity Assumed	1,893	70	2,704E-02					

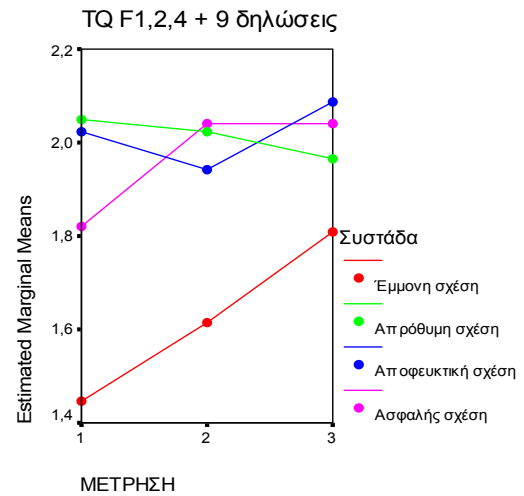
* $p < .05$

Επίσης, η αρνητική μεταβίβαση αλληλεπιδρά με το χρόνο, $F(2,70) = 3,52$, $p < 0,04$. Όπως είχε προκύψει και στο προηγούμενο μοντέλο, οι θεραπευόμενοι με «καμία/ελάχιστη» αρνητική μεταβίβαση έχουν σταθερά επίπεδα αντίστασης ανάμεσα στην 1^η και τη 2^η μέτρηση της έρευνας, σε αντίθεση με τους θεραπευόμενους με κάποιο βαθμό αρνητικής μεταβίβασης, οι οποίοι εκδηλώνουν αυξημένη συνολική αντίσταση από την αρχική μέτρηση, στη μέτρηση πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας (Γράφημα 24).

Γράφημα 24
Τάσεις στη συνολική αντίσταση ανά βαθμό αρνητικής μεταβίβασης



Γράφημα 25
Τάσεις στη συνολική αντίσταση ανά συστάδα



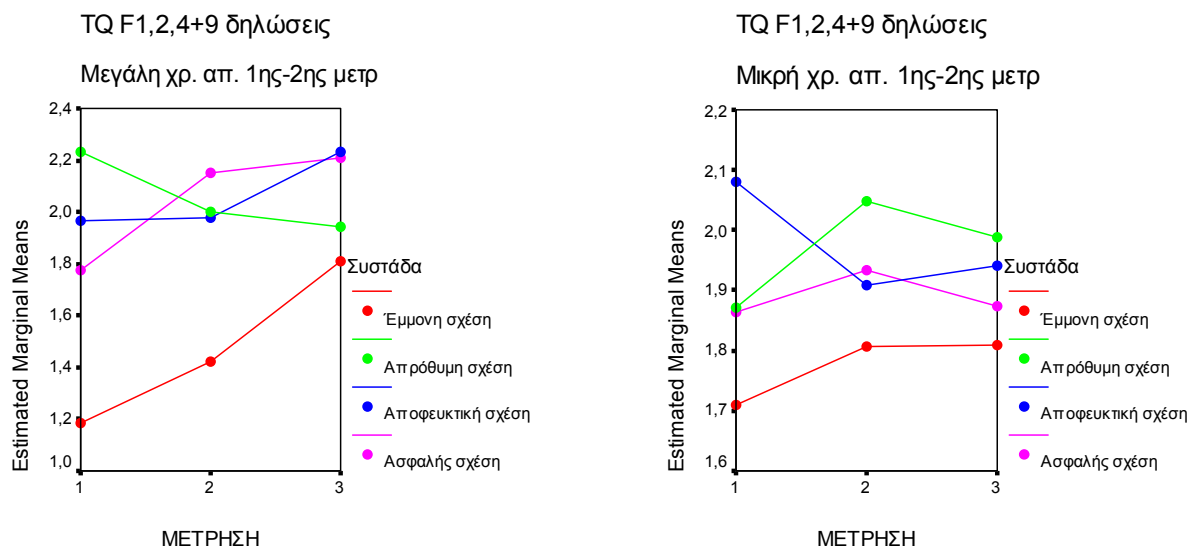
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον Πίνακα 18, σημαντική βρέθηκε να είναι και η αλληλεπίδραση του χρόνου και της συστάδας στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, $F(6,70) = 2,80, p < 0,02$. Όπως φαίνεται στο Γράφημα 25, οι θεραπευόμενοι με απρόθυμη σχέση προσκόλλησης, καθώς επίσης κι εκείνοι με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εμφανίζουν εξ αρχής τις μεγαλύτερες τιμές συνολικής αντίστασης και παραμένουν, γενικά, σταθεροί στο χρόνο. Από την άλλη, οι θεραπευόμενοι με ασφαλή σχέση προσκόλλησης εμφανίζουν μια αύξηση στη μέση τιμή της συνολικής αντίστασης, αλλά μόνο μεταξύ της 1^{ης} και της 2^{ης} μέτρησης, δηλαδή πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας. Αντίθετα με αυτές τις τρεις συστάδες, οι θεραπευόμενοι με έμμομη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή ξεκινούν από αρκετά χαμηλότερες τιμές συνολικής αντίστασης στην αρχική μέτρηση και παρουσιάζουν σταθερά αυξητική τάση μεταξύ των τριών χρονικών μετρήσεων της έρευνας (Γράφημα 25).

Ένα επιπρόσθετο αποτέλεσμα, όπως προκύπτει και από τον Πίνακα 18, ήταν ότι βρέθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της συστάδας, της χρονικής απόστασης μεταξύ 1^{ης}–2^{ης} μέτρησης και του χρόνου, $F(6,70) = 3,88, p < 0,002$. Συγκεκριμένα, για όσους

θεραπευόμενους η αρχική μέτρηση πραγματοποιήθηκε το διάστημα Οκτωβρίου-Φεβρουαρίου («παλαιότεροι» θεραπευόμενοι) η εικόνα ανά συστάδα είναι παρόμοια με εκείνη που αφορά το σύνολο των θεραπευόμενων, όπως περιγράφηκε παραπάνω στο Γράφημα 25. Αντιθέτως, για τους «καινούργιους» θεραπευόμενους –οι οποίοι είχαν την αρχική μέτρηση το διάστημα Μαρτίου-Μαΐου–παρατηρείται ότι οι θεραπευόμενοι της έμμονης συστάδας εμφανίζουν και πάλι τη χαμηλότερη τιμή συνολικής αντίστασης από τους υπόλοιπους θεραπευόμενους, χωρίς όμως να υπάρχει τόσο έντονη διαφοροποίηση μεταξύ των μετρήσεων (Γράφημα 26).

Γράφημα 26

Τάσεις στη συνολική αντίσταση ανά χρονική απόσταση 1^{ης}-2^{ης} μέτρησης και ανά συστάδα



Επίσης, στους «παλαιότερους» θεραπευόμενους όλες οι συστάδες, εκτός της απρόθυμης σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, έχουν αυξητική τάση στο χρόνο. Από την άλλη, στους «καινούργιους» θεραπευόμενους παρατηρείται ότι ενώ οι θεραπευόμενοι με έμμονη, ασφαλή και απρόθυμη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή διατηρούν σχετικά σταθερές τιμές συνολικής αντίστασης μέσα στον χρόνο με μια μικρή αύξηση στη μεσαία μέτρηση – πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας– οι θεραπευόμενοι με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης εμφανίζουν πτωτική τάση μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης (Γράφημα 26).

Συμπερασματικά, όσον αφορά τον παράγοντα της συνολικής αντίστασης, φαίνεται να επηρεάζεται, σε κάθε περίπτωση, από την ύπαρξη ή μη αρνητικής μεταβίβασης. Όταν η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εξετάζεται ως θέμα βαθμού, η συνολική αντίσταση επηρεάζεται, επίσης, από τη θεραπευτική προσέγγιση. Ωστόσο, η επίδραση αυτή χάνεται όταν η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εξετάζεται ως τυπολογία και ταυτόχρονα λαμβάνεται υπόψη η προηγούμενη διάρκεια της θεραπείας. Ο χρόνος παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση συνολικής αντίστασης. Γενικά, γύρω από την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών παρατηρείται αύξηση της αντίστασης. Ειδικότερα, οι θεραπευόμενοι με μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη θεραπεία κι εκείνοι με έμμονη και με ασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εκδηλώνουν αυξητικές τάσεις στη συνολική αντίσταση ιδιαίτερα πριν, αλλά και μετά, τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας. Οι θεραπευόμενοι με πιο πρόσφατη έναρξη θεραπείας, αλλά κι εκείνοι με απρόθυμη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή παρουσιάζουν σταθερά επίπεδα αντίστασης. Οι δε θεραπευόμενοι με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης δείχνουν μειωμένη συνολική αντίσταση το διάστημα πριν τις καλοκαιρινές διακοπές, αν και το συγκεκριμένο εύρημα χρήζει περαιτέρω ερευνητικής τεκμηρίωσης, καθώς οι θεραπευόμενοι με αυτά τα χαρακτηριστικά στο δείγμα είχαν μικρή επικράτηση. Η ασφάλεια στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή φαίνεται να είναι σημαντική στην αρχική φάση της θεραπείας (1^η μέτρηση), καθώς συνδέεται με μειωμένα επίπεδα αντίστασης.

Ερευνητικό Ερώτημα 8:

Υπάρχουν κοινοί τρόποι εκδήλωσης της αντίστασης σε συσχέτιση με τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών;

Για να απαντηθεί το συγκεκριμένο ερώτημα διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις ανάμεσα στις επιμέρους εβδομήντα δηλώσεις αντίστασης και στις τρεις υποκλίμακες CATS, στις τρεις διαφορετικές μετρήσεις της έρευνας. Με αυτό τον τρόπο, διαπιστώθηκε ποιες συμπεριφορές αντίστασης συσχετίζονται με τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, για πρώτη φορά, την περίοδο πριν και μετά τις καλοκαιρινές διακοπές. Για τις συσχετίσεις αυτές χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Spearman correlation coefficient, καθώς δεν επηρεάζεται από την κατανομή των παρατηρήσεων, αφού για τις υποκλίμακες CATS είχε απορριφθεί η υπόθεση της κανονικότητας ακόμη κι όταν αφαιρέθηκαν οι ακραίες τιμές.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όσο πιο αποφευκτική/φοβική είναι η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τόσο ο θεραπευόμενος αναμένεται λίγο πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας να *«κατηγορεί τους άλλους για τα προβλήματά του»* ($\rho = 0,369, p < 0,02$), να *«είναι ολιγόλογος»* ($\rho = 0,338, p < 0,03$), να *«αντιδρά με υπερβολικό συναίσθημα σε αυτά που φέρνει στη συνεδρία»* ($\rho = 0,460, p < 0,001$) και να *«περνά στην πράξη εκδηλώνοντας συμπεριφορές εκδραμάτισης»* ($\rho = 0,326, p < 0,03$), εκδηλώσεις αντίστασης που συσχετίζονται με τη σχέση προσκόλλησης για πρώτη φορά αυτή την περίοδο σε σύγκριση με μια περίοδο σταθερών συνεδριών. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι όλες αυτές οι συσχετίσεις παύουν να υφίστανται αμέσως μετά την επιστροφή του θεραπευτή από τις θερινές διακοπές. Αντίθετα, σε αυτή την τελευταία φάση όσο περισσότερο αποφευκτική/φοβική είναι η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τόσο συσχετίζεται για πρώτη φορά με συγκεκριμένες συμπεριφορές αντίστασης, όπως να αντικρούει ο θεραπευόμενος τις λεκτικές παρεμβάσεις του θεραπευτή είτε *«με τη δική του άποψη»* ($\rho = 0,311, p < 0,04$), είτε *«με μια στάση τύπου ναι μεν, αλλά»* ($\rho = 0,381, p < 0,01$), να *«διαφωνεί ανοιχτά με τις λεκτικές παρεμβάσεις του θεραπευτή»* ($\rho = 0,337, p < 0,03$), να *«ζητά ευθέως εξηγήσεις για αυτά που λέει ο θεραπευτής»* ($\rho = 0,301, p < 0,05$), να *«εκφράζει ανυπομονησία για τον ρυθμό της θεραπείας»* ($\rho = 0,299, p < 0,05$), να

«επιδεικνύει αντιδραστική στάση με τη συμπεριφορά του» ($\rho = 0,304, p < 0,04$), να «ζητά εξηγήσεις για τους λόγους των θεραπευτικών προτάσεων» ($\rho = 0,318, p < 0,04$), και να «επανεμφανίζει παλαιότερα συμπτώματα/συμπεριφορές, ή να σωματοποιεί» ($\rho = 0,349, p < 0,02$).

Από την άλλη, όσο πιο έμμονη/συγχωνευτική είναι η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τόσο ο θεραπευόμενος αναμένεται λίγο πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας να «έρχεται καθυστερημένος στις συνεδρίες» ($\rho = 0,344, p < 0,02$), καθώς επίσης να «επιδιώκει να παρατείνει τη διάρκεια των συνεδριών» ($\rho = 0,377, p < 0,01$). Η τάση να παραταθεί ο προκαθορισμένος χρόνος της συνεδρίας εξακολουθεί να εμφανίζεται και μετά την επιστροφή του θεραπευτή από τις διακοπές ($\rho = 0,316, p < 0,04$), ενώ η έμμονη/συγχωνευτική σχέση προσκόλλησης φαίνεται επίσης για πρώτη φορά μετά τις διακοπές να συσχετίζεται με την «καθυστέρηση της πληρωμής των συνεδριών» ($\rho = 0,414, p < 0,03$). Παράλληλα, μετά το πέρας των θερινών διακοπών όσο πιο έμμονη/συγχωνευτική είναι η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τόσο λιγότερο ο θεραπευόμενος «επιζητά ευθέως τη βοήθεια ή τη γνώμη του θεραπευτή» ($\rho = -0,338, p < 0,03$), ή από την άλλη, «ανταποκρίνεται στις λεκτικές παρεμβάσεις του θεραπευτή με περιφρόνηση ή με σαρκασμό» ($\rho = -0,329, p < 0,03$).

Όσον αφορά δε την ασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, παρόλο που στα αποτελέσματα δεν προέκυψε καμία αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση και τις συμπεριφορές αντίστασης την περίοδο γύρω από τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, κάτι τέτοιο δεν συνεπάγεται ότι η ασφαλής προσκόλληση με τον θεραπευτή δεν συσχετίζεται με οποιαδήποτε μορφή αντίστασης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όλες οι αρνητικές συσχετίσεις που υπήρχαν μεταξύ της ασφαλούς προσκόλλησης και επιμέρους εκδηλώσεων αντίστασης στην αρχική μέτρηση της έρευνας δεν υφίσταντο πλέον στη μέτρηση πριν τις καλοκαιρινές διακοπές. Επίσης, όλες οι θετικές

συσχετίσεις που υπήρχαν μεταξύ της ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης και διαφόρων συμπεριφορών συνεργασίας με τον θεραπευτή (π.χ. *«δέχεται αυθόρμητα τις λεκτικές παρεμβάσεις»*, *«προσπαθεί ενεργά να κάνει θετικές αλλαγές»*) έπαψαν να υπάρχουν στη φάση της ανακοίνωσης των επερχόμενων καλοκαιρινών διακοπών από τον θεραπευτή. Συνεπώς, παρόλο που η ασφαλής σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή δεν συσχετίζεται άμεσα με συγκεκριμένες συμπεριφορές αντίστασης πριν την περίοδο των διακοπών, εντούτοις φαίνεται να συντελείται μια μεταστροφή στη στάση των θεραπευόμενων αυτή την περίοδο, κάτι που θα μπορούσε ίσως να χαρακτηριστεί ως *«παγωμένη ουδετερότητα»*.

Έχοντας παρουσιάσει αναλυτικά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις στατιστικές αναλύσεις ανά ερευνητικό ερώτημα, στο επόμενο κεφάλαιο επιδιώκεται η σύνθεση αυτών των ευρημάτων καθώς και η ερμηνεία τους, σύμφωνα με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, της σχετικής βιβλιογραφίας, αλλά και του κλινικού υλικού που αφορά στις υπό εξέταση μεταβλητές. Επίσης, γίνεται αναφορά στους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, και ταυτόχρονα επισημαίνεται η συνεισφορά της παρούσας μελέτης σε βιβλιογραφικό, ερευνητικό, κλινικό και εκπαιδευτικό επίπεδο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Το κύριο ερευνητικό ερώτημα στην παρούσα μελέτη ήταν κατά πόσον η αντίσταση του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία επηρεάζεται από τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, ιδιαίτερα την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας σε σύγκριση με ένα χρονικό σημείο σταθερών συνεδριών. Η βασική υπόθεση ήταν ότι η αντίσταση θα αυξανόταν την περίοδο γύρω από τις θερινές διακοπές της θεραπείας, καθώς την περίοδο αυτή διαταράσσεται το θεραπευτικό συνεχές, βιώνεται η προσωρινή απώλεια του θεραπευτή και ανακινούνται προηγούμενοι αποχωρισμοί και απώλειες, γεγονότα δυνάμει αγχογόνα που εκλύουν επώδυνα συναισθήματα. Καθώς η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία αποτελεί προσπάθεια αποφυγής της βίωσης επώδυνων συναισθημάτων (Greenson, 1967), θεωρήθηκε ότι η αντίσταση θα εμφάνιζε αυξητικές τάσεις στη φάση των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας. Αντίστοιχα, καθώς η αντίσταση ενεργοποιείται προκειμένου να διατηρηθούν σταθερά τα επίπεδα εσωτερικής ασφάλειας του θεραπευόμενου (Adler & Bachant, 1998. Frankel & Levitt, 2006. Miller, 2003. Mouque, 2005. Sandler, 1968), έγινε η υπόθεση ότι όσο πιο ασφαλής ήταν η θεραπευτική σχέση τόσο πιο μειωμένα θα ήταν τα επίπεδα αντίστασης του θεραπευόμενου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε, καταρχήν, ότι τα επίπεδα αντίστασης στην ψυχοθεραπεία μεταβάλλονται μεν μέσα στον χρόνο, αλλά η μεταβολή αυτή δεν είναι ίδια για όλους τους θεραπευόμενους, ώστε να παρατηρούνται σαφείς κοινές τάσεις (είτε αυξητικές είτε μειωτικές) στο σύνολο των θεραπευομένων. Σε συγκεντρωτικό επίπεδο, βρέθηκε να διαφοροποιείται μόνο η αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής, δηλαδή οι εκδηλώσεις αντίστασης που υπονομεύουν το θεραπευτικό πλαίσιο (π.χ. ακυρώσεις συνεδριών, μη-προσέλευση ή καθυστερημένη προσέλευση στις συνεδρίες, αιτήματα για αλλαγές στο πλαίσιο, κ.ά.). Οι θεραπευόμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα, στο σύνολό

τους, αύξαιναν την αντίσταση αυτού του τύπου ιδιαίτερα στη φάση μετά την επιστροφή του θεραπευτή από τις καλοκαιρινές διακοπές, σε σύγκριση με μια «ουδέτερη» χρονική στιγμή της θεραπείας. Με άλλα λόγια, οι συμπεριφορές που αφορούν σε παραβίαση του θεραπευτικού πλαισίου αναμένεται να είναι περισσότερο έντονες την περίοδο μετά το πέρας των θερινών διακοπών της θεραπείας. Το εύρημα αυτό επιδέχεται πολλαπλών πιθανών εξηγήσεων.

Καταρχήν, η ίδια η συμπεριφορά απεμπλοκής, ως μορφή αντίστασης, αφορά τη διατάραξη του θεραπευτικού συνεχούς, κατάσταση που έχει, ούτως ή άλλως, προκληθεί από τις καλοκαιρινές διακοπές. Συνεπώς, τα αυξημένα επίπεδα αντίστασης αυτού του τύπου μετά τις διακοπές μπορεί να αποτελούν μια ασυνείδητη συνέχεια της προηγούμενης κατάστασης. Μοιάζει σαν οι θεραπευόμενοι να επιζητούν έναν εκ νέου επαναπροσδιορισμό των όρων του θεραπευτικού συμβολαίου, μετά την προσωρινή άρση τους. Εξάλλου, μια τέτοια πιθανή εξήγηση συνάδει με αντίστοιχα κλινικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία οι συμπεριφορές που αφορούν σε παραβίαση του θεραπευτικού πλαισίου συνιστούν συνήθεις μορφές αντίστασης σε περιόδους διακοπών της θεραπείας (Goin, 2002. Greenson, 1967. Quinodoz, 1991. Streaan, 1990). Από την άλλη πλευρά, είναι πιθανό, καθώς έχει διαταραχθεί η προηγούμενη θεραπευτική συνέχεια με τη διακοπή των σταθερών θεραπευτικών ραντεβού χωρίς την ίδια βούληση των θεραπευόμενων, οι τελευταίοι να συνεχίζουν, με τη σειρά τους, αυτή την ασυνέχεια προκειμένου να ανακτήσουν τον χαμένο έλεγχο. Σε αυτή την περίπτωση, θα μπορούσε η αντίσταση να θεωρηθεί ως μια πράξη αντεκδίκησης του θεραπευτή από την πλευρά του θεραπευόμενου, ένα είδος «ισοφαρίσματος», ή ακόμη και ως μια μανιακή άμυνα, ως ένα μήνυμα τύπου «δεν σε έχω ανάγκη, μπορώ και χωρίς εσένα» (Almond, 2004. Quinodoz, 1991. Sacks, 1998. Schafer, 2002). Υπό μία άλλη οπτική, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι, όπως ο θεραπευόμενος κατά την περίοδο των διακοπών βρισκόταν σε παθητική θέση αναμένοντας τον θεραπευτή να επιστρέψει, με παρόμοιο τρόπο αντιδρά πλέον

ενεργητικά τοποθετώντας τον θεραπευτή στη θέση που βρισκόταν ο ίδιος προηγουμένως. Με αυτό τον τρόπο, είναι πιθανό να επικοινωνεί τα βαθύτερα συναισθήματά του, επιδιώκοντας αυτό που ο Racker έχει ονομάσει ως «αρμονική ταύτιση» (1957).

Μία ακόμη μεταβολή που παρατηρήθηκε σε συγκεντρωτικό επίπεδο αφορούσε τη μείωση της συνεργατικής σχέσης την περίοδο μετά τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, σε σύγκριση με μια «ουδέτερη» χρονική στιγμή. Παρόλο που το συγκεκριμένο εύρημα δεν αναφέρεται άμεσα στην αντίσταση, αφενός μεν συνδέεται με αυτή, καθώς η συνεργατική θεραπευτική σχέση βρίσκεται στον αντίποδα των περισσότερων μορφών αντίστασης, αφετέρου δε, αποτελεί έναν έμμεσο δείκτη της γενικότερης επίδρασης των θερινών διακοπών στη θεραπευτική διαδικασία. Όπως έχουν επιβεβαιώσει πολλές έρευνες, η συνεργασία του θεραπευόμενου –είτε μετράται με γενικότερους τρόπους (Kazantzis & Lampropoulos, 2002. Messer, 2002) είτε ως συνεργασία στους στόχους και στο έργο της θεραπευτικής διαδικασίας εκπεφρασμένα μέσα από τη μεταβλητή της θεραπευτικής συμμαχίας (Callahan, 2000. Morgan et al., 1982. Patton, Kivlighan, & Multon, 1997. Watson & McMullen, 2005)– συσχετίζεται αρνητικά με την αντίσταση. Επομένως, το εύρημα της παρούσας έρευνας ότι η συνεργατική σχέση θεραπευόμενου-θεραπευτή μειώνεται την περίοδο των θερινών διακοπών υποδηλώνει ότι αυτή την χρονική περίοδο προκαλούνται στη θεραπεία συνθήκες οι οποίες δυσχεραίνουν δυνάμει το θεραπευτικό έργο.

Η επίδραση των καλοκαιρινών διακοπών δεν διαφάνηκε στους τύπους της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, στο σύνολο των θεραπευόμενων, όπως ήταν αρχικά αναμενόμενο. Ενώ, δηλαδή, είχε σχηματιστεί η υπόθεση ότι κατά την περίοδο των διακοπών της θεραπείας θα μειωνόταν η ασφαλής σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή και αντίθετα θα αυξάνονταν οι ανασφαλείς τύποι προσκόλλησης (αποφευκτική/φοβική και έμμονη/συγχωνευτική), κάτι τέτοιο δεν παρατηρήθηκε. Το μόνο σχετικό εύρημα, το οποίο ήταν μη-αναμενόμενο, αφορούσε στη μειωτική τάση της αποφευκτικής/φοβικής σχέσης μετά

την επιστροφή του θεραπευτή από τις διακοπές, σε σύγκριση με μια «ουδέτερη» χρονική στιγμή της θεραπείας, αλλά και συγκριτικά με τη φάση πριν τις διακοπές, κατά την ανακοίνωσή τους από τον θεραπευτή. Αυτό το καταρχάς παράδοξο αποτέλεσμα παρουσιάζει αναλογίες με ένα άλλο μη-αναμενόμενο εύρημα στη μελέτη των Woodhouse, Schlosser, Crook, Ligiero και Gelso (2003). Αυτοί οι ερευνητές είχαν διαπιστώσει ότι όσο πιο ασφαλής ήταν η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τόσο μεγαλύτερη ήταν η αρνητική μεταβίβαση. Οι ερευνητές είχαν ερμηνεύσει το συγκεκριμένο αποτέλεσμα υπό το πρίσμα του αισθήματος ασφάλειας του θεραπευόμενου να εκφράσει και να εκτεθεί σε αρνητικά και επώδυνα συναισθήματα στο πλαίσιο της σχέσης μεταβίβασης.

Στην περίπτωση της παρούσας μελέτης, φαίνεται ότι ο βαθμός αποφευκτικής/φοβικής σχέσης προσκόλλησης μειώνεται όταν ο θεραπευόμενος βεβαιώνεται για τη σταθερότητα και τη ζωντανή παρουσία του θεραπευτή μετά την επιστροφή του από τις θερινές διακοπές, οπότε νιώθει λιγότερο ανασφαλής στη θεραπευτική σχέση. Θεωρητικά, έχει υποστηριχθεί ότι οι διακοπές της θεραπείας ανακινούν στον θεραπευόμενο συναισθήματα έγνοιας και ανησυχίας για το κατά πόσον ο θεραπευτής παραμένει υγιής και ασφαλής κατά την απουσία του, και εάν θα επιστρέψει σύντομα κοντά του (Schafer, 2002). Πιθανόν τέτοια συναισθήματα να έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για τους θεραπευόμενους με αποφευκτική/φοβική σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, συγκριτικά με τους άλλους τύπους προσκόλλησης, ίσως γιατί οι θεραπευόμενοι με αυτό το προφίλ σχέσης κατατρύχονται περισσότερο από φαντασιώσεις καταστροφής του αντικειμένου του θεραπευτή και αισθάνονται υπαιτιότητα για τον αποχωρισμό (Greenson, 1967. Sacks, 1998. Schafer, 2002). Η επιστροφή του θεραπευτή, λοιπόν, είναι πιθανό να κατευνάζει αυτά τα άγχη και να περιορίζονται έτσι και τα επίπεδα αποφευκτικής/φοβικής προσκόλλησης.

Καθώς η αντίσταση και η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή αποτελούσαν τις δύο βασικές μεταβλητές της έρευνας, η μεταξύ τους συσχέτιση ήταν η πρώτη που διερευνήθηκε.

Όπως ήταν αναμενόμενο, όσο πιο αποφευκτική/φοβική ήταν η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τόσο μεγαλύτερη ήταν η συνολική αντίσταση, αλλά και η αντίσταση ύψωσης ορίων, συσχετίσεις που παρέμειναν σταθερές και στις τρεις μετρήσεις της μελέτης. Γενικότερα, η αντίσταση έχει θεωρηθεί πως συνδέεται με συμπεριφορές εναντίωσης, έλλειψης συνεργασιμότητας και ανταγωνισμού με τον θεραπευτή (Lewis & Evans, 1986. Messer, 2002), εκδηλώσεις που επίσης έχουν συνδεθεί εμπειρικά με την αποφευκτική/φοβική σχέση προσκόλλησης (Bernier & Dozier, 2002. Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993. Mallinckrodt, 1995).

