

**Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών
Τμήμα Ψυχολογίας**

Διδακτορική Διατριβή

**Η ΣΧΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ
ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗ
ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΟΥΣΟΥΛΑΣ

**Συμβουλευτική Επιτροπή:
Αναστάσιος Σταλίκας, Καθηγητής
Κλαίρη Συνοδινού, Καθηγήτρια
Κατερέλος Ιωάννης, Καθηγητής**

Αθήνα 2011

© Copyright
Μπούσουλας Κωνσταντίνος
Τμήμα Ψυχολογίας
Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών
Λεωφόρος Συγγρού 136, 176 72, Καλλιθέα, Αθήνα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πραγματοποίηση αυτής της εργασίας αποτελεί το αποτέλεσμα μιας μακρόχρονης διαδρομής στην οποία με συντρόφεψαν, με υποστήριξαν και με καθοδήγησαν επιστημονικά και πρακτικά, άνθρωποι, στους οποίους είμαι ευγνώμων και τους ευχαριστώ βαθύτατα. Χωρίς την συνεργασία τους η ολοκλήρωση αυτού του πονήματος θα ήταν ανέφικτη.

Πρωτίστως θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς μου επιτροπής για την πολύτιμη επίβλεψη και επιστημονική καθοδήγηση κατά την εκπόνηση της διατριβής: τον Καθηγητή του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου κ. Αναστάσιο Σταλικά, την Καθηγήτρια του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου κ. Κλαίρη Συνοδινού και τον Καθηγητή του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου κ. Ιωάννη Κατερέλο.

Χρωστώ ευχαριστίες στους εξέχοντες επιστήμονες τα μέλη της επταμελούς εξεταστικής επιτροπής για τον χρόνο που διέθεσαν και τις παρατηρήσεις τις οποίες διατύπωσαν.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Αναστάσιο Σταλικά ο οποίος με εμπιστεύθηκε για αυτό το έργο. Τα προσωπικά του ακαδημαϊκά χαρακτηριστικά όπως η αγάπη του για την επιστήμη, η άρτια επιστημονική του κατάρτιση, η επιμονή του στην ποιότητα της έρευνας και στην ουσιαστική αφομοίωση της γνώσης, αποτέλεσαν κατευθυντήριους άξονες οι οποίοι με στήριξαν, με καθοδήγησαν και με ενέπνευσαν, καθόλη την διάρκεια του εγχειρήματος της πραγματοποίησης της διατριβής. Η εμπιστοσύνη, η κριτική, η συμβουλή, η καθοδήγησή και η ενίσχυσή αποτελούν την ουσιαστική βοήθεια προς εμένα εκ μέρους του, την οποία άοκνα όλα αυτά τα χρόνια μου διέθεσε, ώστε αξιοποιώντας την να μπορέσω να φέρω εις πέρας αυτό το έργο και να αναπτυχθώ ως επιστήμων. Είμαι ειλικρινά ευγνώμων γιαυτά.

Μεγάλες ευχαριστίες οφείλω στους δασκάλους μου στη Συστημική Ψυχοθεραπεία κ. Βλάση Τομαρά και κ. Βαλέρια Πομίνη, αφενός διότι μου εμπιστεύθηκαν το πολλών ετών επίπονο και πλούσιο κλινικό έργο τους στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία και το οποίο αποτέλεσε το δείγμα της έρευνας αυτής και την πολύτιμη συμβουλή τους στην επιλογή του δείγματος. Οι δύο τους ήταν οι θεραπευτές ή οι επόπτες των θεραπειών των οικογενειών του δείγματος. Χωρίς αυτή την πράξη εμπιστοσύνης εκ μέρους τους θα ήταν πρακτικά αδύνατη η υλοποίηση αυτής της έρευνας. Αφετέρου για την

επιστημονική υποστήριξή τους σε θέματα συστημικής ψυχοθεραπείας. Η Βαλέρια Πομίνη ως επόπτρια ΕΔΥΠ και ο Βλάσης Τομαράς ως μέλος της τριμελούς επιτροπής μου (μέχρι τη συνταξιοδότησή του) αποτέλεσαν επιστήμονες αναφοράς για θέματα σχετικά με την οικογενειακή ψυχοθεραπεία τα οποία με απασχόλησαν κατά την διάρκεια της μελέτης.

Ευχαριστώ τους πολυάριθμους συναδέλφους, όπως μεταξύ άλλων τον συστημικό ψυχοθεραπευτή Βαγγέλη Μανουρά, οι οποίοι αφιλοκεδώς και με μόνο κίνητρο την θέληση για γνώση έλαβαν μέρους στην έρευνα ως κριτές. Η βοήθειά τους ήταν καθοριστική για την ευνοϊκή έκβαση του εγχειρήματος αυτού.

Ευχαριστώ όλα τα μέλη της ομάδας θετικών συναισθημάτων, η οποία είναι μια εξαιρετική ομάδα συναδέλφων, διότι αποτέλεσε το πλαίσιο μέσα στο οποίο βρήκα ανατροφοδότηση αλλά και ηθική και πρακτική υποστήριξη. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τους Μιχάλη Γαλανάκη, Αλκμήνη Μπούτρη, Χριστίνα Σεργιάνη, Αντιγόνη Μερτίκα, Πασχαλιά Μυτσκίδου, Μιχάλη Τσαγκαράκη και Κατερίνα Αυγουστάκη.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Σπύρο Φερεντίνο, Δρ. Στατιστικής και μεθοδολογίας Ερευνών για την συμβολή και καθοδήγησή του στο δύσκολο έργο της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων και την έξοχη μετάδοση των γνώσεών του σε θέματα στατιστικής ανάλυσης όταν και όπου χρειάστηκε να εμβαθύνω σε τέτοια θέματα.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου οι οποίοι με ενίσχυσαν για αυτό το έργο αλλά όλως ιδιαιτέρως την αγαπημένη μου σύζυγο η οποία με όλα αυτά τα χρόνια με υποστήριξε καθοριστικά αναλαμβάνοντας αλόγιστα πολλά βάρη ώστε να μπορέσω με όσο το δυνατό λιγότερους περισπασμούς να ανταπεξέλθω στο κόπο της έρευνας και της μελέτης.

Περίληψη

Η παρούσα διατριβή μελέτησε τη σχέση της εμφάνισης των ενδοσυνεδριακών φαινομένων της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στην θεραπευτική διαδικασία και των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών (ΣΕΣ) με τις ενδοσυνεδριακές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι χαρακτηριστικές στην συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία (ΣΣΟΨ).

Για τον σκοπό αυτό διερευνήθηκε η εμφάνιση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των ενδοσυνεδριακών φαινομένων σε διάφορες χρονικά φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας σε δείγμα το οποίο αποτελούνταν από ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες οικογενειών οι οποίες είχαν πάρει μέρος σε συνθετική οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία. Τα ερευνητικά ερωτήματα αφορούσαν το είδος των συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες εμφανίζονται, τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά τους, τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών και της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στην θεραπευτική διαδικασία και την σχέση των μεταβλητών αυτών μεταξύ τους καθώς και με τον χρόνο εμφάνισης και την θεραπευτική έκβαση των συνεδριών.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι στη ΣΣΟΨ οι θεραπευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται σε όλη τη χρονική έκταση της θεραπείας και σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη θεραπευτική έκβαση. Υπάρχει συνολικά μικρότερος αριθμός εμφάνισης Σημαντικών Ενδοσυνεδριακών Στιγμών από ό,τι σε άλλους τύπους ψυχοθεραπείας, αλλά φάνηκε ότι υπάρχει σχέση της εμφάνισης για κάποιες κατηγορίες σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με τη θεραπευτική έκβαση και τη χρονική φάση της ψυχοθεραπείας. Οι αναλύσεις επιβεβαίωσαν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης της εμφάνισης των ΣΕΣ με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στη Συνθετική Συστημική Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία. Η βιωματική εμπλοκή στις συνεδρίες είναι σχετικά χαμηλή ανεξάρτητα από τη θεραπευτική έκβαση σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο της ψυχοθεραπείας, η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία σχετίζεται με κάποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Επίσης 4 σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές επιδρούν θετικά, προκαλώντας αύξηση της βιωματικής εμπλοκής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία.

Αυτά τα ευρήματα προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες για την θεραπευτική διαδικασία στη ΣΣΟΨ καλύπτοντας ένα σημαντικό βιβλιογραφικό κενό στην διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ψυχοθεραπείες και συστημική ψυχοθεραπεία

Ατομική ψυχοθεραπεία.....	1
Οικογενειακή ψυχοθεραπεία.....	5
Οικογενειακή ψυχοθεραπεία, οι ρίζες.....	6
Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία και οι ψυχοθεραπευτικές θεωρίες.....	7
Συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.....	12
<i>Οι Θεωρίες Επικοινωνίας</i>	
<i>Τα αξιώματα της επικοινωνίας.....</i>	<i>13</i>
<i>Αξίωμα πρώτο: Επικοινωνούμε πάντα εντός του</i> <i>διαπροσωπικού πλαισίου.....</i>	<i>14</i>
<i>Αξίωμα δεύτερο: Η επικοινωνιακή μονάδα έχει</i> <i>δύο πλευρές: αυτή του περιεχομένου και εκείνη της σχέσης.</i> <i>Η δεύτερη ορίζει (κατατάσσει) την πρώτη.....</i>	<i>16</i>
<i>Αξίωμα τρίτο: Οι άνθρωποι επικοινωνούν</i> <i>"ψηφιακά " και "αναλογικά".....</i>	<i>18</i>
<i>Αξίωμα τέταρτο: «είναι αδύνατον να μην</i> <i>επικοινωνείς εντός της σχέσης ".....</i>	<i>20</i>
<i>Αξίωμα Πέμπτο: όλες οι επικοινωνιακές συναλλαγές</i> <i>είναι είτε συμμετρικές είτε συμπληρωματικές.....</i>	<i>22</i>
<i>Η παράδοξη επικοινωνία.....</i>	<i>26</i>
<i>Ο διπλός δεσμός.....</i>	<i>29</i>
<i>Οι παράδοξες παρεμβάσεις,</i> <i>οδηγίες παράδοξες – κυκλικές.....</i>	<i>33</i>
<i>Η οδηγία για συγκράτηση της αλλαγής (Restraining).....</i>	<i>36</i>
<i>Η οδηγία για χορήγηση του συμπτώματος (prescribing).....</i>	<i>37</i>
<i>Οι κανόνες της επικοινωνίας.....</i>	<i>38</i>
<i>Η θεωρία συστημάτων.....</i>	<i>41</i>
<i>Το σύστημα.....</i>	<i>41</i>

<i>Η ολιστικότητα.....</i>	<i>42</i>
<i>Η δομή.....</i>	<i>44</i>
<i>Τα υποσυστήματα.....</i>	<i>45</i>
<i>Όρια.....</i>	<i>47</i>
<i>Η ιεραρχία.....</i>	<i>51</i>
<i>Η θεραπευτική αλλαγή σε σχέση</i>	
<i>με την δομή των συστημάτων.....</i>	<i>52</i>
<i>Τεχνικές ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού</i>	
<i>ή παρεμβάσεις ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού</i>	
<i>(Joining techniques).....</i>	<i>54</i>
<i>Η αναπαράσταση (enactment).....</i>	<i>56</i>
<i>Η εστίαση στην ισχύ (Focusing on Strengths).....</i>	<i>58</i>
<i>Η πολυπλοκότητα στα συστήματα.....</i>	<i>60</i>
<i>Η περιπλοκότητα (perplexity)</i>	
<i>στα συστήματα.....</i>	<i>60</i>
<i>Η οργάνωση στα συστήματα.....</i>	<i>61</i>
<i>Η προσαρμοστικότητα στα συστήματα.....</i>	<i>63</i>
<i>Η εξερεύνηση της οικογενειακής</i>	
<i>ιστορίας στα συστήματα.....</i>	<i>66</i>
<i>Η επανεμβίωση.....</i>	<i>69</i>
<i>Η αρχή της κυκλικής αιτιότητας</i>	
<i>στα συστήματα.....</i>	<i>70</i>
<i>Η ανάδραση στα συστήματα.....</i>	<i>72</i>
<i>Η ομοιόσταση στα συστήματα και</i>	
<i>Α΄ Κυβερνητική.....</i>	<i>74</i>
<i>Η ομοιόσταση στα συστήματα και</i>	
<i>Β΄ Κυβερνητική.....</i>	<i>80</i>
<i>Η αναπλαισίωση.....</i>	<i>82</i>
<i>Η θετική σημασιοδότηση</i>	
<i>(Positive connotation).....</i>	<i>85</i>
<i>Η Κυκλικότητα.....</i>	<i>87</i>
<i>Οι κυκλικές ερωτήσεις</i>	<i>89</i>
<i>Ο ισομορφισμός στα συστήματα.....</i>	<i>94</i>
<i>Η ισοτέλεια στα συστήματα.....</i>	<i>95</i>

<i>Τα ανοικτά και κλειστά συστήματα.....</i>	<i>97</i>
<i>Η θεραπευτική παρέμβαση της πρόκλησης.....</i>	<i>98</i>
<i>Η ανάπτυξη της Β΄ Κυβερνητικής.....</i>	<i>100</i>
<i>Η θεραπευτική παρέμβαση της αναστοχαστικής ομάδας.....</i>	<i>103</i>
<i>Η ενδεχομενικότητα στα συστήματα.....</i>	<i>104</i>
<i>Η αρνητική εντροπία στα συστήματα.....</i>	<i>105</i>
<i>Η ηνιόχηση στα συστήματα.....</i>	<i>105</i>
<i>Οι βασικοί άξονες και έννοιες στις οποίες στηρίζεται η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία σήμερα.....</i>	<i>108</i>
<i>Η θεραπευτική εμπλοκή στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.....</i>	<i>114</i>
<i>Οι φάσεις της θεραπευτικής εμπλοκής στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.....</i>	<i>114</i>
<i>Ο ρόλος του θεραπευτή στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία.....</i>	<i>119</i>
<i>Η Θεωρία Συστημάτων.....</i>	<i>122</i>
<i>Η θεραπευτικές παρεμβάσεις στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.....</i>	<i>122</i>
<i>Τα είδη των θεραπευτικών παρεμβάσεων.....</i>	<i>125</i>
<i>Οι εξωσυνεδριακές παρεμβάσεις.....</i>	<i>126</i>
<i>Οι ενδοσυνεδριακές παρεμβάσεις.....</i>	<i>128</i>
<i>Η αποτελεσματικότητα της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας.....</i>	<i>129</i>
<i>Τα κριτήρια της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας.....</i>	<i>130</i>
<i>Η θεραπευτική έκβαση γενικά στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία.....</i>	<i>132</i>
<i>Έρευνες θεραπευτικής έκβασης στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.....</i>	<i>133</i>
<i>Έρευνες έκβασης στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία για συγκεκριμένα είδη διαταραχής.....</i>	<i>133</i>

<i>Η έκβαση στις ψυχώσεις.....</i>	<i>134</i>
<i>Θεραπευτική έκβαση στην</i>	
<i>παραβατικότητα -διαταραχές συμπεριφοράς.....</i>	<i>136</i>
<i>Θεραπευτική έκβαση στις νευρώσεις.....</i>	<i>136</i>
<i>Θεραπευτική έκβαση στις διαταραχές διατροφής.....</i>	<i>137</i>
<i>Θεραπευτική έκβαση στην αντιμετώπιση</i>	
<i>της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών.....</i>	<i>137</i>
<i>Θεραπευτική έκβαση στην αντιμετώπιση του συνδρόμου και</i>	
<i>ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα.....</i>	<i>138</i>
<i>Θεραπευτική έκβαση στην αντιμετώπιση της κακοποίησης παιδιών,</i>	
<i>παραμέλησης και εναντιωτικής συμπεριφοράς.....</i>	<i>138</i>
<i>Θεραπευτική έκβαση στην αντιμετώπιση της</i>	
<i>κατάθλιψης και του πένθους.....</i>	<i>139</i>
<i>Θεραπευτική έκβαση στην αντιμετώπιση των δυσκολιών στις</i>	
<i>σχέσεις του ζεύγους.....</i>	<i>139</i>
<i>Έρευνες έκβασης οικογενειακών συστημικών θεραπειών με παιδιά,</i>	
<i>εφήβους και ενηλίκους.....</i>	<i>140</i>
<i>Θεραπευτική αποτελεσματικότητα συστημικής</i>	
<i>οικογενειακής ψυχοθεραπείας με παιδιά και εφήβους.....</i>	<i>140</i>
<i>Θεραπευτική αποτελεσματικότητα συστημικής</i>	
<i>οικογενειακής ψυχοθεραπείας σε ενηλίκους.....</i>	<i>141</i>
<i>Περιορισμοί ερευνών για θεραπευτική</i>	
<i>Αποτελεσματικότητα</i>	
<i>συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας.....</i>	<i>141</i>
<i>Η αποτελεσματικότητα της συστημικής οικογενειακής</i>	
<i>ψυχοθεραπείας σε σχέση με άλλες</i>	
<i>προσεγγίσεις οικογενειακής ψυχοθεραπείας.....</i>	<i>142</i>
<i>Οι έρευνες διαδικασίας.....</i>	<i>144</i>
<i>Κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες.....</i>	<i>145</i>
<i>Οι δραστικοί παράγοντες.....</i>	<i>147</i>
<i>Ενδοσυνεδριακά φαινόμενα.....</i>	<i>149</i>
<i>Οι τρεις βασικοί άξονες της θεραπευτικής διαδικασίας.....</i>	<i>151</i>
<i>Ο πρώτος άξονας: Η θεραπευτική σχέση.....</i>	<i>152</i>

<i>Η θεραπευτική συμμαχία.....</i>	<i>152</i>
<i>Η θεραπευτική συμμαχία και οι θεραπευόμενοι.....</i>	<i>153</i>
<i>Η θεραπευτική συμμαχία και οι θεραπευτές.....</i>	<i>155</i>
<i>Η θεραπευτική συμμαχία και η οικογενειακή ψυχοθεραπεία.....</i>	<i>156</i>
<i>Έκφραση και επεξεργασία συναισθημάτων.....</i>	<i>157</i>
<i>Ο δεύτερος άξονας: Οι έρευνες διαδικασίας και ενδοσυνεδριακά φαινόμενα.....</i>	<i>158</i>
<i>Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές.....</i>	<i>159</i>
<i>Ο τρίτος άξονας: Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις ως κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες.....</i>	<i>163</i>
<i>Θεραπευτικές παρεμβάσεις και θεραπευτική έκβαση.....</i>	<i>163</i>
<i>Θεραπευτικές παρεμβάσεις και εμφάνιση ενδοσυνεδριακών φαινομένων.....</i>	<i>164</i>
<i>Θεραπευτικές παρεμβάσεις και ενδοσυνεδριακή αλλαγή.....</i>	<i>166</i>
<i>Η στάση του θεραπευτή στη θεραπευτική διαδικασία.....</i>	<i>167</i>
<i>Έρευνες διαδικασίας στη συστημική ψυχοθεραπεία.....</i>	<i>169</i>
<i>Η αλλαγή στη συστημική ψυχοθεραπεία.....</i>	<i>169</i>
<i>Έρευνες για τη θεραπευτική σχέση και τη θεραπευτική συμμαχία στον χώρο της συστημικής ψυχοθεραπείας.....</i>	<i>169</i>
<i>Έρευνες διαδικασίας στη συστημική ψυχοθεραπεία για ενδοσυνεδριακά φαινόμενα.....</i>	<i>171</i>
<i>Έρευνες διαδικασίας στη συστημική και η επίδραση του θεραπευτή.....</i>	<i>172</i>
<i>Έρευνες διαδικασίας στη συστημική ψυχοθεραπεία και θεραπευτικές παρεμβάσεις.....</i>	<i>173</i>
<i>Συμπεράσματα.....</i>	<i>175</i>
<i>Τα ερευνητικά ερωτήματα.....</i>	<i>179</i>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΜΕΘΟΔΟΣ.....	181
Δείγμα.....	181
Περιορισμοί.....	184
Εργαλεία.....	187
1. Η Κλίμακα Βιωματικής Εμπλοκής (Patient Experiencing Scale).....	187
2. Η Κλίμακα Σημαντικών Ενδοσυνεδριακών Στιγμών (Category System Of Client Good Moments Scale).....	190
3. System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o)...	192
4. Κατάλογος Αναγνώρισης Συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.....	194
Διαδικασία.....	195
Οι κριτές.....	196
Η βιωματική κλίμακα.....	196
Η κλίμακα σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών.....	197
Η κλίμακα της θεραπευτικής συμμαχίας.....	199
Ο κατάλογος των συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.....	201
Δεδομένα και στατιστική ανάλυση.....	202

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	203
Επίπεδα Θεραπευτικής Συμμαχίας.....	207
Αξιοπιστία δεδομένων.....	208

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Συζήτηση.....	257
Εξέταση ερευνητικών ερωτημάτων.....	258
Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και η επίδρασή τους στις συστημικές ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες.....	258

<i>Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και εμφάνιση τους στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες της ΣΣΟΨ.....</i>	<i>274</i>
<i>Η αποκάλυψη σημαντικού υλικού στις συνεδρίες ΣΣΟΨ.....</i>	<i>274</i>
<i>Η εκφραστική επικοινωνία στις συνεδρίες ΣΣΟΨ.....</i>	<i>279</i>
<i>Η έκφραση συναισθήματος σε προσωπικές στιγμές στις συνεδρίες ΣΣΟΨ.....</i>	<i>283</i>
<i>Η μείωση συμπτωμάτων στις συνεδρίες ΣΣΟΨ.....</i>	<i>283</i>
<i>Η σχέση των θεραπευτικών παρεμβάσεων με την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών στις συνεδρίες ΣΣΟΨ.....</i>	<i>286</i>
<i>Η σχέση της κατηγορίας εκφραστική επικοινωνία» με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.....</i>	<i>289</i>
<i>Η σχέση της κατηγορίας νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.....</i>	<i>291</i>
<i>Η σχέση της κατηγορίας «μείωση συμπτωμάτων» με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.....</i>	<i>292</i>
<i>Η εμφάνιση της βιωματικής εμπλοκή των μελών της οικογένειας στις συνεδρίες ΣΣΟΨ.....</i>	<i>294</i>
<i>Η σχέση των θεραπευτικών παρεμβάσεων με την βιωματική εμπλοκή των μελών της οικογένειας στις συνεδρίες ΣΣΟΨ.....</i>	<i>296</i>
<i>Περιορισμοί.....</i>	<i>300</i>
<i>Η σχέση των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με την βιωματική εμπλοκή των μελών της οικογένειας στις συνεδρίες ΣΣΟΨ.....</i>	<i>301</i>
<i>Σύνοψη κυριότερων συμπερασμάτων.....</i>	<i>308</i>
<i>Βιβλιογραφία.....</i>	<i>313</i>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....364

<i>Περιληπτική εκδοχή της Βιωματικής κλίμακας.....</i>	<i>364</i>
<i>Κατάλογος θεραπευτικών παρεμβάσεων.....</i>	<i>365</i>
<i>Η κλίμακα των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών (περιληπτική εκδοχή)...</i>	<i>367</i>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....368

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1

Είδος διαταραχής στο δείγμα σε ποσοστά.....182

Πίνακας 2

Ποσοστά υποδεικνυόμενων ασθενών κατά ηλικία και φύλο.....183

Πίνακας 3

Συχνότητα δηλώσεων ανά οικογένεια.....204

Πίνακας 4

Στατιστική δηλώσεων ανά φάση θεραπείας.....205

Πίνακας 5

Συχνότητα και ποσοστό εμφάνισης θεραπευτικών παρεμβάσεων.....205

Πίνακας 6

Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές ανά κατηγορία
στο σύνολο των δηλώσεων.....206

Πίνακας 7

Βιωματική κλίμακα ποσοστά βαθμών για δηλώσεις θεραπευομένων.....207

Πίνακας 8

Οι δηλώσεις ανά οικογένεια.....208

Πίνακας 9

Τα ποσοστά εμφάνισης των θεραπευτικών παρεμβάσεων ανά χρονική φάση
θεραπείας σε θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση.....212

Πίνακας 10

Έλεγχος διαφοράς τιμών συστημικών παρεμβάσεων από την χρονική φάση και την
θεραπευτική έκβαση.....214

Πίνακας 11

Αριθμός δηλώσεων και ποσοστά σε αρχικές μεσαίες και τελικές
συνεδρίες.....219

Πίνακας 12

Ποσοστό εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών
στιγμών συνολικά στις συνεδρίες.....221

Πίνακας 13

Σημαντικές Ενδοσυνεδριακές Στιγμές ο δείκτης Phi 224

Πίνακας 14

Σημαντικές Ενδοσυνεδριακές Στιγμές η χ^2 ανάλυση.....228

Πίνακας 15

Σημαντικές Ενδοσυνεδριακές Στιγμές και θεραπευτικές
Παρεμβάσεις ο έλεγχος χ^2 232

Πίνακας 16

Έλεγχος διαφοράς τιμών phi μεταξύ παρεμβάσεων και σημαντικών
ενδοσυνεδριακών στιγμών.....236

Πίνακας 17.