Από την άλλη πλευρά, ο βαθμός ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης βρέθηκε στην παρούσα μελέτη να συσχετίζεται αρνητικά με τους διάφορους τύπους αντίστασης και θετικά με τη συνεργατική σχέση. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η ασφαλής σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή συνδέεται με υψηλά επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας και συνεργασιμότητας (Eames & Roth, 2000. Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995. Mallinckrodt, Porter, & Kivlighan, 2005. Parish & Eagle, 2003). Ενδιαφέρον, ωστόσο, παρουσίασε το εύρημα ότι οι συσχετίσεις αυτές δεν παρέμειναν σταθερές μέσα στο χρόνο, αλλά διαφοροποιήθηκαν πριν και μετά τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας. Στη φάση της ανακοίνωσης των διακοπών από τον θεραπευτή, έπαψε να υφίσταται οποιαδήποτε συσχέτιση της ασφαλούς προσκόλλησης είτε με την αντίσταση είτε με τη συνεργατική σχέση, ενώ η τελευταία συσχετίστηκε για πρώτη και μοναδική φορά με τον ανασφαλή τύπο της έμμονης/συγχωνευτικής προσκόλλησης. Ήτοι, την περίοδο πριν τις καλοκαιρινές διακοπές, η συνεργασία του θεραπευόμενου αυξάνεται όσο πιο έμμονη/συγχωνευτική είναι η σχέση του με τον θεραπευτή, και όχι όσο πιο ασφαλής είναι, όπως ίσχυε αντίστοιχα στην πρώτη μέτρηση. Στη φάση δε μετά το πέρας των θερινών διακοπών, επανεμφανίζονται οι αρνητικές συσχετίσεις ανάμεσα στην ανασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή και τους

διάφορους τύπους αντίστασης, εντούτοις δεν επανεμφανίζεται η θετική συσχέτιση που είχε παρατηρηθεί αρχικά με τη συνεργατική σχέση.

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας παίζουν κάποιο ρόλο στη σχέση προσκόλλησης θεραπευτή-θεραπευόμενου αναφορικά με την αντίσταση του τελευταίου, αφού όταν ανακοινώνονται οι διακοπές από τον θεραπευτή «χάνεται» οποιαδήποτε προηγούμενη αρνητική συσχέτιση μεταξύ ασφάλειας και αντίστασης, ενώ αντίθετα η συνεργατική σχέση συνδέεται με ανασφαλή τύπο προσκόλλησης, παρά με ασφαλή, όπως ίσχυε αρχικά. Παρόλο που η αρχική κατάσταση «αποκαθίσταται» σε κάποιο βαθμό όταν ο θεραπευτής επιστρέφει από τις διακοπές, η αποκατάσταση αυτή είναι μάλλον ατελής, καθώς η ασφάλεια εξακολουθεί να μην συσχετίζεται με τη συνεργατική σχέση. Θεωρητικά, έχει υποστηριχθεί ότι οι διακοπές της θεραπείας προκαλούν ανασφάλεια στους θεραπευόμενους, καθώς αίρεται η θεραπευτική σταθερότητα, ενώ ταυτόχρονα ανακινούνται στο «εδώ-και-τώρα» της θεραπευτικής σχέσης παλαιότερα επώδυνα συναισθήματα γύρω από προηγούμενες εμπειρίες αποχωρισμού (Freud, 1900/1953a. Horner, 2005. Greenson, 1967. Power, 2003. Rhoads & Rhoads, 1995. Shengold, 2006). Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ίσως να αποτελούν τα πρώτα εμπειρικά ευρήματα που συνάδουν με τις σχετικές θεωρητικές απόψεις.

Τα παραπάνω αποτελέσματα αφορούν τις μεταβολές μέσα στο χρόνο στις δύο βασικές μεταβλητές της έρευνας, την αντίσταση και τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, στο σύνολο του δείγματος. Όπως προέκυψε, στην ανεξάρτητη εξέταση των δύο μεταβλητών ή στις μεταξύ τους συσχετίσεις, στο σύνολο των θεραπευόμενων, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές. Το γεγονός αυτό, εντούτοις, ανατράπηκε στις πιο σύνθετες αναλύσεις που περιλάμβαναν μια σειρά από ανεξάρτητες μεταβλητές, επιβεβαιώνοντας ότι το φαινόμενο της αντίστασης είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο το οποίο επηρεάζεται, ταυτοχρόνως, από διάφορους παράγοντες. Όταν ελήφθησαν υπόψη οι παράγοντες αυτοί, τα

αποτελέσματα έδειξαν ότι η συνολική αντίσταση των θεραπευόμενων (ανεξαρτήτως, δηλαδή, του επιμέρους τύπου αντίστασης) μεταβάλλεται μέσα στο χρόνο. Ούτως ειπείν, οι καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας βρέθηκε ότι μεταβάλλουν τα επίπεδα της συνολικής αντίστασης, είτε προς τα πάνω είτε προς τα κάτω. Συνεξετάζοντας δε κάθε τύπο αντίστασης ξεχωριστά, σε συνδυασμό με μια σειρά από μεταβλητές, προέκυψε ότι η μεταβολή της αντίστασης μέσα στον χρόνο επηρεάζεται ανάλογα με: (α) τον τύπο της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, (β) το προηγούμενο χρονικό διάστημα θεραπείας, (γ) τη μεταβίβαση, και (δ) τη θεραπευτική προσέγγιση, αλλά και με άλλους παράγοντες που διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο αντίστασης. Επιπλέον, διαπιστώθηκαν μια σειρά από αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στις μεταβλητές που επηρεάζουν την εμφάνιση της αντίστασης.

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η εμφάνιση της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία δεν αποτελεί ένα μονοσήμαντο φαινόμενο, το οποίο επηρεάζεται προς μία ενιαία κατεύθυνση, με αφορμή αποκλειστικά ένα συγκεκριμένο γεγονός, για παράδειγμα τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, αλλά αντίθετα, διαπιστώθηκαν πολλαπλές εκφάνσεις και διαδρομές της αντίστασης, ανάλογα καταρχήν με τον τύπο της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή.

Ειδικότερα, όταν στην ανάλυση Γενικού Γραμμικού Μοντέλου Πολλαπλών Μετρήσεων συμπεριλήφθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή ο τύπος της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, διαπιστώθηκε αύξηση την περίοδο των θερινών διακοπών στα επίπεδα αντίστασης του δείγματος. Αυτό ίσχυε τόσο για τη συνολική αντίσταση, όσο και για επιμέρους τύπους αντίστασης, όπως την αντίσταση κατάργησης ορίων και την αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής. Μάλιστα, στην αντίσταση κατάργησης ορίων, η μεγαλύτερη τιμή αντίστασης σημειώθηκε στη μέτρηση πριν τη φάση των καλοκαιρινών διακοπών. Το εύρημα αυτό αντανακλά τις θεωρητικές θέσεις που υποστηρίζουν ότι οι θεραπευόμενοι έχουν συχνά την ανάγκη να καταφέρουν μεγαλύτερη ψυχική εγγύτητα με τον θεραπευτή, τη στιγμή

που επίκειται ο αποχωρισμός τους (Power, 2003. Rhoads & Rhoads, 1995). Στην παρούσα έρευνα, η μέτρηση πριν τις διακοπές πραγματοποιήθηκε στη συνεδρία μετά την ανακοίνωση των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας από τον θεραπευτή. Είναι επομένως πιθανό, το γεγονός της ανακοίνωσης να κινητοποιήσει στους θεραπευόμενους την τάση για μεγαλύτερη εξάρτηση με τον θεραπευτή, όπως εκφράζεται μέσω της αντίστασης κατάργησης ορίων.

Σε συνδυασμό με τις μεταβολές αυτές σε συνολικό επίπεδο, βρέθηκε επιπρόσθετα ότι θεραπευόμενοι με διαφορετικό τύπο σχέσης προσκόλλησης αντιδρούσαν διαφορετικά την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, εκφράζοντας διαφορετικούς τύπους αντίστασης. Συγκεκριμένα, η αντίσταση ύψωσης ορίων και η αντίσταση κατάργησης ορίων παρουσίασαν διαφορετικές τάσεις την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, ανάλογα με τον τύπο της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή.

Καταρχήν, τόσο για την αντίσταση ύψωσης ορίων όσο και για την αντίσταση κατάργησης ορίων, ενδιαφέρον παρουσίασε το εύρημα ότι οι θεραπευόμενοι με έμμονη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή είχαν στην αρχική, «ουδέτερη», μέτρηση της έρευνας τα χαμηλότερα επίπεδα αντίστασης από τους υπόλοιπους θεραπευόμενους, ακόμη και συγκριτικά με τους θεραπευόμενους με ασφαλή σχέση προσκόλλησης, αντικρούοντας μία από τις βασικές υποθέσεις της έρευνας. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τη θέση ότι κάποιος βαθμός αντίστασης είναι θεμιτός στη θεραπευτική διαδικασία (Tracey, 1986), ενώ τα μειωμένα επίπεδα αντίστασης μπορεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, να συνδέονται με απρόσφορους και ανασφαλείς τρόπους σχετίζεσθαι (Almond, 2004). Η έμμονη σχέση προσκόλλησης, παραπέμπει στην ανάγκη για εξάρτηση, στην αδυναμία διαχωρισμού εαυτού-άλλου, και στο φόβο απόρριψης από τους άλλους. Τα χαμηλότερα επίπεδα αντίστασης σε αυτούς τους θεραπευόμενους είναι πιθανό να εκφράζουν την τάση των θεραπευόμενων αυτών να συμπεριφέρονται ως «ο καλός ασθενής» (Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995), μια ιδιαίτερα συγκαλυμμένη μορφή αντίστασης. Η σημαντική αύξηση την περίοδο πριν και μετά

τις διακοπές και στους δύο τύπους αντίστασης, από τους θεραπευόμενους με έμμονη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, επιβεβαιώνει ότι τα αρχικά μειωμένα επίπεδα αντίστασης αυτών των θεραπευόμενων ήταν μάλλον ασταθή και επίπλαστα. Μάλιστα, οι θεραπευόμενοι με έμμονη σχέση βρέθηκαν να παρουσιάζουν ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση στην αντίσταση ύψωσης ορίων μετά το πέρας των θερινών διακοπών, δηλαδή να συμπεριφέρονται ως αν να επιδιώκουν τη δημιουργία απόστασης με τον θεραπευτή, κάτι που μάλλον βρίσκεται σε εκ διαμέτρου αντίθεση με τις βαθύτερες ανάγκες τους (Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995).

Αντίθετα προς τους θεραπευόμενους με έμμονη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, οι θεραπευόμενοι με ασφαλής σχέση προσκόλλησης σημειώνουν μεν κάποια αύξηση στα επίπεδα αντίστασής τους γύρω από την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, ωστόσο η αύξηση αυτή είναι ηπιότερη και μικρότερη τόσο στην αντίσταση ύψωσης ορίων όσο και στην αντίσταση κατάργησης ορίων. Στη συνολική δε αντίσταση, οι θεραπευόμενοι με ασφαλής σχέση προσκόλλησης εμφανίζουν μεν αύξηση στην εμφάνιση αντίστασης, αλλά μόνο μεταξύ της 1^{ης} και της 2^{ης} μέτρησης, δηλαδή πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, γεγονός που πιθανόν υποδηλώνει ότι η επιστροφή του θεραπευτή από τις διακοπές «καθησυχάζει» αυτούς τους θεραπευόμενους και τους παρέχει ένα αίσθημα ασφάλειας, ώστε να μειώσουν τα προηγούμενα επίπεδα αντίστασης. Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό, καθώς φαίνεται να αναδεικνύει τη σπουδαιότητα του αισθήματος της ασφάλειας στη μείωση των αντιστάσεων.

Σε κάθε περίπτωση, πάντως, τα επίπεδα αντίστασης των θεραπευόμενων με έμμονη και με ασφαλής σχέση προσκόλλησης βρέθηκαν να είναι χαμηλότερα από τα αντίστοιχα των θεραπευόμενων με απρόθυμη και με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης, ενώ ακολουθούσαν δε πιο γραμμική πορεία. Και αυτό διότι, σε σύγκριση με τους υπόλοιπους θεραπευόμενους, όσοι είχαν απρόθυμη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή εμφάνισαν το μεγαλύτερο βαθμό αντίστασης ύψωσης ορίων και τον μικρότερο βαθμό αντίστασης κατάργησης ορίων,

πριν τις καλοκαιρινές διακοπές. Σε πλήρη αντιδιαστολή, οι θεραπευόμενοι με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης, βρέθηκαν να εμφανίζουν τα μικρότερα επίπεδα αντίστασης ύψωσης ορίων και τα μεγαλύτερα επίπεδα αντίστασης κατάργησης ορίων, στη φάση πριν τις θερινές διακοπές.

Φαίνεται ότι στους θεραπευόμενους που αντιμετωπίζουν εξ αρχής τη θεραπευτική σχέση με απροθυμία, το γεγονός της ανακοίνωσης των επερχόμενων διακοπών από τον θεραπευτή κορυφώνει την τάση τους να αντιστέκονται στη θεραπευτική διαδικασία, εκδηλώνοντας συμπεριφορές αποστασιοποίησης και παρεμποδίζοντας τη διερεύνηση και την επεξεργασία ψυχικού υλικού. Αντίθετα, οι θεραπευόμενοι με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από τάσεις ανεξαρτητοποίησης και αυτάρκειας, συχνά σε μια προσπάθεια υπεραναπλήρωσης των βαθύτερων εξαρτητικών αναγκών, φαίνεται να κάμπτουν την αντίσταση με τη μορφή οριοθέτησης και ύψωσης φραγμών στη θεραπευτική διαδικασία και αντιθέτως να αντιστέκονται σε αυτή, μέσα από προσπάθειες για συγχώνευση με τον θεραπευτή. Τα συγκεκριμένα συμπεράσματα συνάδουν με ευρύτερα ευρήματα παλαιότερων ερευνών (Banai, Mikulincer, & Shaver, 2005. Dolan, 1992. Fonagy et al., 1996. Mallinckrodt, Gant, & Goble, 1995. Travis et al., 2001).

Πάντως, το συγκεκριμένο εύρημα που προέκυψε στην παρούσα μελέτη σχετικά με τον τρόπο αντίδρασης στις διακοπές εκ μέρους των θεραπευόμενων με αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης με τον θεραπευτή θα μπορούσε να κατανοηθεί με δύο διαφορετικούς τρόπους. Πρώτον, είναι πιθανό η ανακοίνωση των επερχόμενων διακοπών να προκαλεί ένα καθεστώς απειλής –σε σχέση με την επικείμενη απώλεια του θεραπευτή– το οποίο διακινεί στον θεραπευόμενο με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης τις βαθύτερες αποκηρυγμένες ανάγκες για εξάρτηση και για οικειότητα, εκπεφρασμένες στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαντίδρασης με την αντίσταση κατάργησης ορίων. Από την άλλη πλευρά, η προοπτική της προσωρινής απουσίας του θεραπευτή στις καλοκαιρινές διακοπές είναι πιθανό να δημιουργεί

ένα περιβάλλον ασφάλειας για τον θεραπευόμενο με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης, καθώς απαντά στις σύντονες προς το Εγώ άμυνες για οριοθέτηση και διαφοροποίηση. Η επιβεβαίωση της διαφορετικότητας θεραπευτή-θεραπευόμενου ως δύο ξεχωριστές οντότητες, μέσα από το πραγματικό γεγονός των καλοκαιρινών διακοπών, είναι πιθανό να εξουδετερώνει την ψυχική αναγκαιότητα του θεραπευόμενου για αντίσταση τύπου ύψωσης ορίων και να τη μεταστρέφει σε αντίσταση τύπου κατάργησης ορίων.

Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις στους τρόπους με τους οποίους μεταβάλλεται η αντίσταση μέσα στο χρόνο ανάλογα με τον τύπο της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή εξαρτώνται, επίσης, από το προηγούμενο διάστημα που βρισκόταν κανείς σε θεραπεία. Παρόλο που δεν ήταν στις αρχικές υποθέσεις της έρευνας, βρέθηκε ότι οι θεραπευόμενοι με μεγαλύτερο διάστημα σε θεραπεία πριν την ανακοίνωση των καλοκαιρινών διακοπών από τον θεραπευτή παρουσίασαν πιο έντονες μεταβολές στα επίπεδα της αντίστασής τους στις τρεις μετρήσεις της έρευνας, συγκριτικά με εκείνους που η έναρξη της θεραπείας τους ήταν χρονικά πλησιέστερα στο σημείο της ανακοίνωσης των διακοπών. Αναφορικά με την αντίσταση ύψωσης ορίων, λόγω χάρη, οι «παλαιότεροι» θεραπευόμενοι παρουσίασαν σημαντική αύξηση στην αντίστασή τους μετά το πέρας των καλοκαιρινών διακοπών, σε αντίθεση με τους πιο «καινούργιους» θεραπευόμενους που εμφάνισαν πιο σταθερές τιμές στην αντίσταση μέσα στο χρόνο. Στην αντίσταση κατάργησης ορίων παρατηρήθηκε το ίδιο φαινόμενο, δηλαδή οι «παλαιότεροι» θεραπευόμενοι παρουσίασαν πιο έντονες μεταβολές στα επίπεδα αντίστασης μέσα στο χρόνο, σε σύγκριση με τους «νεότερους» που είχαν πιο σταθερές τάσεις στην αντίστασή τους. Σε αυτή την περίπτωση, ωστόσο, υπήρχαν διαφορές ανάμεσα στους τύπους σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ερμηνεύονται από το γεγονός ότι απαιτείται ένας ελάχιστος χρόνος κλινικής εργασίας προκειμένου να εγκατασταθεί μια σχέση ανάμεσα σε θεραπευτή-θεραπευόμενο –ανεξάρτητα από τον τύπο της σχέσης αυτής– να αναπτυχθούν

τα δυναμικά στη θεραπευτική διαντίδραση και να αρχίσει να δονείται το ψυχικό όργανο του θεραπευόμενου μέσω της επεξεργασίας των θεμάτων που τον απασχολούν (Kohut, 1971. Strean, 1990). Κάτι τέτοιο δεν αποκλείει, βέβαια, όλους τους θεραπευόμενους με πρόσφατη έναρξη θεραπείας να μεταβάλλουν τα επίπεδα της αντίστασής τους γύρω από τις καλοκαιρινές διακοπές.

Πράγματι, βρέθηκε ότι οι διαφορές στις εκδηλώσεις αντίστασης βάσει του προηγούμενου χρόνου θεραπείας αλληλεπιδρούν με τον τύπο της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Για παράδειγμα, αναφορικά με τη συνολική αντίσταση, στους «παλαιότερους» θεραπευόμενους όλοι, εκτός εκείνων με απρόθυμη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, εμφάνισαν αυξητική τάση στο χρόνο. Από την άλλη πλευρά, στους «καινούργιους» θεραπευόμενους παρατηρήθηκε ότι ενώ οι θεραπευόμενοι με έμμονη, ασφαλή και απρόθυμη σχέση προσκόλλησης διατηρούσαν σχετικά σταθερές τιμές συνολικής αντίστασης μέσα στο χρόνο με μια μικρή αύξηση στη μέτρηση πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, οι θεραπευόμενοι με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης εμφάνισαν πτωτική τάση μεταξύ της πρώτης μέτρησης και εκείνης πριν τις διακοπές του θέρους. Στην αντίσταση ύψωσης ορίων, οι πιο «παλαιοί» θεραπευόμενοι με απρόθυμη σχέση προσκόλλησης είχαν ελαφρά πτωτική τάση μέσα στο χρόνο, ενώ εκείνοι με πρόσφατη έναρξη θεραπείας εμφάνισαν μέγιστη τιμή στη φάση πριν τις καλοκαιρινές διακοπές. Αντίστοιχα, οι «παλαιότεροι» θεραπευόμενοι με αποφευκτική σχέση προσκόλλησης εμφάνισαν τη μέγιστη αντίσταση ύψωσης ορίων στη φάση μετά το πέρας των διακοπών, ενώ οι θεραπευόμενοι με μικρή χρονική διάρκεια θεραπείας είχαν τη μέγιστη αντίσταση ύψωσης ορίων στην αρχική «ουδέτερη» φάση. Τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν ότι, οπωσδήποτε, οι μεταβολές στα επίπεδα της αντίστασης επηρεάζονται από την προηγούμενη διάρκεια της θεραπείας, επιβεβαιώνοντας αντίστοιχα ευρήματα παλαιότερων ερευνών, σύμφωνα με τα οποία τα επίπεδα αντίστασης διαφέρουν κατά τη θεραπευτική διαδικασία ανάλογα με τη

χρονική φάση της θεραπείας (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, & Forgatch, 1984. Patton, Kivlighan, & Multon, 1997. Stoolmiller, Duncan, Bank, & Patterson, 1993. Tracey, 1986. Tracey & Ray, 1984). Επίσης, δείχνουν ότι οι μεταβολές αυτές είναι σε συνάρτηση και με τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, καθώς θεραπευόμενοι με διαφορετικό τύπο αντιδρούν διαφορετικά. Ιδιαίτερα, ο απρόθυμος και ο αποφευκτικός τύπος σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από τον παράγοντα του προηγούμενου χρόνου θεραπείας, στην αλληλεπίδρασή τους με την αντίσταση.

Ένας επιπλέον παράγοντας που βρέθηκε να επηρεάζει τις μεταβολές της αντίστασης μέσα στο χρόνο ήταν η αρνητική μεταβίβαση. Αυτό ισχύει τόσο για την αντίσταση ύψωσης ορίων, όπου η αρνητική μεταβίβαση ασκεί κύρια επίδραση, όσο και για την αντίσταση κατάργησης ορίων, αλλά και για τη συνολική αντίσταση, όπου η αρνητική μεταβίβαση επηρεάζει αλληλεπιδρώντας με τον χρόνο. Στην πρώτη περίπτωση, την αντίσταση ύψωσης ορίων, βρέθηκε ότι οι θεραπευόμενοι με κάποιο βαθμό αρνητικής μεταβίβασης (από «λίγη» έως και «πάρα πολύ») εμφανίζουν συνολικά μεγαλύτερα επίπεδα αντίστασης, συγκριτικά με τους θεραπευόμενους με «καμία/ελάχιστη» αρνητική μεταβίβαση. Η επίδραση αυτή ήταν δε μεγαλύτερη στις φάσεις πριν και μετά τις διακοπές, παρά σε μια «ουδέτερη» χρονική στιγμή της θεραπείας. Στις δύο άλλες περιπτώσεις, την αντίσταση κατάργησης ορίων και τη συνολική αντίσταση, βρέθηκε ότι οι θεραπευόμενοι με κάποιο βαθμό αρνητικής μεταβίβασης εκδηλώνουν αυξημένη αντίσταση στη μέτρηση πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας σε σύγκριση με την αρχική μέτρηση, ενώ οι θεραπευόμενοι με «καμία/ελάχιστη» αρνητική μεταβίβαση διατηρούν σταθερά τα επίπεδα αντίστασής τους στις τρεις μετρήσεις της έρευνας. Η σχέση εξάρτησης ανάμεσα στην αντίσταση και τη μεταβίβαση έχει διαπιστωθεί και σε προγενέστερες μελέτες (Graff & Luborsky, 1977. Luborsky, Bachrach, Graff, Pulver, & Christoph, 1979. Patton, Kivlighan, & Multon, 1997), παρόλο που μέχρι τώρα δεν είχε γίνει διάκριση ανάμεσα στην αρνητική και τη θετική μεταβίβαση.

Η επίδραση που βρέθηκε να έχει η αρνητική μεταβίβαση στην αύξηση της αντίστασης ιδιαίτερα την περίοδο πριν, αλλά και μετά, τις καλοκαιρινές διακοπές του θεραπευτή, είναι δηλωτική του στρεσογόνου χαρακτήρα των διακοπών της θεραπείας, αφού τα δυναμικά που δημιουργούνται τότε ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο φαίνεται να ασκούν πρόσθετο βάρος στην ψυχική οικονομία του θεραπευόμενου. Επιβεβαιώνονται, έτσι, παλαιότερα ευρήματα που καταδεικνύουν ότι οι καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας εκλύουν έντονο άγχος στους θεραπευόμενους και ανασύρουν παλαιότερα τραύματα που άπτονται σε ζητήματα απώλειας και αποχωρισμού (Gunderson, 1996. Handley & Swenson, 1989. Stein, Corter, & Hull, 1996). Τα επώδυνα αυτά βιώματα φαίνεται πως αντανakλώνται στην αρνητική μεταβίβαση προς τον θεραπευτή, ενώ ταυτόχρονα «ανθίστανται» στην επαναβίωσή τους μέσω των εκδηλώσεων αντίστασης.

Το σχετικό εύρημα ότι η ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική θεραπευτική προσέγγιση επηρεάζει την αντίσταση ύψωσης ορίων μέσα στο χρόνο, επιδέχεται διττής ερμηνείας. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι οι θεραπευόμενοι σε ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα αντίστασης ύψωσης ορίων, συγκριτικά με τους θεραπευόμενους άλλης ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης, και μάλιστα η αύξηση αυτή εντοπίζεται κυρίως στη φάση μετά τις καλοκαιρινές διακοπές. Η πρώτη πιθανή ερμηνεία συνίσταται στη μεγαλύτερη εξοικείωση των ψυχοδυναμικών θεραπειών με τη θεωρία, αλλά και την εκδήλωση της αντίστασης στην κλινική πράξη. Καθώς, η αντίσταση αποτελεί έναν από τους βασικούς θεωρητικούς πυλώνες της ψυχαναλυτικής προσέγγισης (Freud, 1904/1953b, 1914/1958c), είναι φυσικό οι θεραπευτές αυτής της προσέγγισης να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να ερμηνεύουν συγκεκριμένες συμπεριφορές των θεραπευόμενων ως αντιστάσεις, περισσότερο από τους θεραπευτές εκείνους που η εκπαίδευσή τους δεν εστιάζει τόσο σε θέματα αντιστάσεων στην ψυχοθεραπεία. Το γεγονός αυτό επεξηγεί και τη μεγαλύτερη επίδραση της θεραπευτικής προσέγγισης στη φάση μετά το πέρας των διακοπών.

Οι ψυχοδυναμικοί θεραπευτές θεωρούνται πιο ευαισθητοποιημένοι, λόγω των σχετικών αναφορών κατά την εκπαίδευσή τους, στον εντοπισμό και την ανάλυση των αντιστάσεων των θεραπευόμενων, οπότε ανάλογα με το βαθμό και την ένταση που αυτές παρουσιάζονται στην κλινική διαδικασία, οι θεραπευτές της ψυχοδυναμικής προσέγγισης μπορούν να τις διακρίνουν και να τις επισημάνουν. Πάντως, το συγκεκριμένο εύρημα συνάδει με αντίστοιχα προηγούμενων μελετών, σύμφωνα με τα οποία τα επίπεδα αντίστασης είναι αυξημένα σε θεραπείες ψυχαναλυτικής (Verhulst & Vijver, 1990) ή προσεσιανής προσέγγισης (Watson & McCullen, 2005), συγκριτικά με θεραπείες γνωστικο-συμπεριφοριστικού τύπου, γεγονός που αποδίδεται από τους ερευνητές στην εκπαίδευση των θεραπειών, αλλά και στο μεγαλύτερο βαθμό επιτρεπτικότητας για εκδήλωση αντιστάσεων στις συγκεκριμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Εντούτοις, το εύρημα ότι η επίδραση της θεραπευτικής προσέγγισης περιορίζεται μόνο στην αντίσταση ύψωσης ορίων και δεν περιλαμβάνει και τις άλλες μορφές αντίστασης, εξηγείται από τη δεύτερη πιθανή ερμηνεία του συγκεκριμένου ερευνητικού αποτελέσματος. Είναι πιθανό το ίδιο το θεραπευτικό πλαίσιο –όπως διαμορφώνεται με βάση το ψυχαναλυτικό/ψυχοδυναμικό θεραπευτικό συμβόλαιο– να είναι πιο αυστηρό από τα άλλα, οπότε να προκαλεί στους θεραπευόμενους αυξημένα επίπεδα αντίστασης τύπου ύψωσης ορίων. Πράγματι, οι ψυχαναλυτικές αρχές της ουδετερότητας του θεραπευτή, της σταθερότητας του θεραπευτικού πλαισίου και της ματαίωσης των αναγκών του θεραπευόμενου για γονεϊκά υποκατάστατα (Συνοδινού, 2007. Φαλάρας, 1999), είναι πιθανό να εγείρουν τις αντιστάσεις του ασθενούς και να επιτείνουν την τάση για οριοθέτηση, ιδιαίτερα την περίοδο μετά τις διακοπές, όταν οι παραπάνω ψυχαναλυτικές αρχές είτε εκπληρώνονται στο μέγιστο βαθμό (π.χ. ματαίωση βρεφικών αναγκών) είτε βάλλονται σε πραγματικό χώρο και χρόνο (π.χ. ουδετερότητα και σταθερότητα).

Εξάλλου, ο ρόλος του θεραπευτικού πλαισίου, ανεξαρτήτως της θεωρητικής κατεύθυνσης των θεραπειών, βρέθηκε να επηρεάζει την αντίσταση συμπεριφοράς απεμπλοκής. Συγκεκριμένα, οι θεραπευόμενοι που παρακολουθούνταν σε δημόσιο θεραπευτικό πλαίσιο είχαν πιο αυξημένα επίπεδα αντίστασης, όσον αφορά σε συμπεριφορές παραβίασης του πλαισίου, συγκριτικά με τους θεραπευόμενους που παρακολουθούνταν ιδιωτικά. Μάλιστα, η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο ομάδων θεραπευόμενων ήταν μεγαλύτερη πριν την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών του θεραπευτή. Φαίνεται ότι, σε αντίθεση με την προαναφερθείσα αντίσταση ύψωσης ορίων, η οποία εκδηλωνόταν σε μεγαλύτερο βαθμό σε πλαίσια διαρθρωμένα πιο «αυστηρά» βάσει της ψυχαναλυτικής θεραπευτικής προσέγγισης, στην περίπτωση της αντίστασης συμπεριφοράς απεμπλοκής, αυτή εκδηλώνεται σε μεγαλύτερο βαθμό όταν το θεραπευτικό πλαίσιο διέπεται από πιο «χαλαρούς» κανόνες. Το δημόσιο ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο θεωρείται ως τέτοιο, καθώς καταρχήν απουσιάζει από αυτό η οικονομική δέσμευση του θεραπευόμενου, και κατά δεύτερον, τα όρια της ψυχοθεραπευτικής ταυτότητας –τόσο σε λειτουργικό όσο και σε δομικό επίπεδο– είναι συνήθως ρευστά και ασταθή (Χαραλαμπίκη, 2010). Συνεπώς, φαίνεται πως αυτή η ρευστότητα επιτείνει τις αντιστάσεις των ασθενών, ιδιαίτερα στη φάση των διακοπών, όπου αίρεται το θεραπευτικό συνεχές.

Ένας πρόσθετος παράγοντας που βρέθηκε να επηρεάζει τις μεταβολές της αντίστασης την περίοδο γύρω από τις καλοκαιρινές διακοπές, ήταν αυτός της αντιδραστικότητας. Η αντιδραστικότητα είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που αφορά στην τάση του ατόμου να διατηρεί τον έλεγχο και την αίσθηση της προσωπικής βούλησης (Brehm & Brehm, 1981. Dowd, Milne, & Wise, 1991). Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι οι θεραπευόμενοι με μεγαλύτερη αντιδραστικότητα έδειχναν μικρότερο βαθμό αντίστασης τύπου κατάργησης ορίων στην αρχική φάση μέτρησης, αλλά και πριν τις θερινές διακοπές, η σχέση αυτή όμως έπαυε να υπάρχει στη φάση μετά το πέρας των διακοπών.

Η ίδια εικόνα επαναλήφθηκε και αναφορικά με την αρνητική μεταβίβαση. Οι θεραπευόμενοι με κάποιο βαθμό αρνητικής μεταβίβασης, ενώ στην αρχική, «ουδέτερη» φάση της έρευνας όσο πιο αντιδραστικοί ήταν τόσο μικρότερη αντίσταση κατάργησης ορίων εξέφραζαν, μετά το πέρας των θερινών διακοπών αυτό μεταστρεφόταν και πλέον όσο πιο αντιδραστικοί ήταν τόσο μεγαλύτερη αντίσταση κατάργησης ορίων εκδήλωναν. Τα αποτελέσματα αυτά συγκλίνουν με ευρήματα άλλων ερευνών, σύμφωνα με τα οποία ασθενείς με διαταραχές που προεξάρχουν άγχη εγκατάλειψης και αποχωρισμού (π.χ. παθητικο-επιθετική και εξαρτητική διαταραχή) σημείωναν χαμηλά επίπεδα αντιδραστικότητας (Seibel & Dowd, 2001), και αντιστρόφως άτομα με υψηλό βαθμό αυτονομίας χαρακτηρίζονταν από υψηλή αντιδραστικότητα (Dowd, Pepper, & Siebel, 2001. Pepper, 1996. Siebel, 1994). Καθώς η αντίσταση κατάργησης ορίων συνίσταται στην τάση του θεραπευόμενου για εξάρτηση και για συγκυτιακή σχέση με τον θεραπευτή, είναι αναμενόμενο οι περισσότεροι αντιδραστικοί ασθενείς να εμφανίζουν μικρότερη αντίσταση αυτού του τύπου, καθώς έτσι διατηρούν τον έλεγχο και την αίσθηση αυτονομίας. Το εύρημα ότι η σχέση αυτή μεταστρέφεται στη φάση μετά το πέρας των διακοπών, εξηγείται ίσως από το γεγονός ότι οι αντιδραστικοί ασθενείς δεν έχουν πλέον την ίδια ανάγκη για έλεγχο και ανεξαρτησία, αφού η αποκατάσταση της προηγούμενης θεραπευτικής συνέχειας και η επανεμφάνιση του θεραπευτή κατευνάζουν τα πιθανά άγχη αποχωρισμού και εγκατάλειψης που είχαν ενεργοποιηθεί πρωτίτερα με τις διακοπές.

Τα παραπάνω αποτελέσματα βασίζονται στις αναλύσεις εκείνες όπου η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή μελετούνταν ως ξεχωριστή τυπολογία (Robbins, 1995), δηλαδή κάθε θεραπευόμενος που συμμετείχε στην έρευνα κατατασσόταν σε έναν και μόνο τύπο σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Καθώς, η σχετική κλίμακα μετρά τη σχέση προσκόλλησης, κυρίως, ως διαφορετικό βαθμό σε τρεις επιμέρους υποκλίμακες –ασφαλή, φοβική/αποφευκτική και έμμονη/συγχωνευτική– διερευνήθηκε η επίδραση των επιμέρους

παραγόντων στις μεταβολές της αντίστασης, συμπεριλαμβάνοντας πλέον τον βαθμό κάθε θεραπευόμενου σε καθεμία από τις υποκλίμακες. Στις αναλύσεις αυτές, τα αποτελέσματα δεν διέφεραν ιδιαίτερα από τα προηγούμενα αναφορικά με τις επιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών. Η αρνητική μεταβίβαση, η θεραπευτική προσέγγιση, η αντιδραστικότητα και το θεραπευτικό πλαίσιο βρέθηκαν να επηρεάζουν, και σε αυτή την περίπτωση, τις μεταβολές της αντίστασης μέσα στο χρόνο, με τους τρόπους που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Ένα πρόσθετο στοιχείο σε αυτές τις αναλύσεις ήταν η σημαντική αλληλεπίδραση που βρέθηκε ανάμεσα στο χρόνο και τη θεραπευτική συμμαχία, όσον αφορά την αντίσταση ύψωσης ορίων. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι, όταν ανακοινώνονται οι καλοκαιρινές διακοπές από τον θεραπευτή, η αυξημένη θεραπευτική συμμαχία ισοδυναμεί με αυξημένη αντίσταση ύψωσης ορίων, κάτι που δεν ίσχυε σε μια «ουδέτερη» χρονική στιγμή της θεραπείας, όπου η αυξημένη θεραπευτική συμμαχία συνεπαγόταν μειωμένη αντίσταση. Φαίνεται, δηλαδή, αρχικά η θεραπευτική συμμαχία να συνδέεται αρνητικά με την αντίσταση ύψωσης ορίων, επιβεβαιώνοντας αντίστοιχα ευρήματα προηγούμενων ερευνών (Iwakabe, Rogan, & Stalikas, 2000. Morgan, Luborsky, Crits-Cristoph, Curtis, & Solomon, 1982. Patton, Kivlighan & Multon, 1997. Watson & McMullen, 2005. Winston, Winston, Samstag, & Muran, 1994). Ωστόσο, όταν η θεραπευτική σχέση βρίσκεται μπροστά στην «πρόκληση» της προσωρινής απώλειάς της, με την ανακοίνωση των καλοκαιρινών διακοπών από τον θεραπευτή, τότε διαπιστώνεται το παράδοξο φαινόμενο η ύπαρξη θεραπευτικής συμμαχίας να αυξάνει την αντίσταση. Μια εξήγηση αυτού του μη-αναμενόμενου ευρήματος αφορά την πιθανή αίσθηση απειλής για την εγκαθιδρυμένη θεραπευτική συμμαχία που ενδεχομένως βιώνεται, εξαιτίας της επικείμενης απουσίας του θεραπευτή. Ήτοι, κατά τη διάρκεια των διακοπών ο θεραπευόμενος δεν χάνει μόνο τη θεραπευτική σχέση, αλλά και τη θεραπευτική συμμαχία που εμπνέει η σχέση αυτή. Όσο μεγαλύτερη είναι η θεραπευτική συμμαχία, τόσο περισσότερα απειλείται να απολέσει ο θεραπευόμενος από τον αποχωρισμό, και συνεπώς

τόσο περισσότερο φαίνεται να αντιστέκεται σε μια τέτοια προοπτική, επιτείνοντας με τη σειρά του τις συνθήκες αποστασιοποίησης και οριοθέτησης.

Παρομοίως, ένα επιπλέον εύρημα αφορά το βαθμό ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή και την αντίσταση τύπου κατάργησης ορίων, αλλά και τη συνολική αντίσταση. Μία από τις υποθέσεις της έρευνας ήταν ότι ο βαθμός ασφάλειας στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή θα επηρέαζε αρνητικά την εκδήλωση αντίστασης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε μερικώς, αφού βρέθηκε ότι η σχέση ανάμεσα στην ασφαλή σχέση προσκόλλησης και την αντίσταση διαμεσολαβείται από τον παράγοντα του χρόνου. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι θεραπευόμενοι με μεγαλύτερο διάστημα θεραπείας όσο πιο ασφαλή σχέση προσκόλλησης είχαν με τον θεραπευτή τους, πράγματι, τόσο μικρότερη αντίσταση κατάργησης ορίων, καθώς επίσης και συνολική αντίσταση, εκδήλωναν στην αρχή της θεραπείας. Ωστόσο, στη φάση πριν και, ιδιαίτερα, μετά τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας οι θεραπευόμενοι αυτοί εξέφραζαν μεγαλύτερη αντίσταση, συγκριτικά με την αρχική μέτρηση. Φαίνεται, δηλαδή, πως η αρχική υπόθεση ότι η ασφάλεια στη θεραπευτική σχέση ισοδυναμεί με μειωμένα επίπεδα αντίστασης ισχύει για τα αρχικά τουλάχιστον στάδια της θεραπείας. Όταν, ωστόσο, το αίσθημα ασφάλειας κλονίζεται ή/και επαπειλείται –όπως φαίνεται να συμβαίνει με την προοπτική του αποχωρισμού στη φάση των θερινών διακοπών– η αντίσταση στη θεραπευτική διαδικασία αυξάνεται, αντί να μειώνεται. Το εύρημα ότι αυτό συμβαίνει στους «παλαιότερους» θεραπευόμενους, δηλαδή σε εκείνους με μεγαλύτερο διάστημα θεραπείας πριν την ανακοίνωση των διακοπών, δείχνει ότι η σχέση ανάμεσα στην αντίσταση και την αίσθηση ασφάλειας είναι δυναμική, καθώς αναπτύσσεται προοδευτικά μέσα στο χρόνο με την εξέλιξη της κλινικής εργασίας.

Συμπερασματικά, από την παρούσα μελέτη προέκυψε ότι η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία μεταβάλλεται την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών, συγκριτικά με μια

αρχική «ουδέτερη» περίοδο, καταδεικνύοντας ότι οι θερινές διακοπές ανακινούν ιδιαίτερα δυναμικά στη θεραπευτική σχέση και εγείρουν συγκεκριμένα κλινικά ζητήματα. Μάλιστα, οι μεταβολές της αντίστασης στη φάση των διακοπών είναι πολυδιάστατες, καθώς επηρεάζονται ταυτόχρονα από ποικίλους κλινικούς (π.χ. θεραπευτική προσέγγιση, προηγούμενη διάρκεια θεραπείας), προσωπικούς (π.χ. μεταβίβαση, αντιδραστικότητα) και διαπροσωπικούς (π.χ. σχέση προσκόλλησης με θεραπευτή) παράγοντες. Εκτός των κύριων αυτών ευρημάτων, η παρούσα μελέτη διερεύνησε μια σειρά από επιπρόσθετα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Δευτερογενή ερευνητικά ερωτήματα

Στη βάση της προϋπάρχουσας θεωρητικής και εμπειρικής τεκμηρίωσης, διερευνήθηκαν, επιπλέον, οι πιθανές συσχετίσεις των δύο βασικών μεταβλητών, της αντίστασης και της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, με τη μεταβίβαση και τη θεραπευτική συμμαχία. Από τα σχετικά αποτελέσματα δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σχέσης προσκόλλησης με τη μεταβίβαση. Παρόλο που προηγούμενη μελέτη (Woodhouse et al., 2003) κατέδειξε θετικές συσχετίσεις αφενός μεν ανάμεσα στην αρνητική μεταβίβαση και τη σχέση ασφαλούς προσκόλλησης, αφετέρου δε ανάμεσα στη συνολική μεταβίβαση και την έμμονη/συγχωνευτική σχέση προσκόλλησης, τα ευρήματα αυτά δεν επιβεβαιώθηκαν στην παρούσα μελέτη. Η απόκλιση αυτή είναι πιθανό να οφείλεται στον αριθμό των συνεδριών που είχαν προηγηθεί της συλλογής των στοιχείων, στις δύο μελέτες.

Στην παρούσα έρευνα, η εκτίμηση των επιπέδων της μεταβίβασης πραγματοποιήθηκε στην αρχική μέτρηση, όταν είχαν προηγηθεί 8-12 συνεδρίες. Αντίθετα, η έρευνα των Woodhouse et al. (2003) περιλάμβανε δείγμα με εύρος συνεδριών από 1 μήνα έως 120 μήνες (μέση τιμή: 10 μήνες), με τη μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος να έχει μία συνεδρία εβδομαδιαίως. Ως εκ τούτου, είναι πιθανό να απαιτείται ένα μεγαλύτερο χρονικό διάστημα

θεραπείας ώστε να αναπτυχθεί κάποια μορφή συσχέτισης ανάμεσα στη μεταβίβαση και τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Στα αρχικά βήματα της θεραπείας, ενδεχομένως, τα μεταβιβαστικά δυναμικά να παραμένουν συγκεχυμένα και αφανή, τουλάχιστον από την πλευρά του θεραπευτή, καθώς αυτός είναι που συμπληρώνει τη σχετική κλίμακα της μεταβίβασης. Εξάλλου, ο ρόλος του χρόνου στην ανάπτυξη και την εκδήλωση της μεταβίβασης στη θεραπευτική σχέση έχει επισημανθεί θεωρητικά (Gill, 1982. Greenson, 1967. Langs, 1989).

Από την άλλη πλευρά, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο πιο ισχυρή ήταν η αρνητική μεταβίβαση του θεραπευόμενου τόσο μεγαλύτερη ήταν η συνολική αντίσταση και ειδικότερα η αντίσταση ύψωσης ορίων. Επίσης, όσο πιο ισχυρή ήταν η θετική μεταβίβαση τόσο μεγαλύτερη βρέθηκε να είναι η συνεργατική σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου. Τα συγκεκριμένα ευρήματα θεωρούνται αναμενόμενα. Η αντίσταση έχει διαχρονικά συνδεθεί με αρνητικά φαινόμενα στην ψυχοθεραπεία, όπως η αρνητική μεταβίβαση, η αρνητική θεραπευτική αντίδραση και η πρόωρη διακοπή της θεραπείας (Greenson, 1967. Langs, 1981. Streat, 1990). Παρόλ' αυτά, ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι μέχρι τώρα δεν είχε διερευνηθεί εμπειρικά η σχέση ανάμεσα στην αντίσταση και την αρνητική μεταβίβαση. Από την άλλη πλευρά, η θετική μεταβίβαση έχει θεωρηθεί ότι διευκολύνει το κλινικό έργο και συμβάλλει στην εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας, προάγοντας ένα κλίμα εμπιστοσύνης και συνεργασίας (Greenson, 1967). Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων στην παρούσα μελέτη φαίνεται πως επιβεβαιώνουν τα στοιχεία αυτά, όπως εξάλλου διαφάνηκε και στις σχετικές αναλύσεις Γενικού Γραμμικού Μοντέλου Πολλαπλών Μετρήσεων. Εντούτοις, οι σχέσεις ανάμεσα στην αντίσταση και τη μεταβίβαση δεν θα πρέπει να ερμηνεύονται μονομερώς. Για παράδειγμα, η θετική μεταβίβαση δεν σηματοδοτεί πάντοτε ευοίωνες κλινικές καταστάσεις. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ένα από τα ευρήματα στη μελέτη ήταν ότι, στη φάση πριν τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, η συνεργατική σχέση

θεραπευτή-θεραπευόμενου συσχετιζόταν με την έμμονη/συγχωνευτική σχέση προσκόλλησης, η οποία αποτελεί έναν ανασφαλή και ανώριμο τύπο σχετίζεσθαι. Συνεπώς, η σύνδεση της αντίστασης με αρνητικά φαινόμενα, ή το αντίστροφο, της συνεργατικής σχέσης με θετικά φαινόμενα, δεν θα πρέπει να γίνεται αβίαστα, αλλά με επιφύλαξη και σκεπτικισμό.

Παρά το γεγονός ότι τα επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας παρέμειναν σταθερά στις δύο μετρήσεις της έρευνας, επιβεβαιώνοντας προηγούμενα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία από τη στιγμή που εγκαθιδρύεται η θεραπευτική συμμαχία σπανίως μεταβάλλεται στο πέρασμα του χρόνου (Horvath & Greenberg, 1994), οι συσχετίσεις ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία και τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, αλλά και την αντίσταση, ήταν διαφορετικές από μέτρηση σε μέτρηση. Ειδικότερα, οι διαφορές ανάμεσα στην αρχική μέτρηση και τη μέτρηση που πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας των καλοκαιρινών διακοπών αφορούσαν: (α) στην ύπαρξη αρνητικών συσχετίσεων μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και της αντίστασης οι οποίες συσχετίσεις έπαυαν να υπάρχουν μετά τις διακοπές, (β) στην ύπαρξη ισχυρών συσχετίσεων μεταξύ της θεραπευτικής συμμαχίας και της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή, οι οποίες μετριάζονταν στη φάση μετά τις διακοπές, και (γ) στην ύπαρξη νέων συσχετίσεων που εμφανίζονταν για πρώτη φορά μετά τις διακοπές. Οι «μαζικές» αυτές μεταβολές υποδηλώνουν ότι η μεσολάβηση των θερινών διακοπών στη θεραπευτική διαδικασία επηρεάζει ποικιλοτρόπως τη θεραπευτική σχέση.

Πιο συγκεκριμένα, στην αρχή της θεραπείας, όσο μεγαλύτερη ήταν η θεραπευτική συμμαχία ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο τόσο μικρότερη ήταν η συνολική αντίσταση, η αντίσταση ύψωσης ορίων, αλλά και η αποφευκτική/φοβική σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, ενώ παράλληλα τόσο μεγαλύτερη ήταν η ασφαλής σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Στη φάση μετά τις καλοκαιρινές διακοπές η εμφάνιση της αντίστασης βρέθηκε να είναι ανεξάρτητη από τα επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας, ενώ οι προηγούμενες ισχυρές συσχετίσεις ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία και τους τύπους

της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή μετριάστηκαν. Επιπλέον, στη φάση αυτή, όσο πιο έμμονη/συγχωνευτική ήταν η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τόσο μικρότερη ήταν η θεραπευτική συμμαχία. Φάνηκε, δηλαδή, μετά τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, η θεραπευτική συμμαχία να χάνει κάποιο βαθμό από την ισχύ της, ως παράγοντας ανασταλτικός της αντίστασης και της αποφευκτικής/φοβικής διαντίδρασης ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο. Παράλληλα, αν και ο βαθμός συσχέτισης ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία και την ασφάλεια στη θεραπευτική σχέση βρέθηκε να μειώνεται μετά τις διακοπές, η θεραπευτική συμμαχία δείχνει να παραμένει σταθερά ένα υγιές φαινόμενο στην ψυχοθεραπεία, καθώς βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με έναν ακόμη ανασφαλή τύπο σχετίζεσθαι, την έμμονη/συγχωνευτική σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Τα παραπάνω αποτελέσματα συγκλίνουν με τα αντίστοιχα προηγούμενων ερευνών (Bernier & Dozier, 2002. Kiesler & Watkins, 1989. Henry, Schacht, & Strupp, 1990. Mallinckrodt, Gant, & Goble, 1995. Mallinckrodt, Porter, & Kivlighan, 2005).

Ένα επιπρόσθετο αποτέλεσμα –με ποιοτικό περισσότερο χαρακτήρα– αφορούσε τις συγκεκριμένες μορφές αντίστασης που εκδηλώνονται για πρώτη φορά πριν και μετά τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας, ανάλογα με τη σχέση προσκόλλησης που έχει ένας θεραπευόμενος με τον θεραπευτή του. Βρέθηκε, πράγματι, ότι ανάλογα με το πόσο αποφευκτική/φοβική, ή από την άλλη πλευρά, πόσο έμμονη/συγχωνευτική ήταν η σχέση με τον θεραπευτή τόσο ο θεραπευόμενος θα εκδήλωνε για πρώτη φορά συγκεκριμένες μορφές αντίστασης πριν τις καλοκαιρινές διακοπές, οι οποίες σε άλλες περιπτώσεις επανεμφανίζονταν και μετά το πέρας των διακοπών και σε άλλες αντικαθίσταντο από νέες συμπεριφορές αντίστασης. Αναφορικά δε με τους θεραπευόμενους που είχαν μια περισσότερο ασφαλή σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή τους, παρόλο που δεν υπήρξε κάποια συσχέτιση με φανερές συμπεριφορές αντίστασης, εντούτοις παρατηρήθηκε μια μεταστροφή στις προηγούμενες εκδηλώσεις προς τον θεραπευτή: τόσο οι αρνητικές

συσχετίσεις με διάφορες μορφές αντίστασης, όσο και οι θετικές συσχετίσεις με εκδηλώσεις συνεργασίας και εμπιστοσύνης έπαψαν να ισχύουν την περίοδο γύρω από τις διακοπές. Η συγκεκριμένη στάση, η οποία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα καθεστώς «παγωμένης ουδετερότητας», έχει αναφερθεί σε κλινικές περιπτώσεις στη βιβλιογραφία (Power, 2003. Sable, 1994) και είναι ενδεικτική της συμβολής της παρούσας έρευνας, όχι μόνο σε εμπειρικό, αλλά και σε κλινικό / εκπαιδευτικό επίπεδο.

Θεωρητικές προεκτάσεις

Η αντίσταση του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία αποτελεί πανθεωρητικό φαινόμενο, αποδεκτό από το σύνολο των σχολών της ψυχοθεραπείας. Η αντίσταση θεωρείται «πανταχού παρούσα» στη θεραπεία, με καθοριστική επίδραση για τη θεραπευτική διαδικασία και το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Κατά συνέπεια, η μελέτη του φαινομένου της αντίστασης, το οποίο αποτελεί ένα πολυδιάστατο και σύνθετο φαινόμενο, θεωρείται ότι συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση ενός από τους βασικότερους μηχανισμούς που παρεμβάλλονται στη θεραπεία, καθώς επίσης ότι αναδεικνύει τρόπους καλύτερης αντιμετώπισής του, προς όφελος της θεραπευτικής αλλαγής. Φωτίζεται περισσότερο, έτσι, ένα αναπόσπαστο στοιχείο της θεραπείας που τη συνοδεύει «βήμα-προς-βήμα» και το οποίο συχνά είτε παραβλέπεται εντελώς από τους θεραπευτές, είτε αντιμετωπίζεται ως «ανάθεμα» που αδρανοποιεί τις όποιες δυνατότητες για θεραπευτική πρόοδο.

Η μελέτη του φαινομένου της αντίστασης υπό το πρίσμα κυρίως της θεωρίας της προσκόλλησης, αλλά και άλλων εξελικτικών ψυχοδυναμικών θεωριών, θεωρείται ότι προσφέρει διπλό πλεονέκτημα: αφενός μεν τονίζει τη διαπροσωπική διάσταση της αντίστασης διευρύνοντας τα περιθώρια θεραπευτικής παρέμβασης, αφετέρου δε διανοίγει νέα πεδία εφαρμογής της θεωρίας προσκόλλησης.

Όσον αφορά την έμφαση στη διαπροσωπική διάσταση, η αντίσταση παύει να συνδέεται αποκλειστικά με ενδοψυχικούς όρους και αντ' αυτού συσχετίζεται με όρους διυποκειμενικότητας (π.χ. σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή). Επιτυγχάνεται, ως εκ τούτου, η θεωρητική αντιμετώπιση της αντίστασης με όρους περισσότερο θετικών παρά αρνητικών, συμπληρώνοντας τη σχετική σύγχρονη βιβλιογραφία που περιγράφει την αντίσταση ως σημαντικό και απαραίτητο προστατευτικό παράγοντα. Επίσης, για πρώτη φορά η αντίσταση συνδέεται με την παράμετρο της ασφάλειας / ανασφάλειας στη θεραπευτική σχέση και εξετάζεται η μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Αυτό αποτελεί καινοτόμο πεδίο έρευνας, αφού δεν έχει προηγηθεί καμία σχετική μελέτη, παρά τις θεωρητικές αναφορές και τους υπαινιγμούς για την πιθανή σχέση ανάμεσα στους δύο παράγοντες. Εάν το ζητούμενο είναι να αντισταθεί ο ασθενής όσο το δυνατόν με τρόπο προσφορότερο προς τη θεραπεία, η ανάδειξη των διαφορετικών εκδηλώσεων αντίστασης με βάση τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή προσφέρει νέα προοπτική στη θεωρία της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία.

Όσον αφορά τη θεωρία προσκόλλησης, η συγκεκριμένη μελέτη μεταφέρει πολλές από τις βασικές αρχές της θεωρίας στο πεδίο της ψυχοθεραπείας, διερευνώντας την ισχύ τους. Παραδείγματος χάριν, η αρχή περί «ασφάλειας vs. εξερεύνησης», οι διαφορετικές μορφές αντίστασης ανάλογα με τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, η επίδραση της απώλειας και του αποχωρισμού στη θεραπεία ως πιθανή συνέπεια των καλοκαιρινών διακοπών, όλα τα παραπάνω αποτελούν βασικές πτυχές της θεωρίας προσκόλλησης, οι οποίες με τη συγκεκριμένη μελέτη διερευνώνται για πρώτη φορά σε σχέση με την αντίσταση, και μάλιστα εξετάζοντας το τριμερές ερώτημα «αντίσταση-απώλεια-ασφάλεια». Η αντίσταση είναι ένας όρος που εκπηγάζει από την ψυχανάλυση και ως τέτοια παραπέμπει περισσότερο στο ενδοψυχικό πεδίο των ενορμήσεων, των φαντασιώσεων και των εσωτερικευμένων αντικειμένων. Από την άλλη πλευρά, η θεωρία της προσκόλλησης προβάλλει τη σημασία των πραγματικών εμπειριών του ατόμου με τους σημαντικούς άλλους. Με τη συγκεκριμένη

μελέτη αποπειράται μία προσπάθεια σύζευξης των δύο θεωρήσεων: του φαντασιωσικού με το πραγματικό και του ενδοψυχικού με το διαπροσωπικό.