Διακύμανση τιμών βιωματικής εμπλοκής.....241

Πίνακας 18.

Διακύμανση βιωματικής εμπλοκής ανά χρονική φάση θεραπείας και θεραπευτικής
έκβασης.....243

Πίνακας 19.

Επίδραση μεταξύ βαθμών βιωματικής εμπλοκής.....244

Πίνακας 20.

Ανάλυση διασποράς μονής κατεύθυνσης σε θεραπείες με θετική έκβαση.....246

Πίνακας 21.

Ανάλυση διασποράς μονής κατεύθυνσης σε θεραπείες με θετική και μη θετική
Έκβαση.....247

Πίνακας 22.

Ανάλυση διασποράς μονής κατεύθυνσης σε θεραπείες με μη θετική έκβαση.....248

Πίνακας 23.

Βιωματική εμπλοκή και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε χρονικές φάσεις θεραπείας
t test Ανεξαρτήτων Δειγμάτων.....251

Πίνακας 24.

Βιωματική εμπλοκή και σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές σε χρονικές φάσεις
θεραπείας, t-Test Ανεξαρτήτων
Δειγμάτων.....254

Πίνακας 25.

Ο αριθμός των οικογενειών σε σχέση με τον αριθμό συνεδριών τους.....368

Πίνακας 26.

Συχνότητες των K των κριτών μετά την ολομέλεια στην αξιολόγηση των
Σημαντικών Ενδοσυνεδριακών Τιμών.....369

Πίνακας 27.

Οι τιμές των K των κριτών μετά την ολομέλεια στην αξιολόγηση των Σημαντικών
ενδοσυνεδριακών στιγμών.....369

Πίνακας 28.

Οι τιμές του K πριν την ολομέλεια.....370

Πίνακας 29.

<u>Πριν την ολομέλεια των κριτών</u>	370

Πίνακας 30.

<u>Συχνότητες των Κ των κριτών πριν την ολομέλεια στην αξιολόγηση των Τεχνικών Συστημικής Παρέμβασης</u>	371

Πίνακας 31.

<u>Οι τιμές των Κ των κριτών πριν την ολομέλεια στην αξιολόγηση των Τεχνικών Συστημικής Παρέμβασης</u>	372

Πίνακας 32.

<u>Συχνότητες των Κ των κριτών μετά την ολομέλεια στην αξιολόγηση των Τεχνικών Συστημικής Παρέμβασης</u>	373

Πίνακας 33.

<u>Οι τιμές των Κ των κριτών μετά την ολομέλεια στην αξιολόγηση των Τεχνικών Συστημικής Παρέμβασης</u>	373

Πίνακας 34.

<u>Η αξιοπιστία των κριτών στην μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας με το SOFTA-e Η στατιστική εικόνα των τιμών της ενδοομαδικής συνάφειας icc πριν την ολομέλεια</u>	374

Πίνακας 35.

<u>Οι τιμές της ενδοομαδικής συνάφειας icc σε συνεδρίες αξιολόγησης αξιοπιστίας των κριτών πριν την ολομέλεια</u>	374

Πίνακας 36.

<u>οι στατιστικοί δείκτες της ενδοομαδικής συσχέτισης των κριτών μετά την ολομέλεια</u>	375

Πίνακας 37.

<u>οι τιμές της icc σε συνεδρίες αξιολόγησης αξιοπιστίας</u>	
<u>των κριτών μετά την</u>	
<u>ολομέλεια.....</u>	375

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

<u>Σχήμα 3.1. Συχνότητα και τα ποσοστά διακύμανσης της βαθμολογίας στη βιωματική</u>	
<u>κλίμακα.....</u>	242

ΣΥΝΟΨΗ

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί αντικείμενο έρευνας τα τελευταία 50 χρόνια. Έχει μελετηθεί επαρκώς η θεραπευτική αποτελεσματικότητά της και πλέον οι έρευνες έχουν στραφεί στην μελέτη των θεραπευτικών παραγόντων οι οποίοι την καθιστούν αποτελεσματική. Ανάμεσα στους παράγοντες που έχουν αναγνωρισθεί σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία, η εμφάνιση ενδοσυνεδριακά σημαντικών στιγμών.

Ως θεραπευτικές παρεμβάσεις θεωρούνται οι ενέργειες και ο τρόπος με τον οποίο ο θεραπευτής διαθέτει τον εαυτό του και το θεραπευτικό πλαίσιο, για να δράσει στη θεραπευτική διαδικασία (Guttman, 1986). Κάθε ενέργεια του θεραπευτή αποτελεί παρέμβαση (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008). Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις ενίοτε αποκτούν ένα χαρακτήρα περισσότερο εργαλειακό και τότε αναγνωρίζονται ως τεχνικές. Οι τεχνικές είναι παρεμβάσεις επαναλαμβανόμενες σταθερά με στερεότυπο συγκεκριμένο τρόπο και τυποποιημένες σε δομή και περιεχόμενο

Ως βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία ορίζεται η βιωματική εμπειρία η οποία αναφέρεται στην ποιότητα της συμμετοχής ενός προσώπου στην θεραπευτική διαδικασία (Rogers, 1959). Με τον όρο ποιότητα εννοείται η έκταση με την οποία ο θεραπευόμενος καθιστά θέμα της προσοχής του εσωτερικές αυτοαναφορές, καθώς και τον βαθμό της προσπάθειας να εμβαθύνει και να επεκτείνει αυτά τα εσωτερικά δεδομένα-αυτοαναφορές.

Ως σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές ορίζονται συμπεριφορές, γεγονότα, ή επεισόδια τα οποία προκύπτουν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και έχουν αναγνωρισθεί ως σημαντικές για τη θεραπευτική διαδικασία και την θεραπευτική αλλαγή (Mahrer, & Nadler, 1986).

Αυτή η πορεία ερευνών έχει ακολουθηθεί με αξιοσημείωτη χρονική καθυστέρηση και στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Στόχος της παρούσας διατριβής είναι να μελετήσει αυτές τις μεταβλητές ως προς την σχέση τους με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα και την αμοιβαία αλληλεπίδραση στην συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Η συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία (Integrative), είναι ένα μοντέλο εκλεκτικό ως προς το είδος των παρεμβάσεων και ως προς τις θεωρητικές

παραδοχές του. Αυτό το μοντέλο μένει πιστό στη συστημική κατανόηση της δυναμικής της οικογένειας, και στις βασικές αρχές της θεωρίας συστημάτων και των θεωριών της επικοινωνίας, οι οποίες αποτελούν κοινό τόπο κάθε συστημικής σχολής (Nichols, 1986) και χρησιμοποιεί μια σύνθεση παρεμβάσεων χαρακτηριστικών διαφορετικών σχολών.

Είναι η πρώτη φορά που διενεργείται τέτοια έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό και η πρώτη φορά παγκόσμια που μελετάται στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία συνδυαστικά η συμπεριφορά και η επίδραση των μεταβλητών αυτών στην θεραπευτική διαδικασία και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία επιχειρεί να αποκτήσει μια κατανοητή εικόνα των δυναμικών της οικογένειας, των πολύπλοκων αμοιβαίων κυκλικών αναδραστικών αλληλεπιδράσεων όλων των μελών και των επιπτώσεων αυτών των αλληλεπιδράσεων στην εμφάνιση της λεγόμενης «ομαλής» και «διαταραγμένης» συμπεριφοράς (Sanders & Dadds, 1993). Οι συστημικοί οικογενειακοί ψυχοθεραπευτές αναγιγνώσκουν την ψυχοπαθολογία του ατόμου ως αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας του συστήματος και την συνδέουν με την εσωτερική δυναμική του συστήματος και την επικοινωνιακή στρέβλωση εντός του συστήματος στο οποίο το άτομο μετέχει. Η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία πραγματοποιεί αλλαγή εστίασης από το άτομο στο σύστημα για την κατανόηση της ατομικής ψυχοπαθολογίας.

Η κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας προϋποθέτει την αναλυτική αναφορά στις θεωρίες και τα αξιώματα της επικοινωνίας (Bateson, 1956; Watzlawick, Bavelas, Jackson, 1967) και στις αρχές της θεωρίας των συστημάτων. Η συστημική σκέψη και κατά επέκταση και η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε σε δύο χρονολογικές και θεωρητικές φάσεις οι οποίες ορίστηκαν από την επιστημολογία της Α΄ Κυβερνητικής και της Β΄ Κυβερνητικής. Με την επιστημολογία της Α΄ Κυβερνητικής αναπτύχθηκαν θεραπευτικές σχολές όπως η δομική σχολή (Minuchin, 1974), η στρατηγική (Madanes, 1981), η σχολή του Μιλάνο (Palazzoli-Selvini, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980α), η συνθετική με τις διάφορες εκδοχές της (Nichols, & Evertett, 1986; Byng-Hall, *et al.*, 1996). Η Β΄ Κυβερνητική η οποία ενέπνευσε τους κοινωνικούς κονστρουκτιβιστές (Goolishian & Anderson, 1988), τους κονστρουκτιβιστές (Boscolo & Bertrando, 1996) και την αφηγηματική θεραπεία (White & Epston, 1990), τη συγκατασκευαστική σχολή (Keeney, 1983; Hoffman, 1990), καθώς και τη σχολή του Μιλάνο, η οποία ήταν η πρώτη

πρωτοκυβερνητική σχολή, η οποία αφομοίωσε τις έννοιες της Β΄ Κυβερνητικής και αφομοιώθηκε από αυτές.

Οι πρωτοκυβερνητικοί τύποι οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας αλλά και οι δευτεροκυβερνητικοί παρά τις επί μέρους διαφοροποιήσεις τους έχουν κοινή ανάγνωση του τι είναι θεραπευτική αλλαγή και όλες στηρίζουν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις τους στα αξιώματα και τις θεωρίες της επικοινωνίας και τις αρχές των συστημάτων.

Η συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι ένας τύπος συστημικής ψυχοθεραπείας ο οποίος επιστημολογικά εμπνέεται από την Α΄ Κυβερνητική και έχει ενσωματώσει ανανεωτικές επιρροές της Β΄ Κυβερνητικής.

Ο βασικός στόχος του οικογενειακού συστημικού θεραπευτή είναι η συμμετοχή του στη δημιουργία μιας δεύτερης τάξης αλλαγής στο σύστημα το οποίο προσφεύγει στις θεραπευτικές υπηρεσίες του. Δεν επιδιώκει την επαναφορά του συστήματος στην πριν από την εμφάνιση του συμπτώματος κατάσταση. Για να επέλθει η δεύτερης τάξης αλλαγή, η θεραπευτική στόχευση επικεντρώνεται στην εμφάνιση νέων μοντέλων συμπεριφοράς, νέων οικογενειακών δομών, στην ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και στην αναπροσαρμογή των κανόνων οι οποίοι ρυθμίζουν τον τρόπο συμπεριφοράς, αντίληψης και σκέψης. Επιδιώκεται ακόμη η βελτίωση της επικοινωνίας, η μετατροπή του συστήματος σε ένα ανοικτό σύστημα, με ό,τι συνεπάγεται για τη ροή της πληροφορίας και τα χαρακτηριστικά της επικοινωνίας, και τέλος η λειτουργικότερη και πλαστικότερη προσαρμογή του συστήματος στις απαιτήσεις οι οποίες προκύπτουν από τις φάσεις του κύκλου ζωής της οικογένειας.

Για την επίτευξη της θεραπευτικής αλλαγής ο συστημικός θεραπευτής καλείται να διερευνήσει τη σχέση συμβάντων και συμπτώματος, καθώς και τη σχέση διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων και συμπτώματος. Αναπτύσσει τον θεραπευτικό διάλογο, μέσα από τον οποίο εστιάζει στη σχέση την οποία έχουν τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές με το πλαίσιο μέσα στο οποίο εκτυλίσσονται. Από το υλικό του θεραπευτικού διαλόγου προκύπτει η ανάδυση περισσότερων από μίας σημασίες του συμπτώματος, οι οποίες αφορούν στο σύστημα –πλάισιο, οικογενειακό, σχολικό ή άλλο. Η νέα σημασιοδότηση του συμπτώματος και η απότοκη διεργασία της από τα μέλη της οικογένειας αναμένεται ότι θα ευοδώσει την υιοθέτηση εναλλακτικών στάσεων και συμπεριφορών, οι οποίες με τη σειρά τους θα

οδηγήσουν στην ύφεση ή εξάλειψη του συμπτώματος, ως περιττού πλέον στοιχείου για τη λειτουργία του συστήματος (Τομαράς, 2001).

Οι συστημικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι τα καθήκοντα τα οποία ανατίθενται στους θεραπευόμενους (task's), οι αναθέσεις εργασιών για το σπίτι, οι απευθείας αλληλεπιδράσεις ή η χρήση μεταφορών ή ανέκδοτων ιστοριών. Οι παρεμβάσεις συχνά αποτελούν την ανακεφαλαίωση της συνεδρίας, ή τον εντοπισμό του κεντρικού θέματος το οποίο ο θεραπευόμενος ή η οικογένεια έθεσαν στη συνεδρία και τέλος την εισαγωγή δράσεων (task) για την οικογένεια (Wayne, 1989).

Ο στόχος των παρεμβάσεων, είναι κυρίως η επέμβαση στο σύστημα πεποιθήσεων στη δομή του συστήματος και στα διαγενεϊκά σχήματα αλληλεπιδραστικής συμπεριφοράς.

Οι παρεμβάσεις οι οποίες αναπτύσσονται εξολοκλήρου ενδοσυνεδριακά απασχόλησαν αυτήν την έρευνα ιδιαίτερα, και αποτελούν μία από τις μεταβλητές οι οποίες διερευνήθηκαν.

Τέτοιες ενδοσυνεδριακές παρεμβάσεις είναι :

1. Τεχνικές ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού (Joining techniques) (Simon, Stierlin, & Wynne, 1985).
2. Οι κυκλικές ερωτήσεις (Circular Questioning). (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987).
3. Εστίαση στην ισχύ (Focusing on Strengths) (Byng-Hall, Campbell, & Papadopoulos, 1996).
4. Η αναπλαισίωση (Reframing techniques) (Byng-Hall *et al.*, 1996).
5. Θετική σημασιοδότηση (Positive connotation) (Simon *et al.*, 1985).
6. Εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας (Byng-Hall *et al.*, 1996).
7. Η αναπαράσταση (enactment) (Byng-Hall *et al.*, 1996).
8. Τεχνικές πρόκλησης (Byng-Hall *et al.*, 1996).
9. Η παράδοση παρέμβαση: Οδηγίες παράδοξης - κυκλικές (Byng-Hall *et al.*, 1996).
10. Η Επανεμβίωση (Carr, 1995).

Η ΣΣΟΨ έχει μελετηθεί ως προς την αποτελεσματικότητά της και έχει βρεθεί αποτελεσματική όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους (Cottrell & Boston, 2002; Carr, 2000a) και τους ενήλικους (Asen, 2002; Carr, 2000b; Sprenkle, 2002) ενώ έχει φανεί το ίδιο αποτελεσματική με άλλους τύπους ψυχοθεραπείας (Hazerlringg, Cooper, & Borduin, 1987; Shadish & Baldwin, 2003; Shadish, Montgomery, Wilson, Wilson, Bright, & Okwumabua, 1993; Weissman & Sanderson, 2002).

Οι έρευνες έχουν ενισχύσει την άποψη ότι οι βασικότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις (ψυχαναλυτική, γνωσιακή, συμπεριφορική, βραχεία ψυχοδυναμική, βιωματική, οικογενειακή) είναι θεραπευτικά αποτελεσματικές και μάλιστα μεταξύ τους περίπου ισοδύναμες πρακτική (Gordon & Toukmanian, 2002; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975 ;Smith & Glass, 1977). Φάνηκε λογικό στους ερευνητές, ως συμπέρασμα των ευρημάτων, ότι κάποια κοινά χαρακτηριστικά στις περισσότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να συντελούν σε ένα σημαντικό μέρος του ευεργετικού αποτελέσματος της θεραπείας (Sprenkle & Blow, 2004). Αυτά τα ευρήματα έστρεψαν την έρευνα για την ψυχοθεραπεία σε νέα κατεύθυνση: στην μελέτη της θεραπευτικής διαδικασίας και ειδικότερα στην αναγνώριση των δραστικών παραγόντων και στην επίδρασή τους στο θεραπευτικό γίγνεσθαι, ώστε να ερευνηθούν ερωτήματα σχετικά με τον λόγο και τον τρόπο της αποτελεσματικής δράσης της ψυχοθεραπείας. Το σκεπτικό των ερευνών διαδικασίας είναι εστιασμένο στην κατανόηση της διαδικασίας η οποία βοηθά στην ανάπτυξη των "δραστικών στοιχείων" ή θεραπευτικών παραγόντων οι οποίοι αναδύονται (Stalikas & Fitzpatrick, 1995).

Ως κοινοί δραστικοί παράγοντες εξετάστηκαν οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές (Stalikas & Fitzpatrick, 1995), όπως η ενσυναίσθηση, η ενόραση, η ζεστασιά στην επικοινωνία, η κάθαρση, η απόκτηση και εφαρμογή νέων συμπεριφορών, αλλά και άλλα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα, όπως η έκφραση δυνατού συναισθήματος και η θεραπευτική σχέση και η βιωματική εμπλοκή.

Οι μελετητές της οικογενειακής ψυχοθεραπείας ασχολήθηκαν με το θέμα των κοινών θεραπευτικών παραγόντων διαπιστώνοντας την ύπαρξή τους και στις οικογενειακές ψυχοθεραπείες. (Sexton, Ridley, & Kleiner, 2004; Sprenkle & Blow, 2004).

Αρκετοί δραστικοί παράγοντες είναι και κοινοί, αφού απαντώνται σε όλων των προσεγγίσεων τις επιτυχείς ψυχοθεραπείες (Frank & Frank, 1991). Οι ίδιοι παράγοντες αναγνωρίστηκαν και στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία (Miller, Duncan, & Hubble, 1997). Ο Thomas (2006) επιβεβαίωσε ότι και στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία η αναλογία των παραγόντων οι οποίοι συμβάλουν στην θεραπευτική αποτελεσματικότητα είναι περίπου αυτή που βρήκαν οι Lambert και Barley (2002) στην ατομική ψυχοθεραπεία.

Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο μελετήθηκε η θεραπευτική διαδικασία, ώστε να επιτευχθεί η κατανόηση του τι πραγματικά συμβαίνει κατά την διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας, είναι μέσα από την αναγνώριση και τη μελέτη σημαντικών

ενδοσυνεδριακών στιγμών και της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία.

Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, όταν εμφανίζονται, θεωρούνται δείκτες αλλαγής και θεραπευτικής προόδου (Elliott, 1983,1983; Greenberg, 1984; Horowitz, 1987; Mahrer, 1985, 1988).

Οι ερευνητές οι οποίοι έχουν μελετήσει τη θεραπευτική διαδικασία έδωσαν μεγάλη έμφαση σε τρεις βασικούς άξονες. Ο ένας είναι η θεραπευτική σχέση και ειδικότερα ο παράγοντας θεραπευτική συμμαχία. Ερεύνησαν πώς αυτή εγκαθιδρύεται, συντηρείται, τραυματίζεται και αποκαθίσταται. Ο δεύτερος άξονας είναι η εμφάνιση διαφόρων ενδοσυνεδριακών φαινομένων και η σχέση τους με τις διάφορες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και τη θεραπευτική έκβαση. Τέλος ο τρίτος άξονας είναι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Και οι τρεις άξονες είναι ικανοποιητικά μελετημένοι όσον αφορά τις ατομικού τύπου ψυχοθεραπείες. Συσχετίστηκε θεραπευτική συμμαχία με τη θεραπευτική έκβαση και με τη θεραπευτική διαδικασία σε διαφορετικούς τύπους ψυχοθεραπείας (Alexander, Barton, Schiavo, & Parsons, 1976; Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, & Forgatch, 1984; Holtzworth-Munroe, Jacobson, DeKlyen, & Whisman, 1989; Shields, Sprenkle & Constantine, 1991) και με την ικανότητα του θεραπευόμενου να αναπτύσσει θεραπευτική συνεργασία (Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990; Friedlander, Heatherington, Johnson, & Skowron, 1994a; Heatherington & Friedlander, 1990b; Holtzworth-Munroe, Jacobson, De Klyen, & Whisman, 1989; Holloway, Wampold, & Nelson, 1990).