Η βιβλιογραφία για την επίδραση των διακοπών της θεραπείας περιορίζεται σε μεμονωμένες –περισσότερο ποιοτικές– έρευνες (Barchat, 1988. Bush, 1989. Handley & Swenson, 1989. Stein, Corter, & Hull, 1996), ή από την άλλη πλευρά, σε πληθώρα από βινιέτες και παραδείγματα περιστατικών (Goin, 2002. Greenson, 1967. Langs, 1989. Quinodoz, 1991. Power, 2003. Rhoads & Rhoads, 1995. Sable, 1994. Sacks, 1998. Streaan, 1990). Στη δεύτερη περίπτωση, οι βινιέτες αφορούν πάντοτε σε δυσκολίες και σε προβλήματα που ανακύπτουν στη θεραπεία λόγω των διακοπών, επιβεβαιώνοντας έτσι ότι οι διακοπές αποτελούν μια ιδιαίτερη περίοδο, από άποψη διακίνησης δυναμικών, στη θεραπευτική διαδικασία. Η θεραπευτική σχέση έχει μέχρι τώρα μελετηθεί στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαντίδρασης, όταν θεραπευτής και θεραπευόμενος είναι εξίσου παρόντες. Ο ρόλος της απουσίας του θεραπευτή δεν έχει μελετηθεί παρά μόνο ελάχιστα και αυτό σε περιπτώσεις ασθένειας του θεραπευτή. Έτσι, η διερεύνηση των διακοπών της θεραπείας αναμένεται ότι συνεισφέρει τόσο στη σχετική θεωρία για το ρόλο της απώλειας γενικότερα, όσο και στη θεωρία για το ρόλο της απώλειας του θεραπευτή, ειδικότερα.

Ερευνητικές προεκτάσεις

Η αντίσταση έχει μελετηθεί ελάχιστα στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαντίδρασης. Η συγκεκριμένη μελέτη θεωρείται ότι αναδεικνύει τη σχέση της αντίστασης με περισσότερο δι-υποκειμενικές μεταβλητές της θεραπείας, όπως τη βίωση ασφάλειας / ανασφάλειας στη θεραπευτική σχέση και τη θεραπευτική συμμαχία. Εξάλλου, η παράμετρος της ασφάλειας στη σχέση με τον θεραπευτή, αν και κεντρική στις περισσότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, δεν φαίνεται να έχει λάβει τη δέουσα ερευνητική προσοχή. Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη συγκεκριμένη παράμετρο σε συνδυασμό με μια πανθεωρητική μεταβλητή που

έχει βρεθεί ότι επηρεάζει τόσο τη θεραπευτική διαδικασία όσο και το θεραπευτικό αποτέλεσμα, την αντίσταση στη ψυχοθεραπεία. Τα σχετικά ευρήματα, που επιβεβαιώνουν τη σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών, δημιουργούν νέες προοπτικές για περαιτέρω μελέτες στο πεδίο της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας και της θεραπευτικής σχέσης και διαντίδρασης. Παράλληλα, καθώς η αντίσταση συνιστά σημαντικό προγνωστικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος, οι μελέτες που διερευνούν το ρόλο της κατά τη θεραπευτική διαδικασία αναμένεται ότι θα συνεισφέρουν στην αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας.

Επιπλέον, ο ρόλος της απώλειας, αν και κεντρικός στο σύνολο της ψυχοπαθολογίας, δεν έχει αναδειχθεί ιδιαίτερα στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο. Η ανάδειξη της επίδρασης των καλοκαιρινών διακοπών σε βασικές μεταβλητές της θεραπευτικής διαδικασίας προβάλλει την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της διάστασης του αποχωρισμού και της απώλειας –είτε ως παρελθούσα εμπειρία του θεραπευόμενου, είτε ως φαντασιωσικό γεγονός, είτε ως πραγματικό περιστατικό στο παρόν– στο πλαίσιο της κλινικής εργασίας. Η θεωρία της προσκόλλησης και τα σχετικά εμπειρικά δεδομένα προσφέρουν το κατάλληλο πλαίσιο για μια τέτοια διερεύνηση.

Κλινικές/εκπαιδευτικές προεκτάσεις

Σε κλινικό και εκπαιδευτικό επίπεδο η συγκεκριμένη μελέτη αναμένεται ότι συμβάλλει, καταρχάς, στην καλύτερη και πιο σύντομη με το υπόλοιπο της θεραπευτικής διαδικασίας μεταχείριση του θέματος των καλοκαιρινών διακοπών εκ μέρους του θεραπευτή, ώστε να προλαμβάνονται εκδηλώσεις αντίστασης που μπορεί να αναστείλουν τη θεραπευτική πρόοδο, ή ακόμη και να θέσουν σε κίνδυνο το σύνολο της θεραπευτικής προσπάθειας (π.χ. πρόωγη διακοπή της θεραπείας). Επιτυγχάνεται, έτσι, μια πιο ολιστική θεώρηση της θεραπευτικής διαδικασίας, ως ένα συνεχές το οποίο δρα και «εν τη απουσία» της, γεγονός

που θα πρέπει να αναγνωρίζεται και να τοποθετείται μέσα στο θεραπευτικό λόγο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, φαίνεται πως ο θεραπευτής είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διερευνά την πιθανή επίδραση των διακοπών στον ψυχισμό του ασθενούς, κατά τις συνεδρίες που προηγούνται και έπονται των θερινών διακοπών.

Επίσης, τα ευρήματα της μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν ώστε πολλά φαινόμενα αντίστασης να δύναται να αναγνωριστούν και να ερμηνευτούν βαθύτερα, ανάλογα με τον τρόπο που βιώνει ο ασθενής τον αποχωρισμό με τον θεραπευτή του. Η γνώση αυτή αναμένεται ότι θα βοηθήσει στην πληρέστερη κατανόηση και επεξεργασία των δυναμικών που αναπτύσσονται την περίοδο των διακοπών της θεραπείας. Το σχετικό εύρημα ότι την περίοδο των διακοπών εμφανίζονται για πρώτη φορά συγκεκριμένες μορφές αντίστασης σε συσχέτιση με τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή, δίνει τη δυνατότητα να διαπιστωθούν ορισμένα κοινά πρότυπα αντίστασης στη φάση των διακοπών. Κάτι τέτοιο επιτρέπει να διαμορφωθούν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση του θέματος των διακοπών και για την πρόληψη παρόμοιων φαινομένων αντίστασης που ειδιάλλως μπορούν να αποτελέσουν τροχοπέδη στη θεραπευτική αλλαγή. Έτσι, ο ασθενής θα προετοιμάζεται καλύτερα για την επικείμενη απώλεια της θεραπευτικής σχέσης, ενώ τα όποια δυναμικά ανακύπτουν θα αντιμετωπίζονται από τον θεραπευτή με μεγαλύτερη ενσυναίσθηση και δυνατότητα ψυχικής επεξεργασίας.

Η ανάδειξη του τρόπου που η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή επιδρά στην εμφάνιση αντίστασης κατά τη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και οι σχέσεις που προέκυψαν ανάμεσα στην αντίσταση και σε άλλες μεταβλητές της θεραπείας (π.χ. μεταβίβαση, θεραπευτική συμμαχία, θεραπευτική προσέγγιση, θεραπευτικό πλαίσιο) αναμένεται ότι συμβάλλουν στην ευρύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση των εκδηλώσεων αντίστασης του θεραπευόμενου. Η αντίσταση βρέθηκε ότι δεν είναι ένα αποκλειστικά ενδογενές φαινόμενο, αλλά αντίθετα ότι επηρεάζεται τόσο από διαπροσωπικές μεταβλητές όσο και από

εξωτερικούς παράγοντες. Το εύρημα αυτό συμβάλλει ώστε να αναδεικνύεται η θετική, διαπροσωπική, λειτουργία της αντίστασης, γεγονός που αναμένεται να συνεισφέρει στη διαντίδραση ασθενούς-θεραπευτή, με τρόπο τέτοιο που να προάγεται περαιτέρω η επανορθωτική εμπειρία της θεραπευτικής σχέσης. Με άλλα λόγια, η σχέση που ανακύπτει ανάμεσα στην αντίσταση στη θεραπεία και στο αίσθημα ασφάλειας / ανασφάλειας στη θεραπευτική σχέση, προσδίδει νέες διαστάσεις στην αντιμετώπιση των αντιστάσεων, όχι πλέον ως κάτι που αποτελεί ενδογενές εμπόδιο στη θεραπεία με αρνητικές επιπτώσεις, αλλά ως κάτι που αφορά και επηρεάζεται από τη σχέση μεταξύ ασθενή-θεραπευτή και το οποίο δρα ελλείψει μιας πιο ασφαλούς απάντησης στο εκάστοτε άγχος του θεραπευόμενου.

Περιορισμοί – Περαιτέρω έρευνα

Η παρούσα μελέτη εντάσσεται στις έρευνες αξιολόγησης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Ως τέτοια, χαρακτηρίζεται από τους περιορισμούς που συνήθως διακρίνουν τις αντίστοιχες μελέτες, όπως είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος και η ευκαιριακή δειγματοληψία. Το τελικό δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελούνταν από 46 θεραπευόμενους και 19 θεραπευτές, από διάφορα ψυχοθεραπευτικά πλαίσια, αριθμοί που πληρούν τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή μελετών ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Εντούτοις, παρόλο που οι θεραπευόμενοι επιλέχθηκαν από τους θεραπευτές με τυχαίο τρόπο για να συμμετάσχουν στη μελέτη, από την άλλη πλευρά, οι συμμετέχοντες θεραπευτές αποτελούσαν ευκαιριακό δείγμα. Καθώς βασική μεταβλητή της έρευνας ήταν η αντίσταση του θεραπευόμενου στη θεραπεία –σύμφωνα με την κρίση των θεραπειών–, η ευκαιριακή και οικιοθελής συμμετοχή των θεραπειών, αλλά και η μη-αυστηρή δειγματοληψία των θεραπευομένων είναι πιθανό να επηρέασαν τα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η συμμετοχή εκείνων των θεραπειών που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, εκδηλώνοντας πιθανόν οι ίδιοι αντίσταση στη διεξαγωγή της, μπορεί να διαφοροποιούσε τα αποτελέσματα.

Η προαιρετική συμμετοχή στην έρευνα, παρόλο που επιτάσσεται δεοντολογικά, εγείρει περιορισμούς όταν η ίδια η μελέτη αφορά σε ζητήματα αντίστασης, άρνησης και μη-συνεργασίας. Είναι πιθανό, δηλαδή, οι υποψήφιοι εκείνοι με υψηλότερα επίπεδα αντίστασης να αποκλείονται από το δείγμα.

Μελλοντικές αντίστοιχες έρευνες με μεγαλύτερα δείγματα και αυστηρά τυχαία δειγματοληψία θα εξάλειφαν τέτοιους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Στην παρούσα μελέτη, τα γενικά επίπεδα αντίστασης των θεραπευόμενων ήταν ομογενοποιημένα στο συνολικό δείγμα, καθώς κυμαίνονταν στη μέση τιμή, μειώνοντας έτσι το βαθμό διακύμανσης. Το γεγονός αυτό πιθανόν να εξηγεί τα «φτωχά» αποτελέσματα στο σύνολο του δείγματος, αφού δεν υπήρχαν πολλά περιθώρια διαφοροποίησης στις μέσες τιμές της αντίστασης, κάτι που ανατράπηκε όταν πραγματοποιήθηκαν επιμέρους αναλύσεις και το δείγμα είχε διαχωριστεί σε ομάδες με διαφορετική τυπολογία.

Στα μειωμένα επίπεδα αντίστασης στο συνολικό δείγμα είναι πιθανό να συνηγόρησε κι ένα από τα κριτήρια επιλογής του δείγματος, το οποίο προέβλεπε τη μη-ύπαρξη μείζονος ψυχοπαθολογίας. Παρότι το συγκεκριμένο κριτήριο διασφάλιζε την ομοιομορφία του δείγματος, ώστε να αποκλείονται επιδράσεις από τρίτους παράγοντες (π.χ. διαγνωστική κατηγορία), είχε παράλληλα ως συνέπεια να μην συμπεριλαμβάνεται στη μελέτη μια ευρεία γκάμα ψυχοπαθολογίας, που απασχολεί καθημερινά τα διάφορα κλινικά πλαίσια. Τα ευρήματα που προέκυψαν αφορούν, κυρίως, σε ασθενείς με νευρωτική δομή, χωρίς μείζονα ψυχοπαθολογία, με σημαντικό βαθμό ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργικότητας, χωρίς βέβαια να μπορεί να εξαιρεθεί εντελώς η πιθανή συνοδή διαταραχή προσωπικότητας. Είναι πιθανό, λοιπόν, τα επίπεδα αντίστασης σε άλλες διαγνωστικές κατηγορίες να είναι υψηλότερα από αυτά του συγκεκριμένου δείγματος κι ως εκ τούτου τα αποτελέσματα να διαφοροποιούνται στους ασθενείς αυτούς. Για παράδειγμα, το γεγονός ότι και οι έξι ασθενείς που δεν συμπεριληφθήκαν στο τελικό δείγμα επειδή διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία τους,

είχαν διαγνωσθεί από τους θεραπευτές να έχουν κάποια διαταραχή προσωπικότητας, δηλώνει ότι σε πιο βαριά ψυχοπαθολογία τόσο τα επίπεδα αντίστασης όσο και οι τρόποι εκδήλωσής της είναι, εξίσου, πιο σοβαρά. Πράγματι, τα επίπεδα αντίστασης των έξι αυτών ασθενών ήταν μεγαλύτερα, συγκριτικά με το υπόλοιπο δείγμα. Αυξημένες ήταν και οι μέσες τιμές στους ανασφαλείς τύπους σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή (αποφευκτική/φοβική και έμμονη/συγχωνευτική), καθώς και στα επίπεδα αντιδραστικότητας, ενώ αντίθετα, πιο χαμηλά από το συνολικό δείγμα ήταν τα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας και ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή.

Τα δεδομένα αυτά αποτελούν ενδείξεις ότι περαιτέρω έρευνα που θα διερευνά την αντίσταση και τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή σε ειδικούς κλινικούς πληθυσμούς (π.χ. ψυχωτικούς ασθενείς, χρήστες ουσιών, εφήβους) και σε συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες (π.χ. μεταιχμιακή, ψυχαναγκαστική, εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας, διαταραχή πανικού, μείζονα κατάθλιψη, κ.ά.) θα έχει να προσδώσει πολλά οφέλη στην κλινική εργασία με αυτούς τους ασθενείς. Ήδη, έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε μεταιχμιακούς ασθενείς, υπό το πρίσμα της θεωρίας προσκόλλησης, έχουν δείξει ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς σχετίζονται με έναν πολύ ιδιαίτερο τρόπο με τους άλλους, και δη με τους θεραπευτές τους (Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber, Clarkin, & Kernberg, 2006. Sable, 1997). Αντίστοιχα, αρκετοί κλινικοί έχουν ασχοληθεί με την αντιμετώπιση της αντίστασης σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, όπως σε ψυχαναγκαστικούς ασθενείς (Ritchie, 1987), σε εφήβους (Utibe, 1988) και σε περιπτώσεις πένθους λόγω απώλειας αγαπημένου προσώπου (Bernstein, Duncan, Gavin, Lindahl, & Ozonoff, 1989). Αυτό που φαίνεται να απουσιάζει και να χρήζει περαιτέρω μελέτης είναι η από κοινού εξέταση των δύο μεταβλητών, της αντίστασης και της σχέσης προσκόλλησης, σε διάφορους κλινικούς πληθυσμούς.

Η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία είναι ένα, κυρίως, ασυνείδητο φαινόμενο με πολλαπλές εκφάνσεις, πολλές εκ των οποίων είναι συχνά συγκαλυμμένες. Για αυτό το λόγο, τα περισσότερα ψυχομετρικά εργαλεία για τη μέτρηση της αντίστασης βαθμολογούνται από εξωτερικούς κριτές στη βάση απομαγνητοφωνημένων συνεδριών. Στην παρούσα μελέτη, το εργαλείο για την αντίσταση συμπληρωνόταν από τους θεραπευτές μετά το πέρας ενός κύκλου συνεδριών. Η συγκεκριμένη επιλογή βασίστηκε, αφενός μεν, στην πρακτική δυσκολία μαγνητοφώνησης συνεδριών, ιδιαίτερα σε κλινικά πλαίσια ψυχαναλυτικής / ψυχοδυναμικής προσέγγισης, αφετέρου δε στο γεγονός ότι ο θεραπευτής είναι αυτός που εν τέλει καλείται να αναγνωρίσει, να διαχειριστεί και να συμβάλει στον κατευνασμό των αντιστάσεων. Άρα, ο θεραπευτής θεωρήθηκε ως ο πλέον αρμόδιος να επισημάνει την παρουσία και την ένταση των αντιστάσεων του θεραπευόμενου. Βέβαια, σύμφωνα με τη διαπροσωπική διάσταση της αντίστασης, η αντίσταση συν-κατασκευάζεται στη σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου (Adler & Bachant, 1998. Blatt & Erlich, 1982. Karlsson, 2004. Samberg, 2003), οπότε ζητήματα αντιμεταβίβασης και αντίστασης από την πλευρά του ίδιου του θεραπευτή μένουν, γενικώς, αδιερεύνητα στην παρούσα μελέτη.

Περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να διεξαχθεί στο σημείο αυτό, ώστε να συγκριθούν οι εκτιμήσεις των θεραπειών για τις εκδηλώσεις αντίστασης των θεραπευομένων τους, με αντίστοιχες εκτιμήσεις εξωτερικών κριτών, ώστε να διαπιστωθεί ο βαθμός «αντικειμενικότητας», ή αντίθετα, ο βαθμός μεροληψίας των απαντήσεων των θεραπειών. Πάντως, αντίστοιχες μελέτες που έχουν διεξαχθεί για μια άλλη θεμελιώδη μεταβλητή της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, τη μεταβίβαση, έχουν δείξει υψηλό βαθμό αξιοπιστίας ανάμεσα σε κριτές και θεραπευτές (Graff & Luborsky, 1977. Luborsky, Crabtree, Curtis, Ruff, & Mintz, 1975. Luborsky, Graff, Pulver, & Curtis, 1973), αλλά και ανάμεσα σε επόπτες και θεραπευτές (Kivlighan, 1995).

Ένας πρόσθετος λόγος που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο εργαλείο για την εκτίμηση της αντίστασης ήταν η μεγάλη πληθώρα συγκεκριμένων εκδηλώσεων αντίστασης, η οποία βασίστηκε στην εξαντλητική μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας. Κανένα άλλο από τα υπάρχοντα εργαλεία δεν διέθετε μια τόσο ευρεία κλίμακα επιμέρους μορφών αντίστασης. Προκειμένου δε να γίνει πληρέστερος ο κατάλογος των διαφόρων μορφών αντίστασης, προστέθηκαν στο πρωτότυπο εργαλείο εννέα επιπλέον δηλώσεις. Παρόλο που το εργαλείο αξιολογήθηκε από μια ομάδα ψυχοθεραπευτών ως προς την εγκυρότητα της ελληνικής μετάφρασης και τη γλωσσική/εννοιολογική αξιοπιστία, δεν προηγήθηκε στάθμιση του εργαλείου στα ελληνικά δεδομένα, ούτε εκ νέου παραγοντική ανάλυση. Οι πολύ υψηλοί δείκτες Cronbach's alpha στην ελληνική εκδοχή του εργαλείου επιβεβαιώνουν την εσωτερική συνοχή του, αλλά ταυτόχρονα αποτελούν και ένδειξη πιθανής ταυτολογίας. Διαδικασία στάθμισης στα ελληνικά δεδομένα δεν πραγματοποιήθηκε ούτε στο εργαλείο για την εκτίμηση της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Η διενέργεια μελετών με μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων για τους σκοπούς της στάθμισης των συγκεκριμένων εργαλείων στα ελληνικά δεδομένα θα συνέβαλε περαιτέρω στην εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, ενώ ταυτόχρονα θα τροφοδοτούσε την ερευνητική δραστηριότητα με δύο σημαντικά εργαλεία για τη μελέτη της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Για το λόγο αυτό, έχει ήδη δρομολογηθεί η διαδικασία στάθμισης των συγκεκριμένων εργαλείων, καθώς και του εργαλείου μέτρησης της αντιδραστικότητας, σε γενικό και σε κλινικό πληθυσμό στην Ελλάδα. Η στάθμιση αυτών των εργαλείων στα ελληνικά δεδομένα θα συμπληρώσει τις υπάρχουσες πολυάριθμες αναφορές για αυτά, στη διεθνή βιβλιογραφία.

Η σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή αξιολογήθηκε με βάση τις απαντήσεις των θεραπευόμενων στη σχετική κλίμακα και ως εκ τούτου θεωρήθηκε ότι αφορούσε τον τρόπο σχετίζεσθαι του ίδιου του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή του. Καθώς, όμως, οποιαδήποτε σχέση διαμορφώνεται μέσα από τη διαντίδραση και την αμοιβαία συναλλαγή, κρίνεται

σημαντική η περαιτέρω διερεύνηση της συγκεκριμένης μεταβλητής. Περαιτέρω μελέτη χρειάζεται προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός ταύτισης ανάμεσα στη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή και τον τύπο προσκόλλησης του θεραπευόμενου, αλλά επιπλέον, και τον τύπο προσκόλλησης του θεραπευτή. Μια τέτοια διερεύνηση είναι πιθανό να αναδείξει ότι ασφαλείς τύποι θεραπευόμενων συνάπτουν ανασφαλείς σχέσεις προσκόλλησης με τον θεραπευτή κάτω από ορισμένες συνθήκες κατά τη θεραπευτική διαδικασία (π.χ. καλοκαιρινές διακοπές), ή/και το αντίστροφο. Σχετική μελέτη των Mallinckrodt, Porter και Kivlighan (2005) κατέδειξε ότι πράγματι οι ανασφαλείς τύποι προσκόλλησης συσχετίζονται σημαντικά με δημιουργία ανασφαλούς σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Η σταθερότητα, ωστόσο, αυτών των συσχετίσεων στη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας παραμένει αδιερεύνητη. Περαιτέρω έρευνα μπορεί, επίσης, να αναδείξει ότι ο τύπος προσκόλλησης του θεραπευτή παίζει, εξίσου, κάποιο ρόλο στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου. Προηγούμενες σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι ο τύπος προσκόλλησης του θεραπευτή επηρεάζει όχι μόνο τη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Cue & Barnett, 1994. Hardy, Aldridge, Davidson, Rowe, Reilly, & Shapiro, 1999. Henry, Schacht, & Strupp, 1990. Kiesler & Watkins, 1989. Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998. Tyrrell, Dozier, Teague, & Fallot, 1999). Η από κοινού εξέταση της αντίστασης, της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή και των τύπων προσκόλλησης θεραπευτή και θεραπευόμενου, ξεχωριστά, αναμένεται ότι θα συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας πιο πλήρους εικόνας για την αλληλεπίδραση ενδογενών και διαπροσωπικών μεταβλητών στο φαινόμενο της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία.

Εξάλλου, η ενδεδειγμένη διερεύνηση της συμμετοχής του θεραπευτή στην εμφάνιση ή/και την ένταση της αντίστασης του θεραπευόμενου προϋποθέτει περισσότερο ποιοτική μεθοδολογία, παρά ποσοτική, όπως είναι η περίπτωση της παρούσας μελέτης. Γενικότερα, ο συνδυασμός ποιοτικής και ποσοτικής μεθοδολογίας στη διερεύνηση του φαινομένου της

αντίστασης –το οποίο χαρακτηρίζεται από ασυνείδητα δυναμικά, με λανθάνοντα, τις περισσότερες φορές, περιεχόμενο– θα προσέθετε πολύτιμες πληροφορίες στην προσπάθεια κατανόησης και αντιμετώπισής της. Τα αποτελέσματα με πιο ποιοτικό χαρακτήρα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη έδειξαν ότι ανάλογα με τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή υπήρχαν συγκεκριμένες μορφές αντίστασης που εκδηλώνονταν για πρώτη φορά πριν ή/και μετά τις καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας. Το εύρημα αυτό, το οποίο ενέχει ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της κλινικής αντιμετώπισης των αντιστάσεων, μπορεί να εμπλουτιστεί περαιτέρω με ποιοτικού τύπου σχετικές έρευνες.

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η αντίσταση είναι ένα πανθεωρητικό φαινόμενο, έγινε προσπάθεια στην παρούσα μελέτη να συμμετάσχουν θεραπευτές από διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις (ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική, συστημική, γνωσιακή, ανθρωπιστική-πελατοκεντρική). Ωστόσο, το μέγεθος του τελικού δείγματος δεν παρείχε τη δυνατότητα για συγκριτικές αναλύσεις ανάμεσα στις επιμέρους προσεγγίσεις. Στις ομαδοποιημένες αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ θεραπευόμενων ψυχαναλυτικής/ψυχοδυναμικής θεραπείας και θεραπευόμενων «άλλης» θεραπευτικής κατεύθυνσης βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματα, όσον αφορά την εμφάνιση της αντίστασης. Είναι πιθανό επιμέρους διαφορές να εντοπίζονται και ανάμεσα στις «άλλες» προσεγγίσεις, οι οποίες εάν διερευνηθούν σε μια μελλοντική έρευνα, μπορούν να οδηγήσουν σε πιο σαφή συμπεράσματα για το κατά πόσον η θεωρητική προσέγγιση σε μια ψυχοθεραπεία επηρεάζει την εμφάνιση, αλλά και τους τρόπους εκδήλωσης των αντιστάσεων.

Η βασική υπόθεση της έρευνας ήταν ότι η αντίσταση του θεραπευόμενου μεταβάλλεται την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, ανάλογα με τη σχέση προσκόλλησης με τον θεραπευτή. Η επίδραση των διακοπών στη θεραπευτική διαδικασία και δη σε μία καίρια μεταβλητή της, αυτή της αντίστασης, μελετήθηκε για πρώτη φορά, με ποσοτικό ερευνητικό σχεδιασμό. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό η παρούσα έρευνα να

επαναληφθεί και στο μέλλον αναφορικά με τις καλοκαιρινές διακοπές στη θεραπεία. Παραδείγματος χάριν, ένα συναφές ερώτημα που προκύπτει προς περαιτέρω διερεύνηση είναι κατά πόσον η διάρκεια της απουσίας του θεραπευτή επηρεάζει τις αντιδράσεις των θεραπευόμενων, ή ακόμη, εάν η ταυτόχρονη απουσία θεραπευτή και θεραπευόμενου διαδραματίζει διαμεσολαβητικό ρόλο στην εκδήλωση αντιστάσεων στην ψυχοθεραπεία. Επίσης, περαιτέρω έρευνα χρειάζεται να διενεργηθεί και αναφορικά με άλλες διακοπές κατά τη θεραπευτική διαδικασία, για παράδειγμα αυτές των Χριστουγέννων και του Πάσχα, ή πιο έκτακτου χαρακτήρα διακοπές, όπως για λόγους ασθένειας, εγκυμοσύνης, κ.ά. Οι ποιοτικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί έως τώρα καταδεικνύουν ότι η θεωρία προσκόλλησης μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην κατανόηση των αντιδράσεων των θεραπευόμενων στις διακοπές που οφείλονται σε ασθένεια του θεραπευτή (Power, 2003). Επίσης, έχει καταδειχθεί ότι οι αντιδράσεις των θεραπευόμενων στη θεραπεία συνάδουν με το περιεχόμενο, ή με το «μήνυμα» των εορταστικών διακοπών (Boyer, 1957. Goin, 2002). Τα ευρήματα αυτά, σε συνδυασμό με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, δείχνουν ότι οι διακοπές της θεραπείας υπεισέρχονται, ως πραγματικό γεγονός, στη θεραπευτική σχέση και επενεργούν σε αυτή «εν τη απουσία» της. Παραμένει, βέβαια, προς διερεύνηση το ερώτημα κατά πόσον η επίδραση των διακοπών στην αντίσταση του θεραπευόμενου και ευρύτερα στη θεραπευτική σχέση έχει έναν μόνιμο, ή αντίθετα έναν περισσότερο προσωρινό χαρακτήρα, καθώς επίσης και ποια είναι εκείνα τα κρίσιμα συστατικά στη θεραπεία που συμβάλλουν στην απαρτίωση της εμπειρίας του αποχωρισμού από τον θεραπευτή, προς όφελος της θεραπευτικής εξέλιξης. Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στην άμεση επίδραση των θερινών διακοπών και στην ανάδειξη του καίριου ρόλου της για σημαντικές παραμέτρους της θεραπευτικής διαδικασίας. Έχοντας αυτόν τον στόχο, θεωρείται ότι συνεισέφερε καινοτόμα γνώση στο πεδίο της έρευνας στην ψυχοθεραπεία.