Ο δεύτερος άξονας έχει μελετηθεί σε ατομικού τύπου ψυχοθεραπείες όσον αφορά τις μεταβλητές βιωματική εμπλοκή και σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές. Αρκετά ερευνητικά ευρήματα συνέδεσαν τη βιωματική εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία με τη θετική θεραπευτική έκβαση (Greenberg, Elliott, & Lietaer, 1994; Karon & Vandenbos, 1970; Karon & O'Grady, 1969; Kiesler, 1971) και την θετική και παραγωγική θεραπευτική διαδικασία της θεραπευτικής διεργασίας (Fitzpatrick, Peterelli, Stalikas, Iwakabe, 1999; Mahrer, White, Howard & Lee, 1991; Mahrer, Lawson, Stalikas & Schachter, 1990; Stalikas & Fitzpatrick, 1995). Εξάλλου οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές έχουν εξ ορισμού συνδεθεί με θετική θεραπευτική έκβαση (Boulet, Sterner, Irit, 1993; Foa & Kozak, 1991; Mahrer, Lawson, Stalikas, Schachter, 1990; Mahrer, & Nadler, Gervais, P., Markow 1986; Nagrant, 2006; Stalikas & Fitzpatrick, 1995; Taurke, Flegenheimer, McCullough,

Winston, Pollack, & Trujillo, 1990). Έρευνες έδειξαν ότι η εμφάνιση ενδοσυνεδριακών αλλαγών εξηγεί ένα μικρό μέρος του άμεσου θεραπευτικού αποτελέσματος (Elliott, Barker, Caskey, & Pistrang, 1982; Hill, 1990) και αυτό είναι αρκετό για να ληφθεί σοβαρά υπόψη η αξία τους για την έρευνα διαδικασίας. Ο τρίτος άξονας είναι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η επίδραση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και του θεραπευτικού μοντέλου εξηγούν το 15% του θεραπευτικού αποτελέσματος (Lambert & Barley, 2002). Μερικές έρευνες μελέτησαν τη σχέση των παρεμβάσεων του θεραπευτή και της εμφάνισης ενδοσυνεδριακών αλλαγών στον θεραπευόμενο και βρήκαν ότι μερικές παρεμβάσεις συντελούν στην εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών (Clarke, & Greenberg, 1986; Elliot, 1983b; Elliott, James, Reimschuessel, Cislo, & Sacks, 1985; Fitzpatrick, Hill, Carter, & O'Farrell, 1983; Greenberg & Dompierre, 1981; Lichtenberg & Barke, 1981; Martin, Martin, & Slemon, 1989; Stalikas, Iwakabe, 2001; Wampold & Kim, 1989;). Σε άλλες έρευνες μελετήθηκε ο τρόπος παρέμβασης του θεραπευτή ο οποίος προηγείται της εμφάνισης ενδοσυνεδριακών αλλαγών (Elliott, 1983b; Friedlander & Phillips, 1984; Garduk & Haggard, 1972; Grater & Claxton, 1976; Han Gi Baeg, 2004; Hill & O'Grady, 1985; Stuart, 1997). Οι τρεις άξονες οι οποίοι σχετίζονται με τη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής και της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας έχουν μελετηθεί ικανοποιητικά όσον αφορά τις ατομικές ψυχοθεραπείες.

Δεν έχουν μελετηθεί όμως επαρκώς ή και καθόλου όσον αφορά την συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Ο πρώτος άξονας έχει μελετηθεί περισσότερο από τους άλλους. Ο Carr (2006) υποστηρίζει ότι, η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και υποστήριξης μεταξύ των μελών της οικογένειας και της οικογένειας στο σύνολο είναι ουσιαστική για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Οι Sprenkle και Blow (2004) υποστηρίζουν ότι, στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι ένας από τους βασικούς θεραπευτικούς παράγοντες είναι η ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας και ότι έχει βρεθεί θετική συσχέτιση του επιπέδου της θεραπευτικής συμμαχίας με την θετική θεραπευτική έκβαση (Gurman, Kniskern, & Pinsof, 1986; Johnson & Greenberg, 1985; Pinsof & Catherall, 1986).

Όσον αφορά τον δεύτερο άξονα για τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα όπως η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στην θεραπευτική διαδικασία υπάρχουν ελάχιστες έρευνες, οι οποίες έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση της βιωματικής εμπλοκής με τη θεραπευτική επιτυχία ή τη θεραπευτική εξέλιξη (Johnson & Greenberg, 1988; Lewis

& Beck, 1983), ενώ για τις σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές δεν υπάρχουν έρευνες.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι ο τρίτος άξονας. Οι εξαιρετικά ολίγες έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν, για να μελετηθεί η επίδραση των παρεμβάσεων συστημικής θεραπευτικής παρέμβασης στη θεραπευτική διαδικασία, έδειξαν συμπερασματικά ότι, συσχετίζεται η θετική θεραπευτική έκβαση με την παρέμβαση του θεραπευτή, η οποία εστιάζει και αναδεικνύει τα ισχυρά σημεία και τις ικανότητες για επίλυση προβλημάτων της οικογένειας (Berg & De Jong, 1996; Gingerich & Eisengart, 2000; Kim, 2006). Έδειξαν επίσης ότι το κάθε είδος θεραπευτικής παρέμβασης προκαλεί διαφορετικά ενσυνεδριακά φαινόμενα: Με τις κυκλικές ερωτήσεις βελτιώνεται η θεραπευτική συμμαχία (Dermot & Carr, 2001), ενώ με την αναπλαισίωση και τις παρεμβάσεις ενίσχυσης του θεραπευτικού δεσμού ενισχύεται η θεραπευτική συμμαχία (Chamberlain, *et al.*, 1984; Patterson & Forgatch, 1985; Brown - Standridge & Piercy, 1988; Newberry, Alexander, & Turner, 1991). Η θεραπευτική συμμαχία δεν επηρεάζεται αρνητικά από τη θεραπευτική παρέμβαση του παράδοξου (Conoley & Beard, 1984; Conoley & Garber, 1985; Feldman, Strong, & Danser, 1982; Lopez & Wambach, 1982; Newton & Dowd, 1990; Perrin & Dowd, 1986;) Η θετική σημασιοδότηση συσχετίζεται θετικά με τη θετική θεραπευτική έκβαση (Gordon & Horvath, 1997).

Συμπερασματικά αυτά τα ευρήματα είναι σημαντικά διότι υποδεικνύουν ότι και στις συστημικές οικογενειακές ψυχοθεραπείες αυτοί οι τρεις παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο ως προς τη θεραπευτική έκβαση και ως προς τη δραστηριότητα για τη θεραπευτική εξέλιξη της ψυχοθεραπείας. Όμως είναι ελάχιστες οι έρευνες και συνεπώς τα επιστημονικά ερωτήματα τα οποία ανακύπτουν για το αντικείμενο της θεραπευτικής διαδικασίας σε καμιά περίπτωση δεν απαντώνται επαρκώς.

Η βιβλιογραφική έρευνα αποκάλυψε επίσης την εμφανή έλλειψη ερευνών σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο συντελείται η θεραπευτική αλλαγή στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Δεν έχει μελετηθεί επαρκώς σ' αυτή ο ρόλος των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής, ούτε η σχέση τους με την εμφάνιση θεραπευτικών φαινομένων, όπως τα διάφορα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα και η θεραπευτική έκβαση.

Πιο συγκεκριμένα δεν έχει καθόλου μελετηθεί ποιος είναι ο ρόλος της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία ειδικά στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Ποιες και με ποιον τρόπο ακριβώς οι θεραπευτικές παρεμβάσεις συνδέονται με την βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στην θεραπευτική διαδικασία αλλά και με ποιο τρόπο η βιωματική εμπλοκή και οι συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις σχετίζονται με την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών.

Δεν έχει μελετηθεί η σχέση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών και της θεραπευτικής έκβασης. Σε αυτή την διατριβή επιχειρείται να μελετηθούν στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία οι σημαντικότεροι δραστικοί παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με τη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής, ώστε να γίνει φανερός ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν αυτοί οι παράγοντες. Ειδικότερα μελετήθηκαν οι αλληλεπιδράσεις των θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες είναι χαρακτηριστικές της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας, ως προς την σχέση τους με τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και της εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών. Οι μεταβλητές αυτές μελετήθηκαν και σχετικά με την εμφάνιση και επίδρασή τους στη θεραπευτική έκβαση αλλά και στην αλληλεπίδρασή τους κατά τη χρονική εξέλιξη της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.

Για τη διερεύνηση των παραπάνω ερευνητικών ερωτημάτων επιλέχθηκε ένα δείγμα το οποίο αποτελείται από μαγνητοσκοπημένες θεραπευτικές συνεδρίες συνθετικής συστημικής προσέγγισης είκοσι (20) οικογενειών. Εδώ πρέπει να επισημανθεί ότι οι δέκα (10) από αυτές τις οικογένειες επιλέχθηκαν με κριτήριο την επιτυχή θεραπευτική έκβαση και οι υπόλοιπες δέκα (10) τη μη επιτυχή θεραπευτική έκβαση. Από το σύνολο των συνεδριών τις οποίες πραγματοποίησε η οικογένεια χρησιμοποιήθηκαν τρεις (3) ολόκληρες συνεδρίες από κάθε οικογένεια. Οι συνεδρίες επιλέχθηκαν από την αρχική, τη μεσαία και την τελική χρονική φάση της θεραπείας. Ο συνολικός αριθμός συνεδριών θεραπείας για κάθε οικογένεια κυμάνθηκε από τρεις (3) έως εικοσιέξι (26). Συνολικά μελετήθηκαν 60 θεραπευτικές συνεδρίες, τριάντα (30) με θετική θεραπευτική έκβαση και τριάντα (30) με μη θετική θεραπευτική έκβαση. Οι υπό θεραπεία οικογένειες μετείχαν στις συνεδρίες εξαιτίας της ύπαρξης ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων σε κάποιο μέλος τους, το οποίο αναφέρεται ως υποδεικνυόμενος ασθενής ή Index Person, (IP).

Στην έρευνα αυτή επιλέχθηκαν οικογένειες των οποίων κάποιο μέλος αναγνωριζόταν ως ασθενής με συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία (δυσθυμία, ψυχογενή ανορεξία, αγχώδεις εκδηλώσεις αλλά και μείζονα ψυχοπαθολογία, όπως ψυχώσεις και συναισθηματικές διαταραχές).

Το ποσοστό των μελών του δείγματος τα οποία είχαν περισσότερες από μία διαγνώσεις ήταν σε σύνολο 20 υποδεικνυόμενων ασθενών 5%, ενώ με μία μόνο διάγνωση ήταν το 95% .

Σε μία οικογένεια υπήρχαν δύο ενδεικνυόμενοι ασθενείς. Το ποσοστό των υποδεικνυόμενων ασθενών κατά φύλο και ηλικία είναι αγόρι 45,45%, κορίτσι 36,33% άνδρας 13,63% και γυναίκα 4,55% .

Προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία επιλέχθηκε η Βιωματική Κλίμακα (Patient Experiencing Scale). Αυτή η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές έρευνες ως εργαλείο καταγραφής και μέτρησης της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας (Barkham & Shapiro, 1986; Iwakabe, 2004; Lewis & Beck, 1983; O'Farrell, Hill & Patton, 1986; Maher, Stalikas, Boissoneault, Trainor, Pilloud, 1990; Stalikas & Fitzpatrick, 1995; Stalikas, & Fitzpatrick, 1996; Stuart, 1997).

Προκειμένου να αναγνωρισθεί και να μετρηθεί το είδος των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Σημαντικών Ενδοσυνεδριακών Στιγμών (Category System Of Client Good Moments Scale). Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε πληθώρα ερευνών ως εργαλείο καταγραφής της εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας.

Για να αναγνωρισθούν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι χαρακτηριστικές της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας, χρησιμοποιήθηκε ένας κατάλογος αναγνώρισης και καταγραφής των συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Η κατασκευή του καταλόγου αυτού στηρίχτηκε σε ανάλογο εργαλείο, το Manual Systems Integrative Family Therapy (SIFT) των Byng'Hall, Campell, Papadopoulos (1996), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί για έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας σε οικογένειες με μέλος- παιδί καταθλιπτικό. Επίσης στηρίχτηκε συμπληρωματικά στο The Language of Family

Therapy των Simon, Stierlin, Wynne (1985) και στο Interventive interviewing: Part 2. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing του Tom (1987).

Προκειμένου να εξασφαλισθεί ότι στις συνεδρίες του δείγματος έχει εγκαθιδρυθεί καλή θεραπευτική συμμαχία χρησιμοποιήθηκε, το System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) (Friedlander, Escudero, Heartherington, Deihl, Field, Lehman, McKee, & Cutting, 2004). Πρόκειται για ένα πανθεωρητικό εργαλείο μέτρησης της θεραπευτικής συμμαχίας σε ψυχοθεραπείες οικογενειών και ζευγαριών οποιουδήποτε τύπου στο οποίο χρησιμοποιούνται κριτές-παρατηρητές.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στους χώρους δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος της Αττικής, το οποίο διαθέτει μονάδα οικογενειακής ψυχοθεραπείας.

Όλα τα εργαλεία αυτής της έρευνας ήταν κλίμακες κριτών. Υπήρξε μέριμνα ώστε οι κριτές να εκπληρούν τα κριτήρια εκπαίδευσης και εμπειρίας τα οποία προϋπέθεταν οι κατασκευαστές των εργαλείων ώστε να υπάρχει εγκυρότητα και αξιοπιστία στις κρίσεις τους. Επειδή τα ερευνητικά ερωτήματα λαμβάνουν αξιόπιστη απάντηση μόνο αν εξασφαλισθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των απαντήσεων των κριτών ελέγχθηκαν ως προς αυτές. Πράγματι επιτεύχθηκε εξαιρετική αξιοπιστία των κριτών σε όλα τα εργαλεία ώστε τα ευρήματα να είναι αξιόπιστα και έγκυρα. Οι κριτές στην βιωματική κλίμακα είχαν βαθμό αξιοπιστίας υψηλό ο οποίος υπολογίστηκε με τις τιμές του δείκτη R of Ebel οι οποίες διακυμάνθηκαν ως εξής: η μέγιστη 0,98 και η ελάχιστη 0,90, ενώ ο μέσος όρος ήταν 0,96 με τυπική απόκλιση 0,008 και 0,92 ήταν η επικρατούσα τιμή. Οι τιμές αυτές υποδηλώνουν εξαιρετικά υψηλή αξιοπιστία συμφωνίας των κριτών, δεδομένου ότι στη διεθνή ερευνητική πρακτική θεωρείται καλός βαθμός αξιοπιστίας το 0,50 (Klein, Mathieu-Coughlan, & Kiesler, 1986). Για την κλίμακα σημαντικών ενδοσυνεδριακών τιμών χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης k του Cohen και η διακύμανση στη μεταξύ κριτών αξιοπιστία ήταν $k = 0,90 - 1,000$ με επικρατούσα τιμή 1, διάμεσο 1, μέσο όρο = 0,98, διακύμανση 0,0005 και τυπική απόκλιση 0,024. Οι τιμές αυτές υποδηλώνουν υψηλή αξιοπιστία, δεδομένου ότι ο δείκτης k του Cohen στην ερευνητική πρακτική θεωρείται καλός όταν είναι πάνω από 0,70 (Altman, 1991; Fleiss, 1981; Steiner & Norman, 1995). Για την μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας η μεταξύ των κριτών αξιοπιστία υπολογίστηκε με τον δείκτη icc και η διακύμανση στην μεταξύ των κριτών αξιοπιστία ήταν $icc = 0,78-0,98$ με διάμεσο 0,98, επικρατούσα τιμή = 0,98, μέσο όρο 0,95 και τυπική απόκλιση 0,063. Οι τιμές αυτές υποδηλώνουν εξαιρετική αξιοπιστία (Nunnally, 1978; Steiner

& Norman, 1995). Για τον εντοπισμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων η αξιοπιστία των κριτών οι οποίοι αξιολόγησαν με βάση τον κατάλογο συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων υπολογίστηκε βάσει του δείκτη Kappa του Cohen. Στην μετά τη συμφωνία φάση η διακύμανση στη μεταξύ κριτών αξιοπιστία ήταν $k = 0,68-1,000$ με επικρατούσα τιμή 1, διάμεσο 0,92, μέσο όρο = 0,90, διακύμανση 0,0093 και τυπική απόκλιση 0,096. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι οι κριτές είχαν καλή αξιοπιστία. Οι αναλύσεις επιβεβαίωσαν την εμφάνιση όλων των θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες κατά κύριο λόγο πραγματοποιούνται στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία και μπορούν να θεωρηθούν ότι είναι χαρακτηριστικές αυτού του τύπου ψυχοθεραπείας. Όλες οι παρεμβάσεις οι οποίες ερευνώνται σε αυτή τη μελέτη αναγνωρίστηκαν στις συνεδρίες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση και μάλιστα και στις τρεις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας, την αρχική, τη μεσαία και την τελική. Βέβαια μερικές από τις θεραπευτικές εμφανίζονται ποσοτικά διαφοροποιημένες στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την έκβαση και τη χρονική φάση της ψυχοθεραπείας.

Συνοπτικά σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα μπορεί να ειπωθεί ότι στη ΣΣΟΨ οι θεραπευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται σε όλη τη χρονική έκταση της θεραπείας και σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη θεραπευτική έκβαση, αλλά το ποσοστό εμφάνισης σε διάφορες χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας και η επίδραση της εμφάνισής τους στη θεραπευτική έκβαση διαφέρει ανάλογα με το είδος της παρέμβασης. Αναλυτικότερα, η παρέμβαση ενίσχυσης του θεραπευτικού δεσμού μπορεί να συνδεθεί με την άμεση πρόκληση θετικής ή μη θετικής θεραπευτικής έκβασης, και μπορεί να σχετισθεί με τη συγκράτηση της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία, ώστε να της δοθούν στη χρονική εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας ευκαιρίες για θεραπευτική αλλαγή. Το αποτέλεσμα αυτό διαφοροποιείται ανάλογα με το σημείο της χρονικής φάσης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας στο οποίο πραγματοποιείται αυτή η θεραπευτική παρέμβαση.

Η παρέμβαση των κυκλικών ερωτήσεων δεν, συνδέεται με την επιτυχή θεραπευτική έκβαση. Η παρέμβαση της αναπλαισίωσης /θετικής σημασιολόγησης, όταν πραγματοποιείται σε οποιαδήποτε φάση της ψυχοθεραπείας, συνδέεται με θετική θεραπευτική έκβαση. Η θεραπευτική παρέμβαση των γενογραμματικών ερωτήσεων πραγματοποιείται στατιστικά σημαντικά περισσότερο σε συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση στο χρονικό μέσο της ψυχοθεραπείας. Τέλος η επίδραση της εστίασης στην ισχύ σχετίζεται με θετική θεραπευτική έκβαση σε συνεδρίες οι οποίες

πραγματοποιούνται προς το χρονικό τέλος της ψυχοθεραπείας. Η επίπτωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων έχει μελετηθεί στη συστημική ψυχοθεραπεία ως εργαλείο μείωσης της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία (Brown & Hyphen, Standridge & Piercy, 1988; Chamberlain *et al.*, 1984; Newberry, Alexander, & Turner, 1991; Patterson & Forgatch, 1985), ως μεταβλητή η οποία οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας (Conoley & Scheel, 1998; Dermot & Carr, 2001; Dozier, Hicks, Cornille, Peterson, 1998), ως μέσον επίτευξης θετικών θεραπευτικών αποτελεσμάτων και θεραπευτική αλλαγή (Alexander, 1988; Morris, Alexander, & Waldron, 1990; Santiago & Wadsworth, 2011), επιπλέον σε αυτή την έρευνα αφενός επιβεβαιώθηκε η σύνδεση μερικών θεραπευτικών παρεμβάσεων με την θετική θεραπευτική έκβαση και βρέθηκε η σωστή χρονική φάση κατά την οποία πρέπει να πραγματοποιούνται ώστε να υπάρχει το θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η γενικευσιμότητα των ευρημάτων αυτών στην ΣΟΨ μπορεί να πραγματοποιηθεί με σχετική επιφύλαξη αφού τα ευρήματα αφορούν την ΣΣΟΨ. Μελλοντικές έρευνες θα επιβεβαιώσουν αυτά τα ευρήματα και σε διαφορετικές προσεγγίσεις συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας.

Όσον αφορά το είδος των ενδοσυνεδριακών στιγμών οι οποίες εμφανίζονται ανάλογα με τη χρονική φάση της θεραπείας σε θεραπείες με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση και την ύπαρξη σχέσης της εμφάνισής τους με τη θεραπευτική έκβαση και τη χρονική φάση της θεραπείας, βρέθηκε ότι υπάρχει συνολικά μικρότερος αριθμός εμφάνισης ΣΕΣ από ό,τι σε άλλους τύπους ψυχοθεραπείας, εντονότερη εμφάνιση τριών κατηγοριών ΣΕΣ, της 1, 5, 10 και 11, οι οποίες είναι και χρήσιμες για τη μελέτη του φαινομένου αυτού στη ΣΣΟΨ, και ασθενέστερη παρουσία ή και πλήρης απουσία των υπολοίπων. Επίσης φάνηκε ότι υπάρχει σχέση της εμφάνισης για κάποιες κατηγορίες σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με τη θεραπευτική έκβαση και τη χρονική φάση της ψυχοθεραπείας. Όταν η κατηγορία 1 «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» εμφανίζεται συχνά στις συνεδρίες έχει ιδιαίτερα θετική σημασία για τη θετική θεραπευτική έκβαση. Ενώ για τη κατηγορία 5 «εκφραστική επικοινωνία» επιβεβαιώθηκε γενικά η σχέση της με τη θετική θεραπευτική έκβαση μόνο για την συχνότερη εμφάνισή της στις αρχικές συνεδρίες και η σχέση της με τη μη θετική θεραπευτική έκβαση στις μεσαίες και τελικές χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας. Βρέθηκε σχέση της κατηγορίας 10 με τις μεσαίες και τελικές συνεδρίες σε θεραπείες με θετική έκβαση. Η κατηγορία 11

«μείωση συμπτωμάτων» όταν εμφανίζεται στο χρονικό μέσο της ψυχοθεραπείας, τόσο γίνεται ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας θετικής θεραπευτικής έκβασης. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν τον εποικοδομητικό θεραπευτικό τρόπο αξιοποίησης των ΣΕΣ οι οποίες εμφανίζονται στην ΣΣΟΨ. Αυτά τα ευρήματα προέκυψαν από συνεδρίες ΣΣΟΨ. Θα χρειασθούν μελλοντικές έρευνες για επιβεβαιωθούν αυτά τα ευρήματα σε όλες τις προσεγγίσεις της ΣΟΨ και ιδιαίτερα στις δευτεροκυβερνητικές.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (παρεμβάσεις ενίσχυσης θεραπευτικού δεσμού, κυκλικές ερωτήσεις, θετική σημασιοδότηση-αναπλαισίωση, εστίαση στην ισχύ, εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας-γενογραμματικές ερωτήσεις) με την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών φαίνεται ότι αλληλοεπηρεάζονται κατά τη διάρκεια των χρονικών φάσεων της θεραπείας αυτής. Η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους» έχει τον μεγαλύτερο βαθμό συσχέτισης με τις παρεμβάσεις της των «κυκλικών ερωτήσεων», των «αναπλαισιώσεων», των «γενογραμματικών ερωτήσεων» και των «κυκλικών ερωτήσεων» και στις περισσότερες χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας. Άλλες κατηγορίες όπως, οι «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά» και η «μείωση συμπτωμάτων δέχονται επιρροή από λιγότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως της «εστίασης στην ισχύ».

Μερικές κατηγορίες ΣΕΣ όπως η «εκφραστική επικοινωνία» επηρεάζονται από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις των «γενογραμματικών ερωτήσεων» και της «δημιουργίας θεραπευτικού δεσμού» αντίστοιχα μόνο σε περιπτώσεις μη θετικής θεραπευτικής έκβασης. Αυτά τα ευρήματα οδηγούν σε μια αρκετά διαφοροποιημένη εικόνα της ενδοσυνεδριακής επίδρασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη ΣΣΟΨ, η οποία αποδεικνύεται αρκετά περίπλοκη και μερικές φορές απρόσμενη, αλλά γι' αυτόν τον υψηλό βαθμό πολυμορφίας της χρήσιμη για την ψυχοθεραπεία και την έρευνα στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Τα ευρήματα και τα συμπεράσματα τα οποία συνάγονται για την ΣΣΟΨ είναι μοναδικά καθώς δεν έχουν διεξαχθεί άλλες έρευνες μέχρι σήμερα οι οποίες να έχουν μελετήσει αυτές τις μεταβλητές στην συστημική ψυχοθεραπεία. Η χρησιμότητά τους για την ψυχοθεραπεία και την έρευνα στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία είναι σημαντική, διότι αφενός δίνονται πολύτιμες πληροφορίες στους συστημικούς οικογενειακούς θεραπευτές, σχετικά με τα χαρακτηριστικά της σχέσης της πραγματοποίησης συστημικών παρεμβάσεων και την πρόκληση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών και αφετέρου αυξάνονται οι

πληροφορίες οι οποίες αφορούν την μελέτη της θεραπευτικής διαδικασίας και στη συστημική ψυχοθεραπεία.