Συνεισφορά στη γνώση

Η παρούσα μελέτη συνεισφέρει στην υπάρχουσα γνώση για την αντίσταση του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία, καταρχήν, καθώς μελετά μια σύνθετη, πανθεωρητική και παράλληλα κεντρική, παράμετρο της θεραπευτικής διαδικασίας και του θεραπευτικού αποτελέσματος, για την οποία η έρευνα είναι περιορισμένη και τα ευρήματα ασαφή.

Κατά δεύτερον, η συνεισφορά στην υπάρχουσα γνώση συνίσταται στο γεγονός ότι η αντίσταση μελετάται σε σχέση με την παράμετρο της ασφάλειας / ανασφάλειας στη θεραπευτική σχέση. Παρόλο που οι σύγχρονες τάσεις ερμηνείας και κατανόησης των αντιστάσεων προβάλλουν τη διάσταση της ασφάλειας –ενδοψυχικής και διαπροσωπικής– ως τον κοινό παρανομαστή σε κάθε εκδήλωση αντίστασης, η συγκεκριμένη διάσταση δεν είχε μελετηθεί άμεσα και συστηματικά, έως σήμερα.

Κατά τρίτον, η παρούσα εργασία ενσωματώνει την κεντρική θέση της θεωρίας προσκόλλησης ότι η ενδοψυχική ασφάλεια κατακτάται εξελικτικά μέσα στη σχέση και διακυβεύεται από την απώλεια της σχέσης. Η ενσωμάτωση αυτή επιτυγχάνεται με την εξέταση των μεταβλητών της μελέτης κατά την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας, όταν ο θεραπευόμενος αντιμετωπίζει την (προσωρινή) απώλεια της θεραπευτικής σχέσης, οπότε δημιουργείται ένα «ιδανικό» πεδίο προκειμένου να καταδειχθεί η αλληλεπίδραση μεταξύ αντίστασης και ασφάλειας στη θεραπευτική σχέση. Παρόλο που θεωρητικά και κλινικά, η περίοδος των διακοπών της θεραπείας έχει συνδεθεί με πολλαπλά φαινόμενα αντίστασης, η επίδραση της απουσίας του θεραπευτή τόσο στη σχέση προσκόλλησης όσο και σε άλλες μεταβλητές της θεραπευτικής διαδικασίας (π.χ. θεραπευτική συμμαχία και μεταβίβαση) δεν είχε ερευνηθεί έως σήμερα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, η συγκεκριμένη μελέτη συνεισφέρει στην κατανόηση της αντίστασης του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία, με τους εξής τρόπους: (α) αναδεικνύει τη σπουδαιότητα της σχέσης προσκόλλησης με τον

θεραπευτή στην εμφάνιση αντιστάσεων, (β) επιβεβαιώνει εμπειρικά τη σχέση της αντίστασης με την παράμετρο της ασφάλειας / ανασφάλειας στη θεραπευτική σχέση, και (γ) επισημαίνει το ρόλο της (προσωρινής) απώλειας του θεραπευτή στην εκδήλωση αντιστάσεων κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Τα αποτελέσματα τονίζουν τον κρίσιμο ρόλο της σχέσης προσκόλλησης με τον θεραπευτή για την εκδήλωση αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, ενώ παράλληλα προωθούν την έρευνα αναδεικνύοντας μια σειρά νέων ερωτημάτων και υποθέσεων που μένει να διερευνηθούν, ώστε να διαφανεί ο ευρύτερος ρόλος της θεραπευτικής σχέσης στο φαινόμενο της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία.

Μέσω των ευρημάτων της συγκεκριμένης μελέτης, καταδεικνύεται ότι η αντίσταση του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπεία δεν είναι μια αποκλειστικά ενδογενής μεταβλητή –όπως έχει επικρατήσει να θεωρείται στους κόλπους της ψυχοθεραπευτικής πρακτικής–, αλλά αντίθετα επηρεάζεται τόσο από δι-υποκειμενικές παραμέτρους που άπτονται σε θέματα ασφάλειας / ανασφάλειας, όσο και από εξωτερικούς παράγοντες, όπως είναι οι καλοκαιρινές διακοπές της θεραπείας. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τη σύγχρονη θετική, διαπροσωπική διάσταση της αντίστασης, προβάλλει τη βαρύτητα της διαντίδρασης θεραπευόμενου-θεραπευτή στην αντιμετώπιση των αντιστάσεων και διευρύνει τα περιθώρια θεραπευτικής παρέμβασης.

Επίσης, αναδεικνύεται το γεγονός ότι η θεραπευτική σχέση συνιστά ένα συνεχές, το οποίο δρα και «εν τη απουσία» της, καθώς επιβεβαιώνεται ότι η (προσωρινή) απώλεια του θεραπευτή στη φάση των καλοκαιρινών διακοπών της θεραπείας ανακινεί ιδιαίτερα δυναμικά στη θεραπευτική σχέση. Τα αποτελέσματα αυτά φωτίζουν στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαντίδρασης τον, ούτως ή άλλως κεντρικό για τη διαμόρφωση της ψυχοπαθολογίας, ρόλο της απώλειας, και ως εκ τούτου διανοίγουν νέες δυνατότητες διερεύνησης αναφορικά με τους θεραπευτικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ψυχική αλλαγή. Η δε ταυτόχρονη εξέταση κοινών παραγόντων επηρεασμού της αντίστασης στην

ψυχοθεραπεία –σχέση προσκόλλησης, μεταβίβαση, θεραπευτική συμμαχία– θεωρείται ότι προσεγγίζει το φάσμα των πολλαπλών διαστάσεων της θεραπευτικής σχέσης, παρέχοντας μια συνεκτική προσέγγιση του θέματος.

Τελικά, η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει τον πολυδιάστατο και πολύ-παραγοντικό χαρακτήρα της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία, καθώς διαπιστώθηκε ότι οι μεταβολές της αντίστασης κατά τη θεραπευτική διαδικασία επηρεάζονται ταυτόχρονα από ποικίλους κλινικούς (π.χ. θεραπευτική προσέγγιση, προηγούμενη διάρκεια θεραπείας), προσωπικούς (π.χ. μεταβίβαση, αντιδραστικότητα) και διαπροσωπικούς (π.χ. σχέση προσκόλλησης με θεραπευτή) παράγοντες. Μια τέτοια εμπειρική τεκμηρίωση της πολυπλοκότητας της έννοιας της αντίστασης εγείρει την αναγκαιότητα για θεωρητική, ερευνητική και κλινική μέριμνα αναφορικά με την κατανόησή της υπό ένα ολιστικό, πολυμερές και ταυτόχρονα μετριοπαθές πρίσμα, με έμφαση στην αμοιβαιότητα και τη διαντίδραση, παρά στην μονομερή απόδοσή της σε αποκλειστικά ενδογενείς και ενορμητικούς παράγοντες, με αρνητικό πρόσημο.

Βιβλιογραφία

- Abraham, K. (1960). A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. In *Selected papers on psychoanalysis*. New York: Basic Books (Original work published 1919).
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Zoellner, L. A., & DiBeernardo, C. L.(2002). Treatment compliance and outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Modification*, 26(4), 447-463.
- Adler, E., & Bachant, J. L. (1998). Intrapsychic and interactive dimensions of resistance: A contemporary perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 15(4), 451-479.
- Adler, G. (1989). Psychodynamic therapies in borderline personality disorder. In A. Tasman, R. E. Hales, & A. J. Frances (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol. 8, pp. 49-64). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Attachment as related to mother-infant interaction. In J. B. Rosenblatt, R. H. Hinde, C. Beer, & M. Bushel (Eds.), *Advances in the study of behavior* (pp. 1-51). New York: Academic Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Alford, B. A., & Lantka, A. L. (2000). Processes of clinical change and resistance: A theoretical synthesis. *Behavior Modification*, 24(4), 566-579.
- Alizade, M. (2010). *Psychoanalysis and Positivity*. London: Karnac Books.

- Almond, R. (2004). "I can do it (all) myself": Clinical technique with defensive narcissistic self-sufficiency. *Psychoanalytic Psychology*, 21(3), 371-384.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson C. M., & Stewart S. (1983). *Mastering resistance: A practical guide to family therapy*. New York: Guilford Press.
- Arkowitz, H. (1995). Common factors or processes of change in psychotherapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 94-100.
- Bach, G. R. (1954). *Intensive group psychotherapy*. New York: Ronald Press Co.
- Baer, P. E., Dunbar, P. W., Hamilton, J. E., & Beutler, L. E. (1980). Therapist's perceptions of the psychotherapeutic process: Development of a psychotherapy process inventory. *Psychological Reports*, 46, 563-570.
- Baker, K. D., Sullivan, H., & Marszalek, J. M. (2003). Therapeutic reactance in a depressed client sample: A comparison of two measures. *Assessment*, 10(2), 135-142.
- Balint, M. (1968). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock Publications.
- Banai, E., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). "Selfobject" needs in Kohut's self psychology: Links with attachment, self-cohesion, affect regulation, and adjustment. *Psychoanalytic Psychology*, 22(2), 224-260.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barbanell, L. (1997). The management of resistance using time-out technique. *International Journal of Group Psychotherapy*, 47(4), 509-512.

- Barchat, D. E. (1988). Vicissitudes of patients' internalized representations of their therapists and affective responses to temporary situations. (Unpublished doctoral dissertation). Columbia University, New York.
- Bartholomew, K., & Horowitz, 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.
- Basch, M. F. (1982). Dynamic psychotherapy and its frustrations. In P. L. Wachtel (Ed.) *Resistance: Psychodynamic and behavioural approaches* (pp. 3-23). New York: Plenum Press.
- Βασλαματζής, Γ. (Επιμ.). (2000). *Ανάμεσα στη σύγχυση και τη δημιουργικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Bateman, A. & Holmes, J. (1995). *Introduction to Psychoanalysis: Contemporary theory and practice*. London: Routledge.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Dutton.
- Behrends R. S., & Blatt, S. J. (1985). Internalization and psychological development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 40, 11-39.
- Berg-Cross, L. (1989). The use of leisure and vacations in the treatment of affective and anxiety disorders. *Psychotherapy in Private Practice*, 7(1), 35-45.
- Betancourt, F. W., & Zeiler, M. D. (1971). The choices and preferences of nursery school children. *Journal of applied Behavior Analysis*, 4, 299-304.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Cognitive therapy of anxiety and phobias*. New York: Guilford.

- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D., Fleming, B., Ottaviani, R., Beck, J., Simon, K., Padesky, C., Meyer, J., & Trexler, L. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis and psychotherapy*. New York: Grove Press.
- Berne, E. (1964). *Games people play. The psychology of human relationships*. New York: Penguin Books.
- Bernier, A., & Dozier, M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 39(1), 32-43.
- Beutler, L. E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882-897.
- Beutler, L. E., & Clarkin, E. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Dahldrup, R. J., Bergan, J., Meredith, K., & Merry, W. (1991a). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 333-340.
- Beutler, L. E., Mohr, D. C., Grawe, K., Engle, D., & MacDonald, R. (1991b). Looking for differential effects: Cross-cultural predictors of differential psychotherapy efficacy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(2), 121-141.

- Beutler, L. E., Machado, P. P., Engle, D., & Mohr, D. C. (1993). Differential patient x treatment maintenance among cognitive, experiential, and self-directed psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3(1), 15-31.
- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Rocco, F., Moleiro, C. M., & Talebi, H. (2001). Resistance. *Psychotherapy*, 38(4), 431-436.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. M., & Talebi, H. (2002a). Resistance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. M., & Talebi, H. (2002b). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research? *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 207-217.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. M., Malik, M., Harwood, T. M., Romanelli, R., Gallagher-Thomphon, D., & Thompson, L. (2003). A comparison of the Dodo, EST, and ATI-predictors among co-morbid stimulant dependent, depressed patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 69-85.
- Bibring, G. L. (1936). A contribution to the subject of transference-resistance. *International Journal of Psychoanalysis*, 17, 181.
- Billow, R. M. (2001). The therapist's anxiety and resistance to group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(2), 225-242.
- Billow, R. M. (2006). The three R's of group: resistance, rebellion, and refusal. *International Journal of Group Psychotherapy*, 56(3), 259-284.

- Billow, R. M. (2010). *Resistance, rebellion, and refusal in group: The three R's*. London: Karnac Books.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in groups*. London: Tavistock Publications.
- Bion, W. R. (1967). *Second thoughts*. London: Heinemann.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. New York: Basic Books.
- Bischoff, M. M., & Tracey, T. J. G. (1995). Client resistance as predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology*, 42(4), 487-495.
- Blackwell, D. (2002). Out of their class: Class, colonization and resistance in analytic psychotherapy and group analysis. *Group Analysis*, 35(3), 367-380.
- Blankenship, K. L., & Wegener, D. T. (2008). Opening the mind to close it: considering a message in light of important values increases message processing and later resistance to change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(2), 196-213.
- Blatt, S. J., & Erlich, H. S. (1982). Levels of resistance in the psychotherapeutic process. In P.L. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 69-91). New York: Plenum.
- Blum, H. P. (1985). *Defense and Resistance: Historical perspective and current concepts*. New York: International Universities Press.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. London: Free Association Books.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Boren, J.J., & Colman, A.D. (1970). Some experiments on reinforcement principles within a psychiatric ward of delinquent soldiers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 3, 29-37.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.

- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 3-39.
- Bowlby, J. (1965). *Child care and the growth of love* (2nd ed.). England: Pelican Books.
- 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. (1974). Attachment theory, separation anxiety, and mourning. In D. A. Hamburg, & H. K. H. Brodie (Eds.), *American handbook of psychiatry* (Vol. 6, pp. 293-309).
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421-431.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. New York: Tavistock Publications.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3 Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Brehm, S. S., & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Brenner, C. (1982). *The mind in conflict*. New York: International Universities Press.
- Breshgold, E. (1989). Resistance in Gestalt therapy: An historical theoretical perspective. *The Gestalt Journal*, 12(2), 73-102.

- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton, & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 3-35.
- Breuer, J. & Freud, S. (1955) Studies on hysteria. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 2. London: Hogarth Press. (Original work published 1893-1895).
- Briet, M., Im, W. G., & Wilner, R. S. (1983). Strategic approaches with resistant families. *American Journal of Family Therapy*, 11, 51-58.
- Buchheim, A., & Mergenthaler, E. (2000). The relationship among attachment representation, emotion-abstraction patterns, and narrative style: A computer-based text analysis of the Adult Attachment Interview. *Psychotherapy Research*, 10, 390-407.
- Buckley, P. (1996). An object relations perspective on the nature of resistance and therapeutic change. *American Journal of Psychotherapy*, 50(1), 45-53.
- Burland, J. A. (1975). Separation-individuation and reconstruction in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 4, 303-335.
- Burns, D. B. (1989). *The Feeling Good Handbook*. New York: Penguin.
- Burns, D. B., & 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, 46-56.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 305-311.

- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-450.
- Bush, R. W. (1989). August vacation: A planned treatment interruption. (Unpublished doctoral dissertation). University of Massachusetts, Amherst.
- Callahan, P. E. (2000). Indexing resistance in short-term dynamic psychotherapy (STDP): Change in breaks in eye contact during anxiety (BECAS). *Psychotherapy Research*, 10(1), 87-99.
- Cameron, R. (1978). The clinical implementation of behavior change techniques: A cognitively oriented conceptualization of therapeutic “compliance” and “resistance”. In J. Foreyt, & D. Rathjen (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Research and application*. New York: Plenum Press.
- Caper, R. (1997). A mind of one’s own. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 265-278.
- Castro-Blanco, D. R. (2005). Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 121-123.
- Chamberlain, P., & Ray, J. (1988). The therapy process code: A multidimensional system for observing therapist and client interactions in family treatment. In R. J. Prinz (Ed.), *Advances in behavioral assessment of children and families* (Vol. 4, pp. 189-217). Greenwich, CT: JAI Press.
- Chamberlain P., & Baldwin D. V. (1989). Client resistance to parent training: It’s therapeutic management. *Advances in School Psychology*, 6, 131-171.
- Chamberlain, P., Patterson, G., Reid, J., Kavanagh, K., & Forgatch, M. (1984). Observation of client resistance. *Behavior Therapy*, 15, 144-155.

- Charles, M. (2008). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority-VIII: Standards of care and patient autonomy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(3), 547-560.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2010). Borderline personality disorder and resistance to treatment: The primary sources of resistance. *Psychiatric Times*, 35, 56-63.
- Γιαννακούλας, Α., & Fizzarotti-Selvaggi, S. (2007). *Το ψυχοδυναμικό counseling*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Γιωτσίδη, Β., & Σταλίκας, Α. (2004). Η αντίσταση στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και η συναισθηματική φόρτιση του πελάτη. Εις: *10ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΛΨΕ*, 1-4 Δεκεμβρίου 2005, Ιωάννινα.
- Cohen, S. L. (1997). Working with resistance to experiencing and expressing emotions in group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 47(4), 443-458.
- Cohn, B. R. (1988). Keeping the group alive: Dealing with resistance in a long-term group of psychotic patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38(3), 319-335.
- Cole, P. (1994). Resistance to awareness: A Gestalt therapy perspective. *Gestalt Journal*, 17(1), 71-94.
- Cole, P. (1998). Affective process in psychotherapy: A Gestalt therapist's view. *Gestalt Journal*, 21(1), 49-72.
- Conoley, C. W., & Garber, R. A. (1985). Effects of reframing and self-control directives on loneliness, depression and controllability. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 139-142.
- Corbella, S., Beutler, L. E., Fernandez-Alvarez, H., Botella, L., Malik, M. L., Geoffrey, L., & Wagstaff, N. (2003). Measuring coping style and resistance among Spanish and Argentine samples: Development of the systematic treatment selection self-report in Spanish. *Journal of Clinical Psychology*, 59(9), 921-932.

- Corsini, R. J. (1979). The betting technique. *Individual Psychology*, 16, 5-11.
- Crook, R. E., Gelso, C. J., Fischer, L., & Silva, L. R. (2007). Therapist attachment, client attachment to therapist, and expected working alliance: An analogue study. *Issues in Religion and Psychotherapy*, 31(1), 36-45.
- Cullin, J. (2008). Levels of sameness: Understanding 'resistance' at the level of the therapeutic system. *Psychodynamic Practice*, 14(3), 295-311.
- Darley J. M., & Fazio, R. H. (1980). Expectancy confirmation processes arising in the social interaction sequence. *American Psychologist*, 35, 867-881.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo, MD*. New York: Wiley & Sons.
- Davis, D., & Hollon, S. D. (1999). Reframing resistance and non-compliance in cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 9 (1), 33-55.
- Davy, J., & Cross, M. (2004). *Barriers, Defences and Resistance*. UK: Open University Press.
- Deacon, S. A. (1999). Explore your family: An experiential family-of-origin workshop. *Family Therapy*, 26, 87-102.
- Denburg, T. F. Van, & Kiesler, D. J. (2002). An interpersonal communication perspective on resistance in psychotherapy. *In session: Psychotherapy in practice*, 58(2), 195-205.
- Deutsch, H. (1939). A discussion of certain forms of resistance. *International Journal of Psychoanalysis*, 20, 72-83.
- Dewald, P. A. (1966). Forced termination of psychoanalysis. *Bulletin of Menninger Clinic*, 30, 98-110.
- Dolan, R. T. (1992). Attachment style and the quality of the therapeutic alliance in psychotherapy. (Unpublished doctoral dissertation). Catholic University of America, Washington, DC.

- Dolan, R. T., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1993). Client attachment style and the psychotherapist's interpersonal stance. *Psychotherapy, 30*(3), 408-412.
- Dewald, P. (1980). The handling of resistances in adult psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis, 61*, 61-69.
- Dewald, P. (1982). Psychoanalytic perspectives on resistance. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 45-68). New York: Plenum.
- Doctors, S. (1981). The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: A developmental view. In S. C. Feinstein, J. G. Looney, A. Z. Schwartzberg, & A. D. Sorosky (Eds.), *Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry: Adolescent Psychiatry: Developmental and clinical studies* (Vol. 9, pp. 443-460). Chicago: University of Chicago Press.
- Dowd, E. T. (1976). The Goetterdaemmerung syndrome: Implications for counseling. *Counseling and Values, 20*, 139-142.
- Dowd, E. T. (1999a). Toward a briefer therapy: Resistance and reactance in the therapeutic process. In W. Mathews, & J. W. Edgette (Eds.), *Current thinking and research in brief therapy* (pp. 263-286). New York: Brunner/Mazel.
- Dowd, E. T. (1999b). Why don't people change? What stops them from changing? An integrative commentary on the special issue on resistance. *Journal of Psychotherapy Integration, 9*(1), 119-131.
- Dowd, E. T. (2000). *Cognitive hypnotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Dowd, E. T., & Siebel, C. (1990). A cognitive theory of resistance and reactance: Implications for treatment. *Journal of Mental Health Counseling, 12*, 458-469.
- Dowd, E. T., & Wallbrown, F. (1993). Motivational components of client reactance. *Journal of Counseling and Development, 71*, 533-538.

- Dowd, E. T., Milne, C. R., & Wise, S. L. (1991). The therapeutic reactance scale: A measure of psychological reactance. *Journal of Counseling and Development*, 69, 541-545.
- Dowd, E. T., Pepper, H. F., & Siebel, C. (2001). Developmental correlates of psychological reactance. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15(3), 239-252.
- Dowd, E. T., Wallbrown, F., Sanders, D., & Yesenosky, J. M. (1994). Psychological reactance and its relationship to normal personality variables. *Cognitive Therapy and Research*, 18(6), 601-612.
- Dowd, E. T., Hughes, S. I., Brockbank, L., Halpain, D., Seibel, C., & Seibel, P. (1988). Compliance-based and defiance-based intervention strategies and psychological reactance in the treatment of free and un-free behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 35(4), 370-376.
- Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 793-800.
- Dozier, M., & Kobak, P. P. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63, 1473-1480.
- Dub, F. S. (1997). The Pivotal Group Member: A study of treatment-destructive resistance in group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 47(3), 333-353.
- Durkin, H. E. (1964). *The Group in Depth*. New York: International Universities Press.
- Durkin, J. D. (1981). *Living Groups: Group Psychotherapy and General Systems Theory*. New York: Brunnel/Mazel.
- Eagle, M. N. (2006). Attachment, psychotherapy, and assessment: A commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1086-1097.

- 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. *Psychotherapy Research, 10*(4), 421-434.
- Edelman, R. E., & Chambless, D. L. (1993). Compliance during sessions and homework in exposure treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*(8), 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.
- Eidelberg, L. (1948). A contribution to the study of masochism: Studies in psychoanalysis. *Nervous Mental Disorder Monograph, 75*.
- Elliot, A. J., & Reis, H. T. (2003). Attachment and exploration in adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 317-331.
- Ellis, A. (1972). *How to stubbornly refuse to be ashamed of anything*. Cassette recording. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1999). Why rational-emotive therapy to rational emotive behaviour therapy? *Psychotherapy, 36*(2), 154-159.
- Ellis, A. (2003). How to deal with your most difficult client-you. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 21*(3/4), 203-213.
- Ellis, A. (2007). *Overcoming resistance: A rational emotive behavior therapy integrated approach*. New York: Springer Publishing.
- Elmendorf, D., & Parish, M. (2007). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority-V: Silencing the messenger: The social dynamics of treatment resistance. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 35*(3), 375-392.

- Engle, D., & Arlowitz, H. (2008). Viewing resistance as ambivalence: integrative strategies for working with resistant ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(3), 389-412.
- Engle, D., & Holiman, M. (2002a). A Gestalt-experiential perspective on resistance. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 175-183.
- Engle, D., & Holiman, M. (2002b). A case illustration of resistance from a Gestalt-Experiential perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 151-156.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49, 709-724.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton.
- Erikson, E. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton.
- Fairbairn, W. R. (1952a). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications.
- Fairbairn, W. R. (1952b). *Object relations theory of the personality*. New York: Basic Books.
- Φαλάρας, Β. (1999). *Η ψυχαναλυτική διαδικασία: Θεωρητικές έννοιες και όψεις της πρακτικής*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Farber, B. A. (2003). Patient self-disclosure: A review of the research. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 59, 589-600.
- Farber, B. A., Berano, K. C., & Capobianco, J. A. (2004). Clients' perceptions of the process and consequences of self-disclosure in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 340-346.
- Farber, B. A., Lippert, R. A., & Nevas, D. B. (1995). The therapist as attachment figure. *Psychotherapy*, 32(2), 204-212.
- Fawcett, J. (2003). Treatment resistance-the focus of psychiatry. *Psychiatric Annals*, 33(12), 761-765.

- Fay, A., & Lazarus, A. A. (1982). Psychoanalytic resistance and behavioral non-responsiveness: A dialectical impasse. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 157-184). New York: Plenum.
- Feeney, D. J., & Silverman, M. S. (1982). Paradox in alcoholism. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8, 513-532.
- Fekadu, A., Wooderson, S., Donaldson, C., Markopoulou, K., Masterson, B., Poon, L., & Cleare, A. J. (2009). A multidimensional tool to quantify treatment resistance in depression: the Maudsley staging method. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(2), 177-184.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W.W. Norton.
- Ferenczi, S. (1914). Sensations of giddiness at the end of psychoanalytic session. In *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis* (pp. 239-241). London: Hogarth Press.
- Ferenczi, S. (1919). Sunday neuroses. In *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis* (pp. 174-177). London: Hogarth Press.
- Fernandez del Valle, M., Perez, M., Santana-Sosa, E., Fiuza-Luces, C., Bustamante-Ara, N., Gallardo, C., Villasenor, A., Graell, M., Morande, G., Romo, G. R., Lopez-Mojares, L. M., Ruiz, J. R., Lucia, A. (2010). Does resistance training improve the functional capacity and well-being of very young anorexic patients? A randomised controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 352-358.
- Fine, R. (1982). *The healing of the mind* (2nd ed.). New York: Free Press.
- Fisher, D., Beutler, L. E., & Williams, O. B. (1999). Making assessment relevant to treatment planning: The STS Clinician Rating Form. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 825-842.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Matton, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and responses to psychotherapy. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 64, 22-31.

- Foreman, S. A., & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 142, 922-926.
- Forrester, D., McCambridge, J., Waissbein, C., Emlyn-Jones, R., & Rollnick, S. (2007). Child risk and parental resistance: can motivational interviewing improve the practice of child and family social workers in working with parental alcohol misuse? *British Journal of Social Work*, 38, 1302-1319.
- Fox, R., & Carey, L. A. (1999). Therapists' collusion with the resistance of rape survivors. *Clinical Social Work Journal*, 27(2), 185-201.
- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality & Social Psychology Review*, 6, 123-151.
- Frank, J. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In T. Harvey, & M. Parks (Eds.), *Psychotherapy Research and Behavior Change* (The Master Lecture Series, Vol. 1). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Frankel, Z., & Levitt, H. M. (2006). Postmodern strategies for working with resistance: problem resolution or self-revolution? *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 219-250.
- Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1953a). The interpretation of dreams. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 4, pp. 1-338) & (Vol. 5, pp. 339-630). London: Hogarth Press (Original work published 1900).
- Freud, S. (1953b). Freud's psycho-analytic procedure. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 249-254). London: Hogarth Press (Original work published 1904).