Αντίθετα λίγες αξιόλογες πληροφορίες προέκυψαν από τα ευρήματα τα σχετικά με τη βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στην θεραπευτική διαδικασία διότι βρέθηκε ότι η βιωματική εμπλοκή στην ΣΣΟΨ είναι χαμηλού επιπέδου και έτσι δεν μπορούν να εξαχθούν αξιόλογα συμπεράσματα για την σχέση της με τη θεραπευτική έκβαση, τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών στην ΣΣΟΨ και κατ'επέκταση στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Μελλοντικές έρευνες θα ήταν χρήσιμες για να διευκρινισθεί αν το φαινόμενο της βιωματικής εμπλοκής έχει αυτά τα χαρακτηριστικά και σε άλλες προσεγγίσεις της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας, ώστε να εξαχθούν καλύτερα γενικεύσιμα συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ
Ψυχοθεραπείες και συστημική ψυχοθεραπεία
Ατομική ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί έναν από τους τρόπους αντιμετώπισης των ψυχικών ασθενειών. Η πρώτη συστηματική προσπάθεια αντιμετώπισης των ψυχολογικών διαταραχών με ένα οργανωμένο μοντέλο θεωρητικής και κλινικής αντιμετώπισης έγινε από τον Freud και τους συνεργάτες του. Η πρώτη ψυχοθεραπεία η οποία δημιουργήθηκε ήταν η ψυχανάλυση του Freud (1959) στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Η εμφάνιση της ψυχανάλυσης απετέλεσε τομή στον τρόπο με τον οποίο κατανοούνταν και αντιμετωπιζόνταν μέχρι τότε οι ψυχικές διαταραχές.

Η σημαντική συνεισφορά της ψυχαναλυτικής σκέψης στην ψυχοθεραπεία είναι γενικά γνωστή. Αρχικά η ψυχανάλυση ήταν μια μέθοδος για την αντιμετώπιση διαταραχών νευρωτικού τύπου. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη μιας γενικής θεωρίας για την ψυχή του ατόμου. Η γνώση η οποία προήλθε από την ατομική θεραπεία διαφόρων ασθενών οδήγησε σε θεωρητικές κατασκευές σχετικά με τη τέχνη, τη θρησκεία, την κοινωνική οργάνωση, την ανάπτυξη των παιδιών και την εκπαίδευση. Επιπλέον, αναγνωρίζοντας την επίδραση των ασυνειδήτων επιθυμιών στη φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος, η ψυχανάλυση κατέστησε δυνατή την κατανόηση και θεραπεία πολλών ψυχοσωματικών ασθενειών (Arlow, 1989).

Η ψυχανάλυση ήταν ένα μοντέλο ψυχοθεραπείας το οποίο ακολουθούσε ατομοκεντρική επιστημολογική θεώρηση αφού εστίαζε στο άτομο και ειδικότερα στις ενδοψυχικές νοερές διεργασίες (ενορμήσεις, άμυνες του εγώ, ασυνειδήτες συγκρούσεις, κλπ) του ατόμου για να εξηγήσει αρχικά την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών φαινομένων και αργότερα τη συνολική λειτουργία της ψυχικής λειτουργίας του ατόμου.

Οι διαφωνούντες και εκ των υστέρων ανανεωτές του έργου του Freud, αλλά και οι ακραιφνείς συνεχιστές, παρά τις όποιες τροποποιήσεις στη θεωρία ή τη θεραπευτική πρακτική, δεν απομακρύνθηκαν από το ατομοκεντρικό επιστημολογικό υπόδειγμα κατανόησης της ψυχοπαθολογικής λειτουργίας του ανθρώπινου ψυχικού μηχανισμού.

Για παράδειγμα το 1920 ο Otto Rank, ο οποίος είναι από τους πρώτους χρονολογικά μαθητές του Freud, επικέντρωσε το θεραπευτικό του ενδιαφέρον σε αυτό το οποίο συμβαίνει μέσα στη συνεδρία, στο «εδώ και τώρα». Εντός της συνεδρίας ανεδείκνυε την προσωπικότητα και τα συναισθήματα του θεραπευτή, αντί να διατηρεί την απόσταση η οποία τρέφει την ιδεαλιστικοποίηση, και πρωτοπορώντας καθόριζε μία συγκεκριμένη ημερομηνία για τον τερματισμό της θεραπείας (Broderick & Schrader, 1981). Παρά τις σημαντικές καινοτομίες τις οποίες πρόσθεσε στην ψυχοθεραπεία, εν τούτοις παρέμεινε πιστός στη βασική ιδέα ότι η ψυχοπαθολογία είναι θέμα ενδοψυχικών διεργασιών.

Αλλά και ο Harry Stack Sullivan (1953) παρά την έμφαση που έδωσε στα αλληλεπιδραστικά φαινόμενα ως μεταβλητή της ανάπτυξης του ατόμου, δεν ξέφυγε από αυτό το επιστημολογικό υπόδειγμα. Αφού προσπάθησε να εξηγήσει φαινόμενα διαπροσωπικής ψυχολογίας ως χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου (Self System), τα οποία δημιουργήθηκαν σε πρώιμη ηλικία και ενισχύονται στην συνέχεια από θετικές επιβεβαιώσεις. Θεώρησε ότι τα χαρακτηριστικά αυτά της προσωπικότητας λειτουργούν στην συνέχεια ως ηνιοχητικός μηχανισμός των συμπεριφορών (Sullivan, 1953).

Ακολούθησε η εμφάνιση της Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας. Είναι γνωστή η συνεισφορά της συμπεριφορικής θεωρίας και ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση της ανθρώπινης δυσλειτουργίας. Από τις αρχές του περασμένου αιώνα οι συμπεριφοριστές ανέπτυξαν τη θεωρία τους για τη μάθηση (Μπουλουγούρης, 1992). Από τη δεκαετία του 1950 εμφανίζεται η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία ως μια συστηματική μέθοδος διάγνωσης και αντιμετώπισης ψυχολογικών διαταραχών. Αρχικά η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία ορίστηκε ως η κλινική εφαρμογή της μοντέρνας θεωρίας της μάθησης. Η έκφραση αυτή αναφερόταν στις αρχές και τις διαδικασίες της κλασικής εξαρτημένης μάθησης και της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης.

Όμως η ανάγκη για αποτελεσματικότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις σε ευρύτερου φάσματος ψυχοπαθολογία ήδη αναδείχτηκε επιτακτική από τη δεκαετία του 1960 (Μπουλουγούρης, 1992). Οι αναζητήσεις, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν συστηματικά στο θεωρητικό όσο και στο κλινικό επίπεδο είχαν ως αποτέλεσμα να ολοκληρωθεί το οικοδόμημα της Κοινωνικής Θεωρίας της Μάθησης. Η θεωρία αυτή κατανοεί τη συμπεριφορά του ανθρώπου ως αποτέλεσμα της συνεχούς αμοιβαίας αλληλεπίδρασης μεταξύ γνωστικών, συμπεριφορικών και περιβαλλοντικών

παραγόντων και απορρίπτει την υπόθεση ότι η συμπεριφορά και η παθολογία της είναι απλώς η απάντηση σε εξωτερικές επιρροές, όπως υποστηρίζουν οι ενισχυτικές θεωρίες. Πρόκειται για μια θεωρία με θεραπευτικές προεκτάσεις, η οποία πιθανόν μπορεί μεν να μην ερμηνεύει την ανθρώπινη συμπεριφορά, αλλά αποτελεί πρόταση για τη γένεση και διατήρησή της (Μπουλουγούρης, 1992). Αν και λαμβάνει υπόψη της τις αλληλεπιδράσεις άλλων παραγόντων και του περιβάλλοντος στην ψυχολογική διαμόρφωση και λειτουργία του ατόμου, δεν παύει να ανήκει στο ατομοκεντρικό επιστημολογικό υπόδειγμα.

Σχεδόν ταυτόχρονα με την συμπεριφορική ψυχοθεραπεία εμφανίστηκαν η Υπαρξιστική και στη συνέχεια η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία. Η αναφορά σε αυτούς τους τύπους ψυχοθεραπείας γίνεται, διότι είναι οι σημαντικότεροι και αντιπροσωπευτικότεροι από ένα σύνολο ψυχοθεραπευτικών σχολών, των οποίων το εύρος ανέρχεται σε εκατοντάδες. Τουλάχιστον τετρακόσιες προσεγγίσεις αναφέρει ο Karasu (1986).

Οι υπαρξιστικές και φαινομενολογικές ψυχοθεραπείες συνιστούν ένα αξιόλογο ρεύμα ψυχοθεραπευτικής σκέψης και πρακτικής, το οποίο ανήκει στο επιστημολογικό υπόδειγμα της ατομοκεντρικής προσέγγισης.

Αυτό το ρεύμα σκέψης επηρεάστηκε και αλληλεπέδρασε με το συστημικό τρόπο σκέψης, κυρίως όταν οι υπαρξιστές ασχολήθηκαν θεραπευτικά με ζεύγη και οικογένειες.

Ως παράδειγμα προσφέρεται η μορφολογική (Gestalt) ψυχοθεραπεία, η οποία είναι ένα είδος υπαρξιστικής ψυχοθεραπείας. Εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την ύπαρξή τους.

Δημιουργός αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης υπήρξε ο Frederic(Fritz) Perls (Simkin, & Yontef, 1989).

Για τον Perls (1969), ο οποίος εργάστηκε θεραπευτικά με άτομα σε ατομικές συνεδρίες ή με άτομα σε ομαδικές συναντήσεις, η αλλαγή διευκολύνεται όταν οι σκέψεις και τα συναισθήματα του πελάτη βρίσκονται σε συμφωνία. Έτσι, ένας βασικός θεραπευτικός στόχος ήταν να επιτύχει ο θεραπευόμενος μεγαλύτερη αυτογνωσία, ώστε να γίνει περισσότερο αυτοκατευθυνόμενος, περισσότερο συγκεντρωμένος και περισσότερο συνεπής. Ο θεραπευόμενος βοηθιόταν να ξεπεράσει τις ριζωμένες συναισθηματικές εσωτερικές εμπειρίες του και να αποβάλει ως εμπόδια τα περιχαρακωμένα, διανοητικοποιημένα σχήματα σκέψης. Οι θεραπευτές της σχολής αυτής κινούνται εντός των ορίων του επιστημολογικού

υποδείγματος το οποίο έχει αναφερθεί και για τους τύπους ψυχοθεραπείας οι οποίοι έχουν αναφερθεί.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1970 μερικοί συμπεριφοριστές αποφάσισαν να εισαγάγουν στο πλαίσιο έρευνας και την θεραπευτική πρακτική εκτός από τη συμπεριφορά και τους γνωστικούς παράγοντες και έτσι γεννήθηκε η γνωσιακή ψυχοθεραπεία.

Οι γνωσιακοί θεώρησαν ότι η συμπεριφορά και η γνωσιακή διεργασία, εκτός από την εξαρτημένη μάθηση, τη συντελεστική εξαρτημένη μάθηση και τη μίμηση προτύπου, επηρεάζεται και από τις σκέψεις, στάσεις, αιτιοπροσδιορισμούς και πεποιθήσεις, δηλαδή γνωσίες (Goldenberg & Goldenberg, 2000). Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι θεωρητικοί της ψυχικής υγείας, ερευνητές και ψυχοθεραπευτές έχουν αρχίσει να αναγνωρίζουν ότι η γνωσιακή θεραπεία συμπεριφοράς αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του κυρίου ρεύματος της ψυχοθεραπείας (Dattilio, Epstein, & Baucom, 1998). Οι γνωσιακοί θεραπευτές ασχολήθηκαν με τη φαντασία, τις νοητικές δραστηριότητες και τα σχήματα σκέψης ενός ατόμου, θεωρώντας ότι αυτά αποτελούν συχνά παράγοντες σημαντικούς για την συντήρηση ή την τροποποίηση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς.

Ο Albert Ellis (1979), ένας από τους κυριότερους δημιουργούς αυτού του ψυχοθεραπευτικού ρεύματος, εισήγαγε την ιδέα ότι για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά αιτία είναι η μη ρεαλιστική ερμηνεία την οποία δίνουν τα άτομα στα γεγονότα ζωής ή οι παράλογες ή υπερβολικές πεποιθήσεις τους οι οποίες διερμηνεύουν τα γεγονότα αυτά καθαυτά και έτσι πρότεινε τη γνωσιακή αναδόμηση. Η γνωσιακή αναδόμηση αποτελεί θεραπευτική διαδικασία η οποία στοχεύει στην τροποποίηση αυτών των δυσλειτουργικών γνωσιών, δηλαδή των υπερβολικών ή παράλογων πεποιθήσεων, και την εισαγωγή μίας περισσότερο ρεαλιστικής ερμηνείας των γεγονότων ζωής.

Ένας άλλος από τους κύριους θεωρητικούς της γνωσιακής θεραπείας υπήρξε ο Aaron Beck (1976), ο οποίος εισήγαγε τις έννοιες του γνωσιακών σχημάτων (schemata) και της γνωσιακής στρέβλωσης (cognitive distortion) ως εργαλεία κατανόησης της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς.

Το γνωσιακό σχήμα ορίστηκε ως ένα μόνιμο σύνολο βασικών πεποιθήσεων και στάσεων σχετικά με τους ανθρώπους, τις σχέσεις και τον εαυτό τους, το οποίο ενεργοποιείται αυτόματα, όταν προκύπτει μια νέα κατάσταση παρόμοια με αυτήν ή αυτές τις καταστάσεις οι οποίες μεσολάβησαν για τη δημιουργία του. Το αποτέλεσμα

αυτής της ενεργοποίησης είναι γνωσιακές στρεβλώσεις οι οποίες οδηγούν σε λανθασμένη αντίληψη της πραγματικότητας.

Οι γνωσιακές στρεβλώσεις είναι νοητικές διεργασίες οι οποίες διερμηνεύουν τα ερεθίσματα τα οποία προέρχονται από το περιβάλλον με τρόπο είτε απόλυτο είτε υπερβολικό είτε μερικό, διχοτομικό, αλλά πάντως μη πραγματικό ή μη λειτουργικό.

Οι γνωσιακοί θεραπευτές ασχολήθηκαν από την αρχή με την αντιμετώπιση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών, εργαζόμενοι με την αναδόμηση του γνωσιακού χάρτη του ατόμου (Ellis, 1979). Ασχολήθηκαν αρχικά σε ατομικό επίπεδο, με ατομικές δηλαδή ψυχοθεραπείες. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία κατανοεί την ψυχολογική λειτουργία και την ψυχοπαθολογία μόνο ως ενδοψυχική διαδικασία και αυτό την κατατάσσει στο ατομοκεντρικό επιστημολογικό υπόδειγμα.

Το κυριότερο κοινό γνώρισμα αυτών των βασικών τύπων ψυχοθεραπείας, όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι ότι πρόκειται για ατομοκεντρικές ψυχοθεραπείες με την έννοια ότι εντοπίζουν την ψυχοπαθολογία στο άτομο θεωρώντας την ως ατομικό χαρακτηριστικό ή δημιούργημα. Οι δε αιτίες της ψυχοπαθολογίας αναζητούνται είτε σε ενδοψυχικές διεργασίες του υποκειμένου, είτε στην επίδραση του περιβάλλοντος στο άτομο και την επακολουθούμενη ανταπόκριση του σε αυτή την επίδραση.

Παρουσιάστηκε σε πολύ αδρές γραμμές η ιστορική εξέλιξη των αντιπροσωπευτικότερων ψυχοθεραπειών που είναι εστιασμένες στο άτομο με βάση ένα γραμμικό ατομοκεντρικό επιστημολογικό υπόδειγμα.

Στη συνέχεια θα γίνουν αναφορές στους διάφορους τύπους οικογενειακής ψυχοθεραπείας και στον τρόπο λειτουργίας τους, στην εμφάνιση της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας και θα ακολουθήσει αναλυτικότερη παρουσίασή της.

Οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Αρχικά η αντίληψη αναφορικά με την ψυχοθεραπεία ήταν ότι η θεραπευτική διαδικασία πρέπει να αφορά μόνο τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο οι οποίοι εμπλέκονται σε μια μακρά ή βραχύχρονη θεραπευτική σχέση. Η κυρίαρχη αντίληψη ήταν ότι αυτή η δυαδική θεραπευτική σχέση είναι αρκετή για τη θετική θεραπευτική έκβαση της ψυχοθεραπείας. Αυτού του είδους η οργάνωση της θεραπευτικής διαδικασίας, δηλαδή η θεραπευτική εστίαση στη δυάδα (θεραπευτής – θεραπευόμενος) είναι συνεπής με την ατομοκεντρική αντίληψη σχετικά με το τι είναι και πού οφείλεται η ψυχοπαθολογική εκδήλωση. Όμως κλινικές και κοινωνικές

ανάγκες έφεραν στο προσκήνιο θεραπευτικές πρακτικές οι οποίες ξεπερνούσαν τη δυαδική θεραπευτική σχέση «θεραπευτής –θεραπευόμενος». Αυτές οι πρακτικές συνετέλεσαν στην δημιουργία των θεραπειών ζεύγους και οικογένειας.

Οικογενειακή ψυχοθεραπεία, οι ρίζες

Η οικογενειακή θεραπεία είναι ένας τύπος ψυχοθεραπείας ο οποίος εμφανίστηκε αρχικά στα τέλη της δεκαετίας του 1940 και στις αρχές της δεκαετίας του 1950. Ήδη από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα οι Αμερικανοί είχαν δείξει ενδιαφέρον για την οικογενειακή εκπαίδευση.

Το 1923 το Vassar College ίδρυσε το πρώτο πανεπιστημιακό τμήμα προετοιμασίας στο γονικό ρόλο. Ακολούθως ο Ernest R. Groves, καθηγητής κοινωνιολογίας στο Boston University, επικέντρωσε την εκπαίδευση εκτός από τον γονικό ρόλο και σε άμεσα πρακτικά θέματα τα οποία αφορούσαν τη σχέση ζεύγους προσπαθώντας να ανταποκριθεί όχι μόνο στα ακαδημαϊκά ενδιαφέροντα αλλά και στις πρακτικές ανάγκες των φοιτητών του, δίνοντας έτσι ένα θεραπευτικό χαρακτήρα στις δραστηριότητές του (Broderick & Schrader, 1981).

Η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών σε ζεύγη και οικογένειες ξεκίνησε στις ΗΠΑ από το 1929 με δύο κέντρα παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών. Το πρώτο, το κέντρο του Abraham Stone και της Hannah Stone, δραστηριοποιήθηκε το 1929 (Broderick & Schrader, 1981) και το δεύτερο, το κέντρο του Paul Popenoe, το American Institute of Family Relations στο Los Angeles δραστηριοποιήθηκε τον Φεβρουάριο του 1930 (Broderick & Schrader, 1981)

Μέχρι το 1934 υπήρχαν στις ΗΠΑ τρία κέντρα τα οποία ασχολούνταν με τη συμβουλευτική για την οικογένεια, ενώ το 1947 ο Ernest Groves ανέφερε 15 (Broderick & Schrader, 1981) Στους προάγγελους της οικογενειακής θεραπείας μπορεί να ενταχθεί ο Moreno, ο οποίος εργαζόταν θεραπευτικά με το ψυχόδραμα της ομάδας, το οποίο χρησιμοποίησε και σε ολόκληρες οικογένειες τη δεκαετία του '30 (Broderick & Schrader, 1981). Προάγγελος της οικογενειακής ψυχοθεραπείας μπορεί να θεωρηθεί και ο John Bowlby με το άρθρο του *The Study and Reduction of Group Tension in the Family* όπου περιέγραφε τις οικογενειακές συνεδρίες που πραγματοποιούσε στην Tavistock Child Guidance Clinic, τις οποίες θεωρούσε βοηθητικές για την κυρίως θεραπεία, ενώ ως κύρια θεραπεία αντιλαμβανόταν τις ατομικές θεραπευτικές συνεδρίες (Broderick & Schrader, 1981).

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία και οι ψυχοθεραπευτικές θεωρίες

Θα παρουσιασθούν εν συντομία οι κυριότερες ψυχοθεραπευτικές θεωρητικές προσεγγίσεις οι οποίες ασχολήθηκαν με την οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε από θεωρητικούς διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων αλλά και διαφορετικών επιστημονικών κλάδων. Οι κυριότερες ψυχολογικές θεωρίες της εποχής, άλλες λιγότερο και άλλες περισσότερο, ασχολήθηκαν και με την οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Η ψυχαναλυτική σκέψη ασχολήθηκε με την οικογενειακή ψυχοθεραπεία παρά την αρνητική προτροπή του Freud ως προς την θεραπεία με περισσότερα από ένα μέλη της ίδιας οικογένειας ταυτόχρονα εντός της συνεδρίας. Μερικοί ψυχαναλυτές άρχισαν να παραβιάζουν τον κανόνα της αυστηρά ατομικής θεραπείας. Έτσι ο Clarence Oberndorf στο συνέδριο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης το 1931 ανακοίνωσε την ανάλυση 5 ζευγαριών (Broderick & Schrader, 1981).

Μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο ο Bela Mittlemann του New York Psychoanalytic Institute το 1948 αναφέρθηκε σε θεραπείες ζευγαριών και περίπου την ίδια περίοδο ο Henry Dicks και οι συνάδελφοί του στην Tavistock Clinic of London ίδρυσαν την Family Psychiatric Unit η οποία εργαζόταν θεραπευτικά με ζευγάρια.

Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία επίσης συμπεριέλαβε τη θεραπεία ζευγαριών και οικογένειας συστηματικά από τη δεκαετία του 1970 (Goldenberg & Goldenberg, 2000). Για πρώτη φορά στα τέλη της δεκαετίας του '60 (Stuart, 1969; Patterson, 1971) έγιναν παρεμβάσεις συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας απευθυνόμενες σε όλη την οικογένεια. Ο ψυχολόγος Gerald Patterson (Patterson & Brodsky, 1966) ήταν ένας συμπεριφορικός θεραπευτής, ο οποίος ασχολήθηκε με τη συμπεριφορική εκπαίδευση των γονέων, με στόχο να διορθωθεί η συμπεριφορά του παιδιού με πολλαπλά προβλήματα. Οι Liberman (1970) και Stuart (1969) υπήρξαν οι πρώτοι υποστηρικτές της θεραπείας συμπεριφοράς ζευγαριών.

Όσον αφορά τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία αναφέρονται εφαρμογές της στη θεραπεία ζεύγους και οικογένειας.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 οι έρευνες, για τον ρόλο των πεποιθήσεων, σκέψεων και προσδοκιών του ενός μέλους του ζεύγους σχετικά με τις ενέργειες του

άλλου έδωσαν υπόβαθρο σε γνωστικές παρεμβάσεις στη συζυγική και οικογενειακή θεραπεία (Dattilio & Padesky, 1990; Epstein, 1992).

Γενικότερα, άσχετα με τον θεωρητικό προσανατολισμό των ασχολούμενων ειδικών