- Freud, S. (1953c). Fragment of an analysis of a case of hysteria. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 3-122). London: Hogarth Press (Original work published 1905).
- Freud, S. (1953d). Three essays on the theory of sexuality. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 125-245). London: Hogarth Press (Original work published 1905).
- Freud, S. (1955a). Lines of advance in psycho-analytic therapy. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 157-168). London: Hogarth Press (Original work published 1919).
- Freud, S. (1955b). Beyond the pleasure principle. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 3-64). London: Hogarth Press (Original work published 1920). (Ελληνική Έκδοση: Φρόυντ, Σ. (2001). *Πέραν της αρχής της ηδονής*. Αθήνα: Επίκουρος).
- Freud, S. (1957a). Five lectures on psycho-analysis. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 49-55). London: Hogarth Press (Original work published 1910).
- Freud, S. (1957b). The future prospects of psycho-analytic therapy. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 139-151). London: Hogarth Press (Original work published 1910).
- Freud, S. (1957c). Repression. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 141-158). London: Hogarth Press (Original work published 1915).
- Freud, S. (1957d). The Unconscious. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 159-215). London: Hogarth Press (Original work published 1915).

- Freud, S. (1958a). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99-108). London: Hogarth Press (Original work published 1912).
- Freud, S. (1958b). On beginning the treatment. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 121-144). London: Hogarth Press (Original work published 1913).
- Freud, S. (1958c). Remembering, repeating and working-through. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 145-156). London: Hogarth Press (Original work published 1914).
- Freud, S. (1959). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 87-172). London: Hogarth Press (Original work published 1925-1926).
- Freud, S. (1960). Psychopathology of everyday life. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 6, pp. 1-279). London: Hogarth Press (Original work published 1901).
- Freud, S. (1961). The Ego and the Id. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 12-66). London: Hogarth Press (Original work published 1923).
- Freud, S. (1963). Introductory lectures on psycho-analysis. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 243-463). London: Hogarth Press (Original work published 1916-1917).
- Freud, S. (1964a). Analysis terminable and interminable. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 216-253). London: Hogarth Press (Original work published 1937).

- Freud, S. (1964b). An outline of psycho-analysis. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 144-207). London: Hogarth Press (Original work published 1940).
- Friedlander, M. L., Horvath, A. O., Cabero, A., Escudero, V., Hearherington, L., & Martens, M. P. (2006). System for observing family therapy alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology, 53*(2), 214-224.
- Friedman, L. (1997). Ferrum, ignis, and medicine: return to the crucible. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 45*, 21-36.
- Friedman, L. (2002). What lies beyond interpretation, and is that the right question? *Psychoanalytic Psychology, 19*(3), 540-551.
- Friedman, M. L., & Dies, R. R. (1974). Reactions to internal and external test-anxious students to counseling and behavior therapies. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 42*(6), 921-940.
- Fromm, G. M. (2006). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority-II: Transmission of trauma and treatment resistance. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 34*(3), 445-458.
- Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press.
- Garduk, E. L., & Haggard, E. A. (1972). Immediate effects on patients of psychoanalytic interpretations. *Psychological Issues, 7* (Monograph 28).
- Gazzola, N., & Stalikas, A. (2004). Therapist interpretations and client processes in three therapeutic modalities: Implications for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*(4), 397-418.
- Gedo, J. (1963). A note on non-payment of psychiatric fees. *International Journal of Psychoanalysis, 44*, 368-371.

- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Gelso, C. J., Hill, C. E., & Kivlighan, D. M. (1991). Transference, insight, and the counselor's intentions during a counseling hour. *Journal of Counseling and Development*, 69, 428-433.
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Wine, B., Jones, A., & Friedman, S. C. (1997). Transference, insight, and the course of time-limited therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 209-217.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview* (2nd ed.). Unpublished manuscript. Berkeley: University Of California.
- Ghirardelli, R. (2001). Silence and the use of objects brought to the session as a resistance in a group with adolescents. *Group Analysis*, 34(4), 531-537.
- Gilbert, P. (1993). Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 131-153.
- Gill, M. M. (1982). *Analysis the transference: Vol. I. Theory and technique*. New York: Internaitonal Universities Press.
- Gill, M. M. (1994). *Psychoanalysis in transition: A personal view*. Hillside, NJ: Analytic Press.
- Gillespie, J. F. (1951). Verbal signs of resistance in client-centred therapy. *Dissertation Abstracts International*, 5(1), 454B.
- Gillespie, J. F. (1953). Verbal signs of resistance in client-centered therapy. In W. U. Snyder (Ed.), *Report of a program of research in psychotherapy* (pp. 105-119). Pennsylvania State College, Psychotherapy Research Group.
- Glover, E. (1955). *The technique of psychoanalysis*. New York: International University Press.

- Goin, M. K. (2002). Practical psychotherapy: What is it about the holidays? *Psychiatric Services*, 53, 1369-1375.
- Gold, J. M., & Morris, G. M. (2003). Family resistance to counseling: The initial agenda for intergenerational and narrative approaches. *The Family Journal*, 11(4), 374-379.
- Goldberg, S., Grusec, J. E., & Jenkins, J. M. (1999). Confidence in protection: Arguments for a narrow definition of attachment. *Journal of Family Psychology*, 13(4), 475-483.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldfried, M. R. (1982). Resistance and Clinical Behavior Therapy. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 157-184). New York: Plenum.
- Goldsmith, H. H., & Alansky, J. A. (1987). Maternal and infant temperamental predictors of attachment: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 805-816.
- Goodman, M., Marks, M., & Rockberger, H. (1964). Resistance in group psychotherapy enhanced by the countertransference reactions of the therapist: A peer group experience. *International Journal of Group Psychotherapy*, 14, 332-342.
- Gormley, B. (2004). Application of adult attachment theory to treatment of chronically suicidal, traumatized women. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 136-143.
- Grabhorn, R., Kaufhold, J., Michal, M., & Overbeck, G. (2005). The therapeutic relationship as reflected in linguistic interaction: work on resistance. *Psychotherapy Research*, 15(4), 470-482.

- Graff, H., & Luborsky, L. (1977). Long-term trends in transference and resistance: A report on a quantitative analytic method applied to four psychoanalyses. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25, 471-490.
- Graybar, S. R., Antonuccio, D. O., Boutilier, L. R., & Varble, D. I. (1989). Psychological reactance as a factor affecting patient compliance to physician advice. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 18, 43-51.
- Greenberg, J. R. (1986) Theoretical models and the analyst's neutrality. *Contemporary Psychoanalysis*, 22, 87-106.
- Greenberg, L., & Safran, J. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- Greenberg, W. M. (2006). Treatment resistance in schizophrenia: the role of alternative therapies. *Psychiatric Times*, 37, 35-47.
- Greenson, R. (1967) *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Grinberg, L. (1964). *Guilt and depression*. London: Karnac Books.
- Grinberg, L. (1968). On acting out and its role in the psychoanalytic process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 172-179.
- Grinstein, A. (1955). Vacations: A psycho-analytic study. *International Journal of Psychoanalysis*, 36, 177-186.
- Grotjahn, M. (1993). *The art and technique of analytic group therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Gruber, L. N., & Wood, A. M. (1978). Negative treatment responses to psychiatry. *Journal of Clinical Psychiatry*, 20, 279-283.

- Guilfoyle, M. (2002). Power, knowledge and resistance in therapy: exploring links between discourse and materiality. *International Journal of Psychotherapy*, 7(1), 83-97.
- Gunderson, J. G. (1996). The borderline's patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 752-758.
- Guttman, S. A. (1960). Panel report: Criteria for analyzability. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 8, 141-151.
- Haak, N. (1957). Comments on the analytical situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 183-195.
- Hadley, S. W., & Strupp, H. H. (1976). Contemporary views of negative effects in psychotherapy: An integrated account. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1291-1302.
- Hagebak, R. W., & Parker, G. V. C. (1969). Therapist directiveness, client dominance, and therapy resistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 536-540.
- Hamer, F. (2002). Guards at the gate: race, resistance, and psychic reality. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 50(4), 1219-1237.
- Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71, 690-694.
- Handley, R. B., & Swenson, C. R. (1989). Acting out of separation conflicts in borderline pathology: An empirical case study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 18-30.
- Hansen, A.M., Hoogduin, C.A., Schaap, C., & de Haan, E. (1992). Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, 30(5), 547-560.
- Hardy, G. E., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S., & Shapiro, D. A. (1999). Therapist responsiveness to patient attachment styles and issues observed in patient-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 36-53.

- Harpaz, N. (1994). Failures in group psychotherapy: The therapist variable. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44, 3-19.
- Haugaard, C., & Sandberg, K. (2008). Resistance in cognitive therapy: an analysis of paradigm and contemporary practice. *Nordic Psychology*, 60(1), 24-42.
- Hawkins, D.M. (1986). Understanding reactions to group instability in psychotherapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36(2), 241-260.
- Haynal, A. (1985). *Depression and Creativity*. New York: International Universities Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
- Heide, F. J. (2010). The agonistic metaphor in psychotherapy: Should clients battle their blues? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 68-82.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-774.
- Hersoug, A. G., Monsen, G. 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.
- Hilgard, E. R. (1987). *Psychology in America: A historical survey*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.
- Hill, C. E., Greenwald, C., Reed, K. G., Charles, D., O'Farrell, M., & Carter, J. (1981). *Manual for Counselor and Client Verbal Response Modes Category Systems*. Columbus: Marathon Consulting and Press.

- Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O'Grady, K. E., & Perry, E. S. (1988). Effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 222-233.
- Hill, C. E., Corbett, M. M., Kanitz, B., Rios, P., Lightsey, R., & Gomez, M. (1992). Client behavior in counseling and therapy sessions: Development of a pantheoretical measure. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 539-549.
- Ho, R. (2006). Handbook of univariate and multivariate data analysis and interpretation with SPSS. US: Chapman & Hall/CRC.
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classification: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017-1026.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and attachment theory*. New York: Routledge.
- Holmes, J. (1994). The clinical implications of attachment theory. *British Journal of Psychotherapy*, 11, 62-76.
- Holmes, J. (1996). *Attachment, intimacy, and autonomy: Using attachment theory in adult psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Horner, A. J. (2005). *Dealing with Resistance in Psychotherapy*, New York: Jason Aronson.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 529-560.
- Horvath, A. O., & Coheen, M. D. (1990). Factors mediating the success of defiance- and compliance- based interventions. *Journal of Counseling Psychology*, 37(4), 363-371.

- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1987). Development of the working alliance inventory. In L. S. Greenberg, & W. M. Pinsof (Eds.) *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Huck, N. O. (1998). Psychological reactance and Millon's personality theory: An integrative comparison. (Unpublished doctoral dissertation). Kent State University, Kent, Ohio.
- Hughes, J. N., & Falk, R. S. (1981). Resistance, reactance, and consultation. *Journal of Scholl Psychology*, 19(2), 134-142.
- Hunsley, J. (1988). The interpersonal and systematic ramifications of symptom prescription. *Psychotherapy*, 25, 273-279.
- Hunsley, J. (1997). Defiance-based symptom prescription and psychological reactance: A critical evaluation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 36-43.
- Hutchinson, J., & Lema, J. C. (2009). Ordinary and extraordinary narratives of heroism and resistance: Uncovering resilience, competence and growth. *Counselling Psychology Review*, 24(3), 9-15.
- Igra, L. (1998). *Αντικειμενότητες σχέσεις και ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Ισακίδου, Γ., Γιωτσίδη, Β., Γυφτοπούλου, Ε., Ζέικου, Ε., Κρύσιλας, Χ., Λαζαράτου, Α., Χατζησταυράκης, Γ., & Σακελλαρόπουλος, Π. (2009). Οι ήρωες της ελληνικής μυθολογίας: Μια απόπειρα μετάβασης από την παρανοειδή στην καταθλιπτική θέση. Εις: Ε. Ζέικου, Ν. Κοντοστεργίου, Ε. Κοράλλη, & Γ. Χατζησταυράκης (Επιμ.) *Η συμβολή της ψυχανάλυσης στην ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση* (σελ. 147-157). Αθήνα: Παπαζήση.
- Iwakabe, S., Rogan, K., & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: An exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 375-401.
- Jackel, M.M. (1966). Interruptions during psychoanalytic treatment and the wish for a child. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 14, 730-735.

- Jackson, L. C. (1999). Ethnocultural resistance to multicultural training: students and faculty. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 5(1), 27-36.
- Jahn, D. L., & Lichstein, H. L. (1980). The resistive client: A neglected phenomenon in behaviour therapy. *Behavior Modification*, 4(3), 303-320.
- Jones, A. S., & Gelso, C. J. (1988). Differential effects of style of interpretation: Another look. *Journal of Counseling Psychology*, 35(4), 363-369.
- Jussim, M. (1986). Self-fulfilling prophecies: A theoretical and integrative review. *Psychological Review*, 93, 429-445.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1992). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1993). *Αυτογνωσία: Αυτοανάλυση και αυτοέλεγχος*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2002). *Αυτογνωσία και αυτοδιαχείριση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kanninen, K., Salo, J., & Punamaki, R. L. (2000). Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research*, 10, 435-449.
- Kaplan, A. S., & Strasburg, K. (2009). Chronic eating disorders: a different approach to treatment resistance. *Psychiatric Times*, 31, 22-29.
- Kaplan, R. E. (1982). The dynamics of injury in encounter groups: power, splitting, and the mismanagement of resistance. *International Journal of Group Psychotherapy*, 32(2), 163-187.
- Karlsson, R. (2004). Collusions as interactive resistances and possible stepping-stones out of impasses. *Psychoanalytic Psychology*, 21(4), 567-579.
- Kasl, S. (1975). Issues in patient adherence to health care regimens. *Journal of Human Stress*, 5, 1-17.

- Καψαμπέλης, Β. (1998). Ψευδαίσθηση, απουσία και απώλεια. Εις: Δ. Αναστασόπουλος, Α. Παραδεισιώτου, Ε. Σταυρινός, & Σ. Κυριακίδου (Επιμ.), *Ψυχικό Τραύμα και Εφηβεία: Φαντασίωση, πραγματικότητα και η περίπτωση της Κύπρου* (σελ. 65-81). Λευκωσία: Κυπριακή Εταιρεία Μελετών Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας.
- Kayatekin, S. M., & Plakun, E. M. (2009). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority-X: From acting out to enactment in treatment resistant disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 37(2), 365-382.
- Kazantzis, N., & Lampropoulos, G. K. (2002). Reflecting on homework in psychotherapy: what can we conclude from research and experience? *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 577-585.
- Keenan, E. K. (2001). Using Foucault's "disciplinary power" and "resistance" in cross-cultural psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 29(3), 211-227.
- Kellerman, H. (1981). The deep structures of group cohesion. In H. Kellerman (Ed.), *Group cohesion: Theoretical and clinical perspectives* (pp. 2-21). New York: Grune & Stratton.
- Κερένυϊ, Κ. (2005). *Η μυθολογία των Ελλήνων*. Αθήνα: Εστία.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. (1988). Object relations theory in clinical practice. *Psychoanalytic Quarterly*, 57, 481-504.
- Kerr, B. A., Olson, D. H., Claiborn, C. D., Bauers-Gruenler, S. J., & Paolo, A. M. (1983). Overcoming opposition and resistance: Differential functions of expertness and attractiveness in career counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 30 (3), 323-331.
- Khan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.

- Kiesler, D. J. (1988). *Therapeutic metacommunication: Therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Kiesler, D. J., & Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 183-194.
- Kissen M., (1996). Projective identification: A resistance in couples. *American Journal of Psychotherapy*, 50, 54-65.
- Kivlighan, D. M. (1995). *Similarities and differences among counselor, supervisor and observer ratings of individual counseling process*. Unpublished manuscript, University of Missouri-Columbia.
- Kivlighan, D. M. (2008a). Overcoming our resistances to “doing” evidence-based group practice: a commentary. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 64(11), 1284-1291.
- Kivlighan, D. M. (2008b). Comments on the “Practice Guidelines for Group Psychotherapy”: Evidence, gaps in the literature, and resistance. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(4), 543-554.
- Kivlighan, D. M., & Schmitz, P. J. (1992). Counselor technical activity in cases with improving working alliances and continuing-poor working alliances. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 32-38.
- Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children*. London: Hogarth Press.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. In *Contributions to psycho-analysis, 1921-1945* (pp. 311-338). London: Hogarth Press.
- Klein, M. (1975). *Guilt, Love and Reparation*. London: Hogarth Press.

- Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S., & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development, 64*, 231-245.
- Kobak, R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and perception of self and others. *Child Development, 59*, 135-146.
- Kocovski, N. L. (2003). Overcoming resistance in cognitive therapy. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(4), 285-286.
- Kohut, H. (1957). Clinical and theoretical aspects of resistance. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 5*, 548-555.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kolko, D. J., & Milan, M. A. (1983). Reframing and paradoxical instruction to overcome “resistance” in the treatment of delinquent youths: A multiple baseline analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(5), 655-660.
- Krikorian, S. E., & Fowler, C. J. (2008). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority-VII: A team approach to treatment resistance. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 36*(2), 353-373.
- Κωσταράς, Γ. Φ. (1990). *M. Heidegger, ο φιλόσοφος της μερίμνης: Εισαγωγή εις την φιλοσοφίαν της υπάρξεως*, Αθήνα: Εκδόσεις Δέσποινα Μαυρομμάτη.
- Lacan, J. (1977). *Ecrits: A selection*. London: Tavistock Publications.
- LaClave, L. J., & Brack, G. (1989). Reframing to deal with patient resistance: Practical application. *American Journal of Psychotherapy, 43*(1), 68-76.
- Langs, R. (1981). *Resistances and interventions*. New York: Jason Aronson.

- Langs, R. (1989). *The technique of psychoanalytic psychotherapy* (Vols. 1-2). London: Jason Aronson.
- Laplace, J. (1988). *Ζωή και θάνατος στην ψυχανάλυση*, Αθήνα: Νεφέλη.
- Laplace, J., & Pontalis, J. B. (1986). *Το Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης*, Αθήνα: Κέδρος.
- Lauver, P. Holiman, M., & Kazama, S. (1982). Counseling as battleground: Client as enemy. *Personnel and Guidance Journal*, 61, 99-101.
- Lawson, D. M. (1986). Strategic directives with resistant clients. *American Mental Health Counselors Association*, 8, 87-93.
- Lazarus, A. A., & Fay, A. (1982). Resistance or rationalization? A cognitive-behavioral perspective. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 115-132). New York: Plenum Press.
- Leahy, R. L. (2000). Sunk costs and resistance to change. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 14(4), 355-371.
- Leahy, R. L. (2003). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2003). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford Press.
- Leal, M. R. M. (1982). Resistances and the group-analytic process. *Group Analysis*, 15(2), 97-110.
- Lebow, J. (1997). The integrative revolution in couple and family therapy. *Family Process*, 36(1), 1-17.
- Lerner H., & Lerner S. (1983). A systemic approach to resistance: Theoretical and technical considerations. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 387-399.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a

- randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040.
- Lewis, W. A., & Evans, J. W. (1986). Resistance: A reconceptualization. *Psychotherapy*, 23(3), 426-433.
- Ligiero, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3-11.
- Little, J. T., Reynolds, C. F., Dew, M. A., Frank, E., Begley, A. E., Miller, M. D., Cornes, C., Mazumdar, S., Perel, J. M., & Kupfer, D. J. (1998). How common is resistance to treatment in recurrent, nonpsychotic geriatric depression? *American Journal of Psychiatry*, 155(8), 1035-1038.
- Loewald, H. (1980). *Papers on Psychoanalysis*. New Haven: Yale University Press.
- Lopez, F. G., & Brennan, K. A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 283-300.
- Lorand, S. (1967). Clinical and theoretical aspects of resistance. *Psychotherapy Psychosomatic*, 15, 162-178.
- Luborsky, L., Barber, J.P., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 281-287.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Bachrach, H., Graff, H., Pulver, S., & Christoph, P. (1979). Preconditions and consequences of transference interpretations: A clinical-quantitative investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 391-401.

- Lukin, M., Dowd, E. T., Plake, B. S., & Kraft, R. G. (1985). Comparing computerized vs. traditional psychological assessment in a counseling setting. *Computers in Human Behavior, 1*, 49-58.
- Luther, G., & Loev, I. (1981). Resistance in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 7*, 475- 480.
- MacKenzie, K. R. (1981). The concept of role as a boundary structure in small groups. In J. Durkin (Ed.), *Living groups: group psychotherapy and general systems theory* (pp. 113-128). New York: Brunner/Mazel.
- Mahalik, J. R. (1994). Development of the Client Resistance Scale. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 58-68.
- Mahler, M. S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation: Vol. I Infantile psychosis*. New York: International Universities Press.
- Mahler, M. S. (1971). A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child, 26*, 403-425.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Balinger.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age six: Predicted from attachment classifications and stable over a one-month period. *Developmental Psychology, 24*, 415-426.
- Μαλικιώση-Λοίζου, Μ. (1994). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*(4), 401-409.

- Mallinckrodt, B. (1993). Session impact, working alliance, and treatment outcome of brief counseling. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 25-32.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 10*, 239-266.
- Mallinckrodt, B., Gant, D. L., & Goble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 307-317.
- Mallinckrodt, B., King, J. L., & Coble, H. M. (1998). Family dysfunction, alexithymia, and client attachment to therapist. *Journal of Counseling Psychology, 45*, 497-504.
- Mallinckrodt, B., Porter, M. J., & Kivlighan, D. M. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(1), 85-100.
- Mallon, K. F. (1992). A scale for assessing psychological reactance proneness: Reliability and validity. (Unpublished doctoral dissertation). University of Nebraska, Lincoln.
- Mander, G. (2005). Defiant resistance in the service of the impoverished self: Herman Melville's *Bartleby*: An illustration of clinical casework. *British Journal of Psychotherapy, 22*(2), 217-226.
- Martin, D. J., Garske, G. 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.
- Matas, L., Arend, R., & Sroufe, L. (1978). Continuity in adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development, 49*, 547-556.
- Matte-Blanco, I. (1975). *The Unconscious and Infinite Sets*. Duckworth.
- May, M. (1996). Resistance: Fried or Foe? *American Journal of Psychotherapy, 50*(1), 32-44.

- McComarck, C. (2000). *Treating borderline states in marriage: Dealing with oppositionalism, ruthless, aggression, and severe resistance*. New York: Jason Aronson.
- McKelley, R. A. (2007). Men's resistance to seeking help: using Individual Psychology to understand counseling-reluctant men. *The Journal of Individual Psychology*, 63(1), 48-58.
- Meichenbaum, D., & Gilmore, J. B. (1982). Resistance from a cognitive-behavioral perspective. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 133-156). New York: Plenum Press.
- Mellon, R. (2005). *Η ανάλυση της συμπεριφοράς* (Τόμος Α). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Mellon, R. (2010). *Η ψυχολογία της συμπεριφοράς*. Αθήνα: Πεδίο.
- Mendel, W. M. (1977). Psychotherapy with planned interruptions. *Current Psychiatric Therapies*, 17, 99-102.
- Menninger, K. (1973). *Theory of psychoanalytic technique* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Merluzzi, T. V., Merluzzi, B. H., & Kaul, T. J. (1977). Counselor race and power base: effects on attitudes and behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 24(5), 430-436.
- Merz, J. (1983). Fragebogen zur messung der psychologischen reactanz. *Diagnostica*, XXIX, 75-82.
- Messer, S. B. (2002). A psychodynamic perspective on resistance in psychotherapy: Vive la résistance. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 157-163.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2001). Attachment style. *Psychotherapy*, 38(4), 466-472.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 273-280.

- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- Mikulincer, M., & Nachson, O. (1991). Attachment style and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 321-331.
- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 917-925.
- Miller, S. J. (2003). Analytic gains and anxiety tolerance: punishment fantasies and the analysis of superego resistance revisited. *Psychoanalytic Psychology*, 20(1), 4-17.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2005). *Κινητοποιητική Συνέντευξη: Προετοιμάζοντας τους ανθρώπους για αλλαγή*. Θεσσαλονίκη: Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑ.
- Milman, D. (1987). *Techniques of working with resistance*. New York: Jason Aronson.
- Minuchin S., & Fishman, H. C. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitnick, D. M., Heyman, R. E., Malik, J., & Smith Slep A. M. (2009). The differential association between change request qualities and resistance, problem resolution, and relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 23(4), 464-473.
- Modell, A. (1975). A narcissistic defense against affects: The illusion of self-sufficiency. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 275-285.
- Moore, A., Sellwood, W., & Stirling, J. (2000). Compliance and psychological reactance in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 287-295.

- Morgan, R. D. (1986). Individual differences in the occurrence of psychological reactance and therapeutic outcome. (Unpublished doctoral dissertation). University of Nebraska, Lincoln.
- Morgan, R. D., Luborsky, L., Crits-Cristoph P., Curtis, H., & Solomon, J. (1982). Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Archives of General Psychiatry*, 39, 397-402.
- Mouque, T. (2005). What is the meaning of my resistance to psychotherapy? *Psychodynamic Practice*, 11(2), 153-164.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Moyers, T. B., & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 185-194.
- Muller, J. P. (2007). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority-IV: Why the pair needs the Third. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35(2), 221-241.
- Μυτσκίδου, Π. Μ. (2008). Θεραπεία συμπεριφοράς διαταραχών άγχους: Η σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας, της συνεργασιμότητας σε στόχους μεταξύ των συνεδριών και του θεραπευτικού αποτελέσματος. (Διδακτορική Διατριβή). Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Μωραΐτου, Μ. (2004). *Το βίωμα της μητρότητας*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- 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.
- Newman C. F. (2002). A cognitive perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 165-174.
- Newman C. F. (1994). Understanding client resistance: Methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 47-69.

- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2004). *Family Therapy: Concepts and Methods* (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Νικολάου, Κ. (2004). Motivational Interviewing: Εισαγωγή στη θεωρία της κινητοποιητικής συνέντευξης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 87(6), 135-142.
- Norcross J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Nunberg, H. (1932). *Principles of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Nystul, M. S. (2001). Overcoming resistance through Individual Psychology and problem solving. *The Journal of Individual Psychology*, 57(2), 182-189.
- Oei, T. P., & Kazmierczak, T. (1997). Factors associated with dropout in a group cognitive behaviour therapy for mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 35(11), 1025-1030.
- O'Hare, T. (1996). Readiness for change: variation by intensity and domain of client distress. *Social Work Research*, 20, 13-17.
- Oreg, S. (2003). Resistance to change: Developing an individual differences measure. *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 680-693.
- Oreg, S., Bayazit, M., Vakola, M., Arciniega, L., Armenakis, A., Barkauskiene, R., Bozionelos, N., Fujimoto, Y., Gonzalez, L., Han, J., Hebrickova, M., Jimmieson, N., Kordacova, J., Mitsuhashi, H., Mlacic, B., Feric, I., Topic, M. K., Ohly, S., Saksvik, P., Hetland, H., Saksvik, I., Van Dam, K. (2008). Dispositional resistance to change: measurement equivalence and the link to personal values across 17 nations. *Journal of Applied Psychology*, 93(4), 935-944.
- Ormont, L. (1990). The craft of bridging. *International Journal of Group Psychotherapy*. 40, 3-17.

- Ormont, L. (1991). Use of the group in resolving the subjective countertransference. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 433-447.
- Ormont, L. (1993). Resolving resistances to immediacy in the group setting. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43(4), 399-418.
- Ormont, L. (1994). Developing emotional insulation. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44, 361-375.
- Ormont, L. (1995). Cultivating the observing ego in the group setting. *International Journal of Group Psychotherapy*, 45, 489-506.
- O'Sullivan, G., Noshirvani, H., Marks, I., Monteiro, W., & Lelliott, P. (1991). Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(4), 150-155.
- Otani, A. (1989). Client resistance in counseling: Its theoretical rationale and taxonomic classification, *Journal of Counseling and Development*, 76(8), 458-461.
- Ott, R. L., & Longnecker, M. (2001). *An Introduction to Statistical Methods and Data Analysis*. Duxbury.
- Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε. (2006). *Ο δεσμός της αγάπης: Στοιχεία της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης μέσα από τη νεοψυχαναλυτική σκέψη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδημητρίου, Α. (2004). Η διαδικασία ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης: μια ποιοτική μελέτη των σημαντικών στοιχείων σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των θεραπειών και των θεραπευομένων. (Διπλωματική εργασία). Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Κλινικής Ψυχολογίας. Φιλοσοφική Σχολή.
- Papp, P. (1980). The Greek chorus and other techniques of paradoxical therapy. *Family Processes*, 19, 45-47.

- Parish, M. (2000). The nature of the patient's tie to the therapist. *Dissertation Abstracts International*, 60, 6378-B.
- Parish, M., & Eagle, M. N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20(2), 271-286.
- Parkin, A. (1986). Repetition, mourning, and working through. *International Journal of Psycho-Analysis*, 62, 271-281.
- Paradise, L. V., & Wilder, D. H. (1979). The relationship between client reluctance and counseling effectiveness. *Counselor Education and Supervision*, 19, 35-41.
- Patelis-Siotis, I. (2005). Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 366-367.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846-851.
- Patton, M. J., Kivlighan, D. M., & Multon, K. D. (1997). The Missouri Psychoanalytic Counseling Research Project: Relation to changes in counseling process to client outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 44(2), 189-208.
- Pepper, H. F. (1996). An investigation of the psychosocial developmental precursors of psychological reactance. (Unpublished doctoral dissertation). Kent State University, Kent, Ohio.
- Perls, F. (1947). *Ego, hunger and aggression*. London: George Allen & Unwin.
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.

- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557-575.
- Pistole, M. C. (1989). Attachment in adult romantic relationships: Style of conflict resolution and relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 505-510.
- Plakun, E. (2006). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority-I: A psychodynamic perspective on treatment resistance. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34, 349-366.
- Plakun, E. (2009). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority-XI: An alliance based intervention for suicide. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 37(3), 539-560.
- Polster, E., & Polster, M. (1976). Therapy without resistance. In A. Burton (Ed.), *What makes behaviour change possible?* New York: Brunner/Mazel.
- Πονταλίζ, Ζ. Μ. (2007). *Παράθυρα*. Αθήνα: Εστία.
- Power, A. (2003). Using attachment theory to understand patients' responses to a therapist's medical break. *Attachment and Human Development*, 5(1), 78-93.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Prosnick, K. P. (2000). The relationship between reports of mystical experiences and Gestalt resistance processes. *Gestalt Review*, 4(1), 42-46.
- Quinodoz, J. M. (1993). *The taming of solitude: Separation anxiety in psychoanalysis*. London: Routledge.

- Rachlin, H. (1988). Moral behaviorism. In D. B. Fishman, F. Rotgers, & C. M. Fanks (Eds.), *Paradigms in behavior therapy: Present and promise* (pp. 77-105). New York: Springer.
- Rappoport, A. (1997). The patient's search for safety: the organizing principle in psychotherapy. *Psychotherapy*, 34(3), 250-262.
- Reich, W. (1950a). On character analysis. In *The Psycho-Analytic Reader* (pp. 106-123). London: Hogarth Press (Original work published 1928).
- Reich, W. (1950b). The genital character and the neurotic character. In *The Psycho-Analytic Reader* (pp. 124-144). London: Hogarth Press (Original work published 1929).
- Reid, T. (1999). A cultural perspective on resistance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 9(1), 57-81.
- Reiss, D., & Sheriff, W. H. A. (1970). A computer-automated procedure for testing some experiences of family membership. *Behavioral Science*, 15(5), 431-443.
- Rhoads, E. J., & Rhoads, J. M. (1995). The benefits of vacations/interruptions in psychoanalysis. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 4(2), 209-222.
- Riggs, S. A., Jacobvitz, D., & Hazen, N. (2002). Adult attachment and history of psychotherapy in a normative sample. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(4), 344-353.
- Ringwald, J.W. (1974). An investigation of group reaction to central figures. In G. S. Gibbard, J. J. Hartman, & R. D. Mann (Eds.), *Analysis of groups* (pp. 220-246). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Riordan, R. J., Matheny, K. B., & Harris, C. (1978). Helping counsellors minimize client reluctance. *Counselor Education and Supervision*, 18, 6-13.
- Ritchie, M. H. (1987). The obsessed patient: Resistance to treatment. *The Psychotherapy patient*, 2, 22-28.

- Robbins, B. (2000). Under attack: Devaluation and the challenge of tolerating the transference. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 136-141.
- Robbins M. S., Alexander J. F., Newell R. M., & Turner C. (1996). The immediate effect of reframing on client attitude in family therapy. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 28-34.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytical theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International Journal of Psycho-Analysis*, 52, 169-178.
- Rosenthal, D. (1993). The prognostic intervention in group therapy: A tool for managing group-destructive resistance. *Modern Psychoanalysis*, 18, 81-99.
- Rosenthal, L. (1971). Some dynamics of resistance and therapeutic management in adolescent group therapy. *Psychoanalytic review*, 58, 353-366.
- Rosenthal, L. (1994). *Resolving resistance in group psychotherapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Rosenthal, L. (2005a). Resistance in group therapy: The interrelationship of individual and group resistance. *Modern Psychoanalysis*, 30(2), 7-25.
- Rosenthal, L. (2005b). The resolution of group-destructive resistance in modern group analysis. *Modern Psychoanalysis*, 30(2), 72-82.
- Rosenthal, L. (2005c). A modern analytic approach to group resistance. *Modern Psychoanalysis*, 30(2), 150-166.
- Rosenthal, R., & Rosenthal, L. (2005). An approach to resistance in the classroom. *Modern Psychoanalysis*, 30(2), 120-128.
- Rosenthal, R., & Rubin, D. (1978). Interpersonal expectance effects: The first 345 studies. *Behavioral and Brain Sciences*, 3, 377-415.

- Rowe, C. E. (1996). The concept of resistance in self psychology. *American Journal of Psychotherapy*, 50(1), 66-74.
- Rubino, G., Barker, 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.
- Ruppel, G., & Kaul, T. J. (1982). Investigation of social influence theory's conception of client resistance. *Journal of Counseling Psychology*, 29(3), 232-239.
- Sable, P. (1994). Separation anxiety, attachment and agoraphobia. *Clinical Social Work Journal*, 22(4), 369-383.
- Sable, P. (1997a). Disorders of adult attachment. *Psychotherapy*, 34(3), 286-296.
- Sable, P. (1997b). Attachment, detachment and borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 34(2), 171-181.
- Sacks, A. M. (1998). Bereavement: A special disorder of object loss. *Psychoanalytic Psychology*, 15(2), 213-219.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Sahakian, W. S. (1976). *Learning: Systems, models, and theories* (2nd ed.). Chicago: Rand McNally.
- Σακαλάκη, Μ. (1994). *Η ψυχολογία της επικοινωνίας*. Αθήνα: Παπαζήση
- Σακελλαρόπουλος, Π. (2001). *Σχέσεις μητέρας-παιδιού τον πρώτο χρόνο της ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Samberg, E. (2003). Resistance: How do we think of it in the twenty-first century? Panel in the *Winter Meeting of the American Psychoanalytic Association*, 23 January 2003, New York.

- Samstag, L.W., Batchelder, S.T., Muran, J.C., Safran, J.D. & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 7(2), 126-143.
- Sandler, J. (1960). The background of safety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 352-356.
- Sandler, J. (1968). Psychoanalysis: an introductory survey. In W. G. Joffe (Ed.) *What is Psychoanalysis?* London: Bailliere, Tindall and Cassell.
- Sandler, J. (1976). Counter-transference and role-responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 43-47.
- Sandler, J., Holder, A., & Dare, C. (1970a). Basic psychoanalytic concepts: V. Resistance. *British Journal of Psychiatry*, 117, 215-221.
- Sandler, J., Holder, A., & Dare, C. (1970b). Basic psychoanalytic concepts: X. Interpretations and other interventions. *British Journal of Psychiatry*, 117, 559-662.
- Sauer, E. M., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: a preliminary growth modelling study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371-382.
- Saul, L. J. (1958). *Technique and practice of psychoanalysis*. Philadelphia: Lippincott.
- Schachter, S., & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schafer, R. (1973). The idea of resistance. *International Journal of Psychoanalysis*, 54, 259-285.
- Schafer, R. (1983). *The analytic attitude*. New York: Basic Books.
- Schafer, R. (1998). Vicissitudes of remembering in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 1151-1163.

- Schafer, R. (2002). The psychotherapist's absence. *Psychoanalytic Psychology*, 19(1), 50-64.
- Scheidlinger, S. (1974). On the concept of the "Mother-Group". *International Journal of Group Psychotherapy*, 24, 417-428.
- Scheidlinger, S. (2002). Response to the "therapist's anxiety and resistance to group psychotherapy". *International Journal of Group Psychotherapy*, 52(2), 295-297.
- Shengold, L. (2006). As August approaches. *Psychoanalytic Quarterly*, 1115, 879-886.
- Schlesinger, H. J. (1982a). Resistance as process. In P. L. Wachtel (Ed.) *Resistance: Psychodynamic and behavioural approaches* (pp. 25-44). New York: Plenum Press.
- Schlesinger, H. J. (1982b). Behaviorists, cognitive behaviorists, and behaviour-analytic writers. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 245-250). New York: Plenum.
- 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.
- Schoenewolf, G. (1996). *101 therapeutic successes: overcoming transference and resistance in psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Schoenewolf, G. (2005). *101 common therapeutic blunders*. New York: Jason Aronson.
- Schuller, R., Crits-Christoph, P., & Connolly, M. B. (1991). The Resistance Scale: Background and psychometric properties. *Psychoanalytic Psychology*, 8(2), 195-211.
- Schwartz, A. (2007). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority—VI: Working with family resistance to treatment. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35(4) 607-625.
- Scott, K. L., & King, C. B. (2007). Resistance, reluctance, and readiness in perpetrators of abuse against women and children. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8, 401-417.

- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman Press.
- Shahar, G., Blatt, S. J., & Ford, R. Q. (2003). Mixed anaclitic-introjective psychopathology in treatment-resistant inpatients undergoing psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 20(1), 84-102.
- Shapiro, D., Hardy, G., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., & Reilly, S. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(1), 36-53.
- Shapiro, E. R. (2009). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority-XII: Examined living: A psychodynamic treatment system. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 37(4), 683-698.
- Shechtman, Z., & Halevi, H. (2006). Does ethnicity explain functioning in group counseling? The case of Arab and Jewish counseling trainees in Israel. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 10(3), 181-193.
- Shelton, J. L., & Levy, R. L. (1981). *Behavioral assignments and treatment compliance*. Champaign, IL: Research Press.
- Sherman, M. H. (2007a). Siding with the resistance in paradigmatic psychotherapy. *Modern Psychoanalysis*, 32(2), 177-193.
- Sherman, M. H. (2007b). Siding with the resistance versus interpretation: role implications. *Modern Psychoanalysis*, 32(2), 194-230.
- Shoham-Salomon, V., Avner, R., & Neeman, R. (1989). You're changed if you do and changed if you don't mechanisms underlying paradoxical interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 590-598.

- Siebel, C. (1994). Reactance, noncompliance, and the identity process. (Unpublished doctoral dissertation). Kent State University, Kent, Ohio.
- Siebel, C. A., & Dowd, E. T. (1999). Reactance and therapeutic noncompliance. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 373-379.
- Siebel, C. A., & Dowd, E. T. (2001). Personality characteristics associated with psychological reactance. *Journal of Clinical Psychology*, 57(7), 963-969.
- Silverman, D. K. (1998). The tie that binds: Affect regulation, attachment, and psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 15(2), 187-212.
- Simha-Alpern, A. (2007). "I finally have words!" Integrating a psychodynamic psychotherapeutic approach with principles of emotional intelligence training in treating trauma survivors. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(4), 293-313.
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504.
- Slater, P.E. (1966). *Microcosm*. New York: John Wiley.
- Slavson, S. R. (1964). *A textbook of analytic group psychotherapy*. New York: International Universities Press.
- Slavson, S. R. (1957). Are there "group dynamics" in therapy groups? In K. R. MacKenzie (Ed.), *Classics in group psychotherapy* (pp. 166-182). New York: Guilford.
- Snyder, W. U. (1945). An investigation of the nature of nondirective psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 33, 193-223.
- Soto, J. A., & Levenson, R. W. (2009). Emotion recognition across cultures: The influence of ethnicity on empathic accuracy and physiological linkage. *Emotion*, 9(6), 874-884.
- Souery, D., Papakostas, G. I., & Trivedi, M. H. (2006). Treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(6), 16-22.
- Spence, D. P., Dahl, H., & Jones, E. E. (1993). Impact of interpretation on associative freedom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 395-402.

- Spiesman, J. D. (1957). The relationship between depth of interpretation and verbal expressions of resistance in psychotherapy. (Unpublished doctoral dissertation). University of Michigan, Ann Arbor.
- Spinks S. H., & Bircher G. R. (1982). Behavioural systems marital therapy: Dealing with resistance. *Family Process*, 21, 174-185.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Sroufe, L. A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter (Ed.) *Minnesota Symposium on Child Psychology* (Vol. 16, pp. 41-81). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Σταλίκας, Α. (2005). *Θεραπευτικές Παρεμβάσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σταλίκας, Α., & Μερτίκας, Α. (2004). *Η θεραπευτική συμμαχία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σταλίκας, Α., & Χαμόδρακα, Μ. (2004). *Η ενσυναίσθηση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Stark, M. (1994a). *Working with resistance*. New York: Jason Aronson.
- Stark, M. (1994b). *A primer on working with resistance*. New York: Jason Aronson.
- Stein, H., Corter, J. E., & Hull, J. (1996). Impact of therapist vacations on inpatients with borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 13(4), 513-530.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458.
- Stiles, W. B., & Snow, J. S. (1984). Counseling session impact as viewed by novice counselors and their clients. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 3-12.
- Stone, L. (1973). On resistance to the psychoanalytic process: Some thoughts on its nature and motivations. *Psychoanalysis and Contemporary Science*, 2, 42-73.

- Stoolmiller M., Terry D., Bank L., & Patterson G. (1993). Some problems and solutions in the study of change: Significant patterns in client resistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 922-945.
- Strean, H. S. (1990). *Resolving Resistances in psychotherapy*. New York: Brunner/ Mazel.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review in General Psychology*, 9(1), 48-66.
- Strong, S. R., & Matross, R. P. (1973) Change processes in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 20(1), 25-37.
- Strupp, H. H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 431-433.
- Sullivan, H. S. (1953a). *Conceptions in modern psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, H. S. (1953b). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, H. S. (1970). *The psychiatric interview*. Norton, New York.
- Συνοδινού, Κ. (2005). *Εισαγωγή στις θεραπευτικές τεχνικές: κλινική συνέντευξη*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Συνοδινού, Κ. (2007). *Προς τα ενδότερα της ψυχής: Ψυχανάλυση και ψυχαναλυτική αντικριστή θεραπεία*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Swoboda, J. S., Dowd, E. T., & Wise, S. L. (1990). Reframing and restraining directives in the treatment of clinical depression. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 254-260.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. New York: HarperCollins.
- Thoma, H., & Kachele, H. (1987). *Psychoanalytic Practice, Vol. 1: Principles*. London: Springer-Verlag.
- Thompson, G. M. (2004). Happiness and chance: A reappraisal of the psychoanalytic concept of happiness. *Psychoanalytic Psychology*, 21(1), 134-153.

- Tillman, J. G. (2008). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority-IX: Integrative psychodynamic treatment of psychotic disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(4), 739-762.
- Tompkins, M. A. (2002). Guidelines for enhancing homework compliance. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 565-576.
- Tracey, T. J. (1986). Interactional correlates of premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 784-788.
- Tracey, T. J., & Ray, P. B. (1984). The stages of successful time-limited counseling: An interactional examination. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 13-27.
- Tracey, T. J., Ellickson, J. L., & Sherrp, P. (1989). Resistance in relation to different supervisory environments and counsellor development. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 336-344.
- Travis, L. A., Bliwise, N. G., Binder, J. L., & Horne-Moyer, H. L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 38(2), 149-159.
- Τσαλίκोगλου, Φ. (1989). *Σχιζοφρένεια και φόνος (Ψυχολογική-Εγκληματολογική έρευνα)*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Τσαλίκोगλου, Φ. (2003). *Η ψυχή στη χώρα των πραγμάτων*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Τσαλίκोगλου, Φ. (2008). *Δε μ' αγαπάς. Μ' αγαπάς: Τα παράξενα της μητρικής αγάπης*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Tuckett, D. (2003). Resistance: How do we think of it in the twenty-first century? *Panel held at the Winter Meeting of the American Psychoanalytic Association*, 24 January 2003, New York.
- Tummala-Narra, P. (2009). Teaching on diversity: the mutual influence of students and instructors. *Psychoanalytic Psychology*, 26(3), 322-334.

- Turkat, I. D., & Meyer, V. (1982). The behavior-analytic approach. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 157-184). New York: Plenum.
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B., & Falloot, R. D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 725-733.
- Van Denburg, T. F., & Kiesler, D. J. (2002). An interpersonal communication perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 195-205.
- Verhulst, J., & Vijver, F. (1990). Resistance during psychotherapy and behavior therapy. *Behavior Modification, 14*, 172-187.
- Vriend, J., & Dyer, W. W. (1973). Counseling the reluctant client. *Journal of Counseling Psychology, 20*(3), 240-246.
- Wachtel, P. L. (1982). *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Wachtel, P. L. (1999). Resistance as a problem for practice and theory. *Journal of Psychotherapy Integration, 9*(1), 103-117.
- Waldron, S., Scharf, R. D., Hurst, D., Firestein, S. K., & Burton, A. (2004). What happens in psychoanalysis? A view through the lens of the analytic process scales (APS). *International Journal of Psychoanalysis, 85*, 443-466.
- Waters, E., Merrick, S. K., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security from infancy to early adulthood: A 20-year longitudinal study. *Child Development, 71*, 684-689.
- Watson, J. C., & McMullen, E. J. (2005). An examination of therapist and client behavior in high- and low- alliance sessions in cognitive-behavioral therapy and process experiential therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(3), 297-310.

- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- West, M. L., & Sheldon-Keller, A. E. (1994). *Patterns of relating: An adult attachment perspective*. New York: Guilford.
- Westra, H.A. (2004). Managing resistance in cognitive behavioural therapy: The application of motivational interviewing in mixed anxiety and depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(4), 161-175.
- Wheeler, G. (1991). Gestalt reconsidered: A new approach to contact and resistance. GIC Press.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- Winnicott, D. W. (1958). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Karnac Books.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 238-239.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock.
- Winnicott, D. W. (1976). *Το παιδί, η οικογένεια και ο εξωτερικός του κόσμος*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Winnicott, D. W. (2005). *Φόβος Κατάρρευσης*. Αθήνα: Άγρα.
- Winston, B., Winston, A., Samstag, L. W., & Muran, J. C. (1994). Patient defence / therapist interventions. *Psychotherapy*, 31, 478-491.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behaviour therapy* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Wong, E. C., Beutler, L. E., & Zane, N. W. (2007). Using mediators and moderators to test assumptions underlying culturally sensitive therapies: an exploratory example. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 13*(2), 169-177.
- Woodhouse, S. S., Schlosser, L. Z., Crook, R., E., Ligiero, D., P., Gelso, C. J. (2003). Client attachment to therapist: Relations to transference and client recollections of parental caregiving. *Journal of Counseling Psychology, 50*(4), 395-408.
- Wooster, G. (1983). Resistance in groups. *Group Analysis, 16*(1), 30-41.
- Wulfensmith, C. (2009). Understanding the introverted client: programs can do harm by interpreting introversion as resistance. *Addiction Professional, 2*, 14-19.
- Wurmser, L. (2003). The annihilating power of absoluteness: Superego analysis in the severe neuroses, especially in character perversion. *Psychoanalytic Psychology, 20*(2), 214-235.
- Wynne L. (1961). *The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy: Exploring the base for family therapy*. New York: Family Service Association of America.
- Yalom, I. D. (1995). *Theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (2007). *Η μάνα και το νόημα της ζωής*. Αθήνα: Άγρα.
- Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1971). A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry, 25*, 16-30.
- Χαραλαμπίκη, Κ. (2010). Οι ιδιαιτερότητες της ψυχοθεραπείας στο δημόσιο τομέα. *Τετράδια Ψυχιατρικής, 109*, 55-68.
- Χατζησταυράκης, Γ. (1998). Διαστασιακή-ψυχοδυναμική μελέτη ασθενών με διαταραχές προσωπικότητας κατά DSMIII-R. (Διδακτορική Διατριβή). Ψυχιατρική Κλινική. Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Zac, J. (1968). Encuadre y acting out: relacion semana – fin de semana. *Revista de Psicoanalisis, 25*, 27-64.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η του.....

δέχομαι να συμμετάσχω σε έρευνα που πραγματοποιείται από το Τμήμα Ψυχολογίας του Πάντειου Πανεπιστημίου και η οποία αφορά στην περιγραφή και κατανόηση σημαντικών μεταβλητών που προάγουν τη θεραπευτική πρακτική και το θεραπευτικό αποτέλεσμα, με στόχο την ανάπτυξη του κλινικού έργου που παρέχεται σε υπηρεσίες ψυχοθεραπείας.

Η συμμετοχή μου στην έρευνα γίνεται σε εθελοντική βάση. Το ερευνητικό πρόγραμμα περιλαμβάνει την αρχική συμπλήρωση ερωτηματολογίων και δύο ακόμη συμπληρώσεις μέσα σε διάστημα 3 και 6 μηνών. Τα προσωπικά μου στοιχεία δεν θα αναφέρονται σε κανένα σημείο των ερωτηματολογίων της έρευνας. Οι απαντήσεις που θα δώσω θα είναι ανώνυμες, ενώ ούτε ο θεραπευτής/-τρια ούτε ο φορέας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Είναι εν γνώσει μου ότι τα ερευνητικά στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν, αποκλειστικά και μόνο, για τους ερευνητικούς σκοπούς του συγκεκριμένου προγράμματος και ότι η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι ανεξάρτητη από τις υπηρεσίες που θα μου παρασχεθούν.

Η παραπάνω συγκατάθεση δίδεται με τον όρο ότι θα τηρηθεί η αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων και ότι τα στοιχεία θα αναφέρονται ανώνυμα.

Αθήνα, .../...../.....

Υπογραφή

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

[Σε κάθε ερώτηση παρακαλούμε σημειώστε με X την απάντηση που σας αφορά, στο αντίστοιχο κουτί].

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. Ηλικία:

Έως 20 ετών	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66 και άνω
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Οικογενειακή κατάσταση:

- ☐ Άγαμος
- ☐ Έγγαμος / Συζώ
- ☐ Διαζευγμένος / Σε διάσταση
- ☐ Χήρος

4. Εκπαιδευτικό επίπεδο:

- ☐ Απόφοιτος Δημοτικού
- ☐ Απόφοιτος Γυμνασίου
- ☐ Απόφοιτος Λυκείου
- ☐ Ανώτερη / Ανώτατη Εκπαίδευση
- ☐ Μεταπτυχιακά

5. Εργασιακή κατάσταση:

☐ Ελεύθερος επαγγελματίας	☐ Αγρότης
☐ Ιδιωτικός υπάλληλος	☐ Συνταξιούχος
☐ Δημόσιος υπάλληλος	☐ Οικιακά
☐ Ειδικευμένος εργάτης / τεχνίτης	☐ Σπουδαστής / φοιτητής
☐ Ανειδίκευτος εργάτης	☐ Άνεργος

WAI

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 διαβάζετε τις προτάσεις τοποθετήστε **νωερά** το όνομα του θεραπευτή/τριάς σας όπου υπάρχει ----- μέσα στο κείμενο. Δίπλα σε 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. Όλα τα ερωτηματολόγια είναι ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΑ: Ούτε ο θεραπευτής/τρια σας ούτε η υπηρεσία θα δει τις απαντήσεις σας. Απαντήστε αυθόρμητα. (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΜΗΝ ΞΕΧΑΣΕΤΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ)

	Ποτέ	Σπάνια	Περιστασιακά	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα
1. Αισθάνομαι άβολα με τον/την -----	1	2	3	4	5	6	7
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
3. Ανησυχώ για την έκβαση αυτών των συνεδριών.	1	2	3	4	5	6	7
4. Αυτά που κάνω στη θεραπεία μου προσφέρουν νέους τρόπους να βλέπω το πρόβλημά μου.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ο/Η ----- και εγώ καταλαβαίνουμε ο ένας τον άλλον.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ο/Η ----- αντιλαμβάνεται επακριβώς ποιοι είναι οι στόχοι μου.	1	2	3	4	5	6	7
7. Βρίσκω μπερδεμένο αυτό που κάνω στη θεραπεία.	1	2	3	4	5	6	7
8. Πιστεύω ότι ο/η ----- με συμπαθεί.	1	2	3	4	5	6	7
9. Εύχομαι ο/η ----- και εγώ να μπορούσαμε να διευκρινίσουμε τον σκοπό των συνεδριών μας.	1	2	3	4	5	6	7
10. Διαφωνώ με τον/την ----- σχετικά με το τι πρέπει να «πάρω» από τη θεραπεία.	1	2	3	4	5	6	7
11. Πιστεύω ότι ο χρόνος που ο/η ----- και εγώ περνάμε μαζί δεν χρησιμοποιείται αποτελεσματικά.	1	2	3	4	5	6	7
12. Ο/Η ----- δεν καταλαβαίνει τι προσπαθώ να πετύχω στη θεραπεία.	1	2	3	4	5	6	7
13. Μου είναι ξεκάθαρο ποιες είναι οι ευθύνες μου στη θεραπεία.	1	2	3	4	5	6	7
14. Οι στόχοι αυτών των συνεδριών είναι σημαντικοί για μένα.	1	2	3	4	5	6	7
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	Περιστάσι -ακά	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
17. Πιστεύω ότι ο/η ----- δείχνει γνήσιο ενδιαφέρον για το καλό μου.	1	2	3	4	5	6	7
18. Μου είναι ξεκάθαρο το τι θέλει ο/η ----- να κάνω σε αυτές τις συνεδρίες.	1	2	3	4	5	6	7
19. Ο/Η ----- κι εγώ σεβόμαστε ο ένας τον άλλο.	1	2	3	4	5	6	7
20. Αισθάνομαι ότι ο/η ----- δεν είναι απόλυτα ειλικρινής για τα συναισθήματά του απέναντί μου.	1	2	3	4	5	6	7
21. Έχω εμπιστοσύνη στην ικανότητά του/της -----να με βοηθήσει.	1	2	3	4	5	6	7
22. Ο/Η ----- κι εγώ δουλεύουμε προς αμοιβαία συμφωνημένους στόχους.	1	2	3	4	5	6	7
23. Αισθάνομαι ότι ο/η----- με εκτιμά.	1	2	3	4	5	6	7
24. Συμφωνούμε σχετικά με το τι είναι σημαντικό για μένα να δουλέψω.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ως αποτέλεσμα αυτών των συνεδριών μου είναι πιο ξεκάθαρο το πώς θα μπορούσα να αλλάξω.	1	2	3	4	5	6	7
26. Ο/Η ----- κι εγώ εμπιστευόμαστε ο ένας τον άλλο.	1	2	3	4	5	6	7
27. Ο/Η ----- κι εγώ έχουμε διαφορετικές απόψεις για το ποια είναι τα προβλήματά μου.	1	2	3	4	5	6	7
28. Η σχέση μου με τον/την ----- είναι πολύ σημαντική για μένα.	1	2	3	4	5	6	7
29. Έχω την αίσθηση ότι αν κάνω λάθος πράγματα ο/η ----- θα σταματήσει να δουλεύει μαζί μου.	1	2	3	4	5	6	7
30. Ο/Η ----- κι εγώ συνεργαζόμαστε για να θέσουμε στόχους για τη θεραπεία.	1	2	3	4	5	6	7
31. Νιώθω ματαίωση από τα πράγματα που κάνω στη θεραπεία.	1	2	3	4	5	6	7
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
33. Τα πράγματα που μου ζητάει να κάνω ο/η -----μου φαίνονται ακαταλαβίστικα.	1	2	3	4	5	6	7
34. Δεν ξέρω τι να περιμένω ως αποτέλεσμα της θεραπείας μου.	1	2	3	4	5	6	7
35. Πιστεύω ότι ο τρόπος με τον οποίο δουλεύουμε πάνω στο πρόβλημά μου είναι σωστός.	1	2	3	4	5	6	7
36. Αισθάνομαι ότι ο/η ----- ενδιαφέρεται για μένα ακόμη κι όταν κάνω πράγματα που δεν εγκρίνει.	1	2	3	4	5	6	7

CATS

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν το πώς αισθάνεστε **στην παρούσα φάση** στη σχέση σας με τον θεραπευτή ή τη θεραπεύτρια σας. Παρακαλούμε απαντήστε αυθόρμητα σε κάθε πρόταση χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα για να δηλώσετε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση: 1 = Διαφωνώ απόλυτα, 2 = Διαφωνώ μέτρια, 3 = Διαφωνώ λίγο, 4 = Συμφωνώ λίγο, 5 = Συμφωνώ μέτρια, 6 = Συμφωνώ απόλυτα. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μέτρια	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ μέτρια	Συμφωνώ απόλυτα
1. Δεν παίρνω αρκετή συναισθηματική υποστήριξη από τον θεραπευτή μου.	1	2	3	4	5	6
2. Ο θεραπευτής μου δείχνει ευαισθησία στις ανάγκες μου.	1	2	3	4	5	6
3. Νομίζω ότι ο θεραπευτής μου με αποδοκιμάζει.	1	2	3	4	5	6
4. Λαχταρώ να είμαστε με τον θεραπευτή μου σαν «ένα».	1	2	3	4	5	6
5. Ο θεραπευτής μου είναι αξιόπιστος.	1	2	3	4	5	6
6. Το να μιλάω για τα προβλήματά μου με τον θεραπευτή μου με κάνει να αισθάνομαι ντροπή ή αμηχανία.	1	2	3	4	5	6
7. Εύχομαι να μπορούσε ο θεραπευτής μου να είναι μαζί μου καθημερινά.	1	2	3	4	5	6
8. Όταν είμαι με τον θεραπευτή μου έχω την αίσθηση ότι τα πράγματα θα πάνε καλά για μένα με κάποιο τρόπο.	1	2	3	4	5	6
9. Ξέρω ότι θα μπορούσα να πω οτιδήποτε στον θεραπευτή μου χωρίς εκείνος να με απέρριπτε.	1	2	3	4	5	6
10. Θα ήθελα ο θεραπευτής μου να αισθάνεται πιο κοντά σε μένα.	1	2	3	4	5	6
11. Ο θεραπευτής μου δεν μου δίνει αρκετή προσοχή.	1	2	3	4	5	6
12. Δεν μου αρέσει να μοιράζομαι τα συναισθήματά μου με τον θεραπευτή μου.	1	2	3	4	5	6
13. Θα ήθελα να γνωρίζω περισσότερα για τον θεραπευτή μου ως άνθρωπο.	1	2	3	4	5	6
14. Όταν δείχνω τα συναισθήματά μου ο θεραπευτής μου ανταποκρίνεται με τρόπο βοηθητικό.	1	2	3	4	5	6
15. Νιώθω ταπεινωμένος/-η στις συνεδρίες μου.	1	2	3	4	5	6
16. Μου περνάει από το μυαλό να τηλεφωνούσα στον θεραπευτή μου στο σπίτι του.	1	2	3	4	5	6
17. Δεν ξέρω πώς να περιμένω ότι θα αντιδράσει ο θεραπευτής μου από συνεδρία σε συνεδρία.	1	2	3	4	5	6

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μέτρια	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ μέτρια	Συμφωνώ απόλυτα
18. Μερικές φορές φοβάμαι ότι εάν δεν προκαλώ ευχαρίστηση στον θεραπευτή μου εκείνος θα με απορρίψει.	1	2	3	4	5	6
19. Σκέφτομαι το ενδεχόμενο να είμαι ο/η αγαπημένος/-η θεραπευόμενος/-η του θεραπευτή μου.	1	2	3	4	5	6
20. Μπορώ να πω ότι ο θεραπευτής μου χαίρεται να δουλεύει μαζί μου.	1	2	3	4	5	6
21. Υποψιάζομαι ότι πιθανώς ο θεραπευτής μου δεν είναι ειλικρινής μαζί μου.	1	2	3	4	5	6
22. Εύχομαι να υπήρχε ένας τρόπος να μπορούσα να μοιράζομαι περισσότερο χρόνο με τον θεραπευτή μου.	1	2	3	4	5	6
23. Με πειράζει να έχω να χειρίζομαι τα προβλήματα από μόνος /μόνη μου όταν ο θεραπευτής μου θα μπορούσε να είναι πιο βοηθητικός.	1	2	3	4	5	6
24. Ο θεραπευτής μου θέλει να γνωρίζει περισσότερα για μένα από αυτά που νιώθω άνετα να πω.	1	2	3	4	5	6
25. Εύχομαι να μπορούσα να κάνω κι εγώ κάτι για τον θεραπευτή μου.	1	2	3	4	5	6
26. Ο θεραπευτής μου με βοηθά να κοιτάζω από κοντά τα πράγματα που μου έχουν συμβεί, τα οποία με φοβίζουν και με ανησυχούν.	1	2	3	4	5	6
27. Νιώθω ασφαλής με τον θεραπευτή μου.	1	2	3	4	5	6
28. Εύχομαι ο θεραπευτής μου να μην ήταν ο θεραπευτής μου ώστε να μπορούσαμε να είμαστε φίλοι.	1	2	3	4	5	6
29. Ο θεραπευτής μου είναι μια ανακουφιστική παρουσία για μένα όταν είμαι αναστατωμένος /-η.	1	2	3	4	5	6
30. Ο θεραπευτής μου με μεταχειρίζεται περισσότερο σαν παιδί παρά σαν ενήλικα.	1	2	3	4	5	6
31. Συχνά διερωτώμαι για τους άλλους θεραπευόμενους του θεραπευτή μου.	1	2	3	4	5	6
32. Ξέρω ότι ο θεραπευτής μου θα κατανοήσει τα πράγματα που με ενοχλούν.	1	2	3	4	5	6
33. Μου είναι δύσκολο να εμπιστευτώ τον θεραπευτή μου.	1	2	3	4	5	6
34. Νιώθω σίγουρος ότι ο θεραπευτής μου θα είναι εκεί για μένα εάν πραγματικά τον χρειαστώ.	1	2	3	4	5	6
35. Δεν είμαι βέβαιος/ -η ότι ο θεραπευτής μου ενδιαφέρεται και τόσο για μένα.	1	2	3	4	5	6
36. Όταν είμαι μαζί με τον θεραπευτή μου αισθάνομαι ότι είμαι η μεγαλύτερη προτεραιότητά του.	1	2	3	4	5	6

TRS

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν προσωπικές στάσεις. Παρακαλούμε απαντήστε αυθόρμητα σε κάθε πρόταση χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα για να δηλώσετε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση: 1 = Διαφωνώ απόλυτα, 2 = Διαφωνώ, 3 = Συμφωνώ, 4 = Συμφωνώ απόλυτα. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Εάν μου σερβίρουν χλιαρό ένα φαγητό στο εστιατόριο, κάνω προσπάθεια αυτό να γίνει γνωστό.	1	2	3	4
2. Αγανακτώ με τα πρόσωπα εξουσίας που προσπαθούν να μου πουν τι να κάνω.	1	2	3	4
3. Διαπιστώνω ότι συχνά πρέπει να αμφισβητώ την εξουσία.	1	2	3	4
4. Με ευχαριστεί να βλέπω κάποιον άλλον να κάνει κάτι που υποτίθεται ότι δεν θα έπρεπε να κάνει κανένας από τους δυο μας.	1	2	3	4
5. Έχω ισχυρή επιθυμία να διατηρώ την προσωπική μου ελευθερία.	1	2	3	4
6. Με ευχαριστεί να παίζω τον «συνήγορο του διαβόλου» όποτε μπορώ.	1	2	3	4
7. Σε συζητήσεις, πείθομαι εύκολα από τους άλλους.	1	2	3	4
8. Τίποτα δεν με διεγείρει τόσο όσο μια καλή αντιπαράθεση επιχειρημάτων!	1	2	3	4
9. Θα ήταν καλύτερα να έχω περισσότερη ελευθερία να κάνω αυτό που θέλω σε μια δουλειά.	1	2	3	4
10. Εάν μου λένε τι να κάνω, συχνά κάνω το αντίθετο.	1	2	3	4
11. Μερικές φορές φοβάμαι να διαφωνήσω με τους άλλους.	1	2	3	4
12. Με ενοχλεί πραγματικά όταν οι αστυνομικοί λένε στους ανθρώπους τι να κάνουν.	1	2	3	4
13. Δεν με αναστατώνει να αλλάζω τα σχέδια μου επειδή κάποιος στην ομάδα θέλει να κάνει κάτι άλλο.	1	2	3	4
14. Δεν με πειράζει να μου λένε άλλοι άνθρωποι τι να κάνω.	1	2	3	4
15. Με ευχαριστούν οι συζητήσεις με άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4
16. Εάν κάποιος μου ζητήσει μια χάρη, θα σκεφτώ διπλά για το τι μπορεί αυτό το άτομο να επιδιώκει πραγματικά.	1	2	3	4
17. Δεν είμαι πολύ ανεκτικός στις προσπάθειες των άλλων να με πείσουν.	1	2	3	4
18. Συχνά ακολουθώ τις προτάσεις των άλλων.	1	2	3	4
19. Είμαι σχετικά ισχυρογνώμων.	1	2	3	4
20. Είναι σημαντικό για μένα να βρίσκομαι σε ισχυρή θέση σε σχέση με άλλους.	1	2	3	4
21. Είμαι πολύ ανοιχτός/-ή σε λύσεις στα προβλήματά μου από άλλους.	1	2	3	4
22. Με ευχαριστεί να «ξεσκεπάζω» ανθρώπους που νομίζουν ότι έχουν δίκιο.	1	2	3	4
23. Θεωρώ τον εαυτό μου περισσότερο ανταγωνιστικό παρά συνεργάσιμο.	1	2	3	4
24. Δεν με πειράζει να κάνω κάτι για κάποιον ακόμα κι όταν δεν γνωρίζω γιατί το κάνω.	1	2	3	4
25. Συνήθως συμφωνώ με τις συμβουλές των άλλων.	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι ότι είναι καλύτερο να υπερασπίζομαι τα πιστεύω μου παρά να μένω σιωπηλός/-ή.	1	2	3	4
27. Είμαι πολύ πεισματάρης/-α και αμετακίνητος/-η στους τρόπους μου.	1	2	3	4
28. Είναι πολύ σημαντικό για μένα να τα πηγαίνω καλά με τους ανθρώπους με τους οποίους δουλεύω μαζί.	1	2	3	4

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ/ -ΤΡΙΑΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η του.....

δέχομαι να συμμετάσχω σε έρευνα που πραγματοποιείται από το Τμήμα Ψυχολογίας του Πάντειου Πανεπιστημίου και η οποία αφορά στην περιγραφή και κατανόηση σημαντικών μεταβλητών που προάγουν τη θεραπευτική πρακτική και το θεραπευτικό αποτέλεσμα, με στόχο την ανάπτυξη του κλινικού έργου που παρέχεται σε υπηρεσίες ψυχοθεραπείας.

Η συμμετοχή μου στην έρευνα γίνεται σε εθελοντική βάση. Το ερευνητικό πρόγραμμα περιλαμβάνει την αρχική συμπλήρωση ερωτηματολογίων και δύο ακόμη συμπληρώσεις μέσα σε διάστημα 3 και 6 μηνών. Τα προσωπικά μου στοιχεία δεν θα αναφέρονται σε κανένα σημείο των ερωτηματολογίων της έρευνας. Είναι εν γνώσει μου ότι τα ερευνητικά στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν, αποκλειστικά και μόνο, για τους ερευνητικούς σκοπούς του συγκεκριμένου προγράμματος.

Η παραπάνω συγκατάθεση δίδεται με τον όρο ότι θα τηρηθεί η αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων και ότι τα στοιχεία θα αναφέρονται ανώνυμα.

Αθήνα, .../...../.....

Υπογραφή

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ & ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

[Σε κάθε ερώτηση παρακαλούμε σημειώστε με X την απάντηση που σας αφορά, στο αντίστοιχο κουτί].

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. Ηλικία:

Έως 25 ετών	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66 και άνω
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Επαγγελματική ιδιότητα:

- ☐ Ψυχίατρος
- ☐ Ψυχολόγος
- ☐ Κοινωνικός λειτουργός
- ☐ Άλλοι θεραπευτές

4. Θεωρητική προσέγγιση:

- ☐ Ψυχαναλυτική / Ψυχοδυναμική
- ☐ Άλλη (Διευκρινίστε: _____)

5. Συνολικός αριθμός ετών κλινικής εμπειρίας : _____ έτη

6. Συνολικός αριθμός ασθενών που παρακολουθείτε στην παρούσα φάση:

- ☐ 1 – 5 ασθενείς
- ☐ 6 – 10 ασθενείς
- ☐ 11 και πλέον ασθενείς

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

1. Σε τι πλαίσιο παρακολουθείτε τον συγκεκριμένο ασθενή;

Ινστιτούτο Καλλιθέας ☐ Ιδιωτικά ☐

2. Τι συχνότητα έχουν οι συνεδρίες σας;

1 φορά εβδομαδιαίως ☐ 2 φορές εβδομαδιαίως ☐

3. Σε ποια γενική διαγνωστική κατηγορία θα λέγατε ότι εμπίπτει ο συγκεκριμένος ασθενής;

Συναισθηματικές διαταραχές ☐ Αγχώδεις διαταραχές ☐ Φοβικές διαταραχές ☐

Πρόβλημα περιόδου ζωής ☐ Άλλο (Διευκρινίστε: _____) ☐

TSC-TI

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν τη μεταβίβαση του θεραπευόμενου. Απαντήστε σχετικά έχοντας υπόψη τους ακόλουθους γενικούς ορισμούς για τη μεταβίβαση (Graff & Luborsky, 1977):

Ως μεταβίβαση ορίζεται το υλικό του θεραπευόμενου που (α) σχετίζεται με τον θεραπευτή φανερά ή συγκεκαλυμμένα, και (β) αποτελεί έκφραση και μετάθεση μιας πρώιμης σημαντικής σχέσης (παρόλο που το αντικείμενο του παρελθόντος μπορεί να μην αναφέρεται).

Ως θετική μεταβίβαση ορίζονται οι θετικές αντιδράσεις ή ιδέες σχετικά με τον θεραπευτή που αποτελούν μεταβιβαστικό υλικό.

Ως αρνητική μεταβίβαση ορίζονται οι αρνητικές αντιδράσεις ή ιδέες σχετικά με τον θεραπευτή που αποτελούν μεταβιβαστικό υλικό.

Σκεφτείτε συνολικά τις **τελευταίες 4 συνεδρίες** με τον θεραπευόμενο / τη θεραπευόμενη σας και απαντήστε σχετικά με το βαθμό της μεταβίβασης, της θετικής μεταβίβασης και της αρνητικής μεταβίβασης χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα: 1 = καμία ή ελάχιστη, 2 = λίγη, 3 = μέτρια, 4 = πολύ, 5 = πάρα πολύ. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο.

1.	Σε ποιο βαθμό ο/η θεραπευόμενος/ -η εκδήλωνε μεταβίβαση στις τελευταίες 4 συνεδρίες;	1	2	3	4	5
2.	Σε ποιο βαθμό ο/η θεραπευόμενος/ -η εκδήλωνε θετική μεταβίβαση στις τελευταίες 4 συνεδρίες;	1	2	3	4	5
3.	Σε ποιο βαθμό ο/η θεραπευόμενος/ -η εκδήλωνε αρνητική μεταβίβαση στις τελευταίες 4 συνεδρίες;	1	2	3	4	5

TQCB

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν σε συμπεριφορές του θεραπευόμενου. Σκεφτείτε συνολικά τις **τελευταίες 4 συνεδρίες** με τον θεραπευόμενο / τη θεραπευόμενη σας και απαντήστε τις ερωτήσεις που ακολουθούν χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα. Γράψτε τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας στο κενό που βρίσκεται στα αριστερά κάθε πρότασης. Τα παραδείγματα που αναφέρονται στις παρενθέσεις είναι ενδεικτικά κάθε πρότασης.

1	2	3	4	5
Ποτέ ή Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα ή πάντα
<i>ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ Ο ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΣ / Η ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗΣ</i>				
_____				1. ... έρχεται καθυστερημένος/ -η στις συνεδρίες;
_____				2. ... ακυρώνει συνεδρίες;
_____				3. ... χάνει συνεδρίες (π.χ. δεν εμφανίζεται, δεν ενημερώνει);
_____				4. ... ζητά να αλλάξουν οι ώρες των ραντεβού;
_____				5. ... επιδιώκει να παρατείνει τη διάρκεια των συνεδριών (π.χ. φέρνοντας σημαντικό υλικό στο τέλος της συνεδρίας);
_____				6. ... επιδιώκει περαιτέρω επικοινωνία (π.χ. τηλεφωνώντας ενδιάμεσα των συνεδριών);
_____				7. ... επιδιώκει να τελειώσει η συνεδρία νωρίτερα (π.χ. ενημερώνοντας για κάποια ειλημμένη υποχρέωση);
_____				8. ... καθυστερεί να πληρώσει παρά τη συμφωνία για τους όρους;
_____				9. ... αμφισβητεί ανοιχτά τους οικονομικούς όρους ή το ποσό της αμοιβής;
_____				10. ... εκφράζει έκδηλη ανησυχία για τις γνώσεις ή τις ικανότητες σας (π.χ. κάνει ερωτήσεις σχετικά με την εκπαίδευση σας);
_____				11. ... αντικρούει τις λεκτικές σας παρεμβάσεις με τη δική του/ της άποψη;
_____				12. ... αφού αποκαλύπτει κάποιο υλικό προτείνει απευθείας τη δική του /της ερμηνεία;
_____				13. ... αντικρούει τις λεκτικές σας παρεμβάσεις με μια στάση τύπου «ναι μεν, αλλά»;
_____				14. ... επιχειρεί να ελέγξει ή να κυριαρχήσει στη συνεδρία (π.χ. έχοντας προετοιμάσει από πριν τα θέματα για τα οποία θα μιλήσει)
_____				15. ... σας απορρίπτει με παθητικο-επιθετικό τρόπο (π.χ. αναφέρει επιδεικτικά πόσο βοηθητικός ήταν ο προηγούμενος θεραπευτής)
_____				16. ... διαφωνεί ανοιχτά με τις λεκτικές σας παρεμβάσεις;
_____				17. ... αναφέρει ανοιχτά πόσο βοηθητικός/ -η έχετε υπάρξει για αυτόν/ αυτήν;
_____				18. ... επιζητά ευθέως τη βοήθεια ή τη γνώμη σας;
_____				19. ... σας κατηγορεί ανοιχτά για έλλειψη προόδου στη θεραπεία του / της;
_____				20. ... αποφασίζει εμφανώς να μην ακολουθήσει την προτροπή σας ή τη θεραπευτική πρόταση που του κάνετε (π.χ. φαρμακευτική αγωγή, πρόληψη συμπεριφοράς εκδραμάτισης);
_____				21. ... δείχνει να συμφωνεί με την προτροπή ή τη θεραπευτική σας πρόταση και στη συνέχεια την «ξεχνά» ή για κάποιον άλλον λόγο δεν την ακολουθεί;
_____				22. ... εμφανίζεται απλώς να μην «ακούει» τις λεκτικές σας παρεμβάσεις (π.χ. συνεχίζει να μιλά ενώ ταυτόχρονα λέτε κάτι, ή αλλάζει θέμα);

1	2	3	4	5
Ποτέ ή Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα ή πάντα
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ Ο ΣΥΓΓΕΚΡΙΜΕΝΟΣ / Η ΣΥΓΓΕΚΡΙΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗΣ				
				23. ... εκφράζει έκδηλα ότι κάποια θέματα είναι εκτός των ορίων και αποφεύγει να μιλήσει για αυτά (π.χ. σεξουαλικότητα, επιθετικότητα, σχέσεις με συγκεκριμένα πρόσωπα, συγκεκριμένα γεγονότα);
				24. ... δέχεται αυθόρμητα τις λεκτικές σας παρεμβάσεις;
				25. ... ζητά ευθέως εξηγήσεις για αυτά που λέτε (π.χ. «Τι σας κάνει να λέτε ότι δείχνω θυμωμένος»);
				26. ... διερωτάται ανοιχτά για θέματα της θεραπείας, όπως για τα συμπτώματά του/ της, την πρόγνωση ή τη θεραπευτική εξέλιξη;
				27. ... δείχνει συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές σας προτάσεις;
				28. ... δηλώνει ανοιχτά ότι τον/ την επηρεάσατε ώστε να αλλάξει μια ιδέα ή γνώμη;
				29. ... εκφράζει ανυπομονησία για τον ρυθμό της θεραπείας;
				30. ... προσπαθεί ενεργά να κάνει θετικές αλλαγές;
				31. ... ανταποκρίνεται στις λεκτικές σας παρεμβάσεις με περιφρόνηση ή με σαρκασμό;
				32. ... ιδιοποιείται ως δικά του/ της μια ερμηνεία ή ένα σχόλιο επίγνωσης που έχετε διατυπώσει εσείς (π.χ. «Αποφάσισα ότι θα με βοηθούσε να οριοθετηθώ καλύτερα στη σχέση με τον σύντροφό μου»);
				33. ... δηλώνει την ανάγκη να «σκεφτεί σχετικά» με την ερμηνεία ή το σχόλιό σας προτού τα αποδεχτεί;
				34. ... δείχνει να αναλαμβάνει την ευθύνη για τα προβλήματά του/ της;
				35. ... προσπαθεί να εκμαιεύσει προσωπικές πληροφορίες για εσάς (π.χ. ενδιαφέροντα, αξίες, μέρη που έχετε επισκεφτεί, τόπος προσωπικής κατοικίας);
				36. ... προσπαθεί εμφανώς να αξιοποιήσει τις παρεμβάσεις σας για να κάνει θετικές αλλαγές;
				37. ... εκφράζει αντιδραστική στάση λεκτικά (π.χ. διακηρύσσει μια άποψη εναντίον μιας άλλης που μόλις προτείνατε);
				38. ... επιδεικνύει αντιδραστική στάση με τη συμπεριφορά του/ της (π.χ. δείχνει επιθυμία να κάνει το αντίθετο από αυτό που προτείνετε);
				39. ... ζητά ευθέως εξηγήσεις για τους λόγους ή τους σκοπούς των θεραπευτικών σας προτάσεων (π.χ. «Πώς θα με βοηθήσει αυτό»);
				40. ... εμφανίζεται αμυντικός/ -ή να αποκαλύψει προσωπικό υλικό;
				41. ... κατηγορεί τους άλλους για τα προβλήματά του/ της;
				42. ... προσπαθεί να σας ευχαριστήσει (π.χ. αναφέροντας μόνο θετικές προσωπικές εξελίξεις);
				43. ... εκφράζει ανοιχτά σκεπτικισμό για τη χρησιμότητα της θεραπείας;
				44. ... δείχνει να αισθάνεται τις λεκτικές σας παρεμβάσεις σαν επίθεση ή κριτική;
				45. ... επιχειρεί να κερδίσει προσωπικές χάρες από εσάς (π.χ. έκτακτη συνεδρία, συνάντηση με μέλος της οικογένειάς του/ της);

1	2	3	4	5
Ποτέ ή Σχεδόν ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα ή πάντα
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ Ο ΣΥΓΓΕΚΡΙΜΕΝΟΣ / Η ΣΥΓΓΕΚΡΙΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗΣ				
_____				46. ... επιδιώκει να σας κάνει προσωπικές χάρες (π.χ. σας προσφέρει φαγώσιμα, σας φέρνει δώρα);
_____				47. ... συμπεριφέρεται στις συνεδρίες με τρόπο σαγηνευτικό/ αποπλανητικό;
_____				48. ... συμπεριφέρεται στις συνεδρίες με τρόπο τέτοιο ώστε να σας προσελκύσει (π.χ. προσπαθεί να σας γοητεύσει ή να σας διασκεδάσει);
_____				49. ... μένει μακριά σιωπηλός /-η (π.χ. αφού απευθύνετε κάποια ερώτηση, ή υποστηρίζει ότι δεν έχει τίποτα να πει);
_____				50. ... είναι ολιγόλογος /-η (π.χ. απαντά μονολεκτικά, κάνει συχνές παύσεις στο λόγο, μιλά με διστακτικότητα);
_____				51. ... προβαίνει σε εκλογικεύσεις ή σε διανοητικού τύπου διατυπώσεις κατά τη διάρκεια των συνεδριών;
_____				52. ... εμμένει να μιλά για ψυχιατρικά ή για σωματικά συμπτώματα;
_____				53. ... μιλά για ασημαντότητες ή για άσχετα γεγονότα κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής ώρας;
_____				54. ... μιλά ακατάπαυστα ώστε είναι δύσκολο να συγκεντρωθεί ή να παρέμβει κανείς;
_____				55. ... αντιδρά με υπερβολικό συναίσθημα σε αυτά που φέρνει στη συνεδρία (π.χ. εκφράζει επανειλημμένως θυμό ή παρατεταμένη ευφορία, ή κλαίει διαρκώς);
_____				56. ... εμμένει να μιλά συνεχώς για το παρελθόν;
_____				57. ... εμμένει να μιλά συνεχώς για το μέλλον ή για μελλοντικές δυνατότητες;
_____				58. ... δείχνει καχύποπτος/ -η ή δύσπιστος/ -η προς εσάς;
_____				59. ... έχει μια στάση επιχειρηματολογείν απέναντι σας;
_____				60. ... συμπεριφέρεται ανοιχτά με περιφρονητικό τρόπο προς το πρόσωπό σας;
_____				61. ... δείχνει να τρέφει θετικά συναισθήματα για εσάς;
_____				62. ... εμμένει να μιλά συνεχώς για το παρόν και για τα τρέχοντα προβλήματα;
_____				63. ... επικοινωνεί χωρίς το περιεχόμενο του λόγου να συμβαδίζει με τα συναισθήματά του (συγκινησιακή απροσφορότητα);
_____				64. ... χρησιμοποιεί φράσεις κλισέ ή τεχνικούς όρους (π.χ. «ξέρετε τώρα...», «ειλικρινά», «οιδιπόδεια σχέση»);
_____				65. ... «ξεχνά» ή δεν μπορεί να θυμηθεί κάτι σε σχέση με αυτά που λέει;
_____				66. ... «περνά στην πράξη» εκδηλώνοντας συμπεριφορές εκδραμάτισης (π.χ. παρορμητικές συμπεριφορές, ατυχήματα, διενέξεις /συγκρούσεις με τρίτους);
_____				67. ... παρά την εν τω μεταξύ θεραπευτική πρόοδο, επανεμφανίζει παλαιότερα συμπτώματα και συμπεριφορές, ή σωματοποιεί;
_____				68. ... δείχνει να προβαίνει σε «φυγή προς την υγεία» (π.χ. πρόωρη απώλεια συμπτωμάτων χωρίς εναισθησία);
_____				69. ... δείχνει υπερβάλλουσα συμμόρφωση στις παρεμβάσεις σας χωρίς προηγούμενη επεξεργασία ή σκέψη;
_____				70. ... ζητά να διακόψει ή /και διακόπτει τη θεραπεία χωρίς τη σύμφωνη γνώμη σας (πρόωρη διακοπή της θεραπείας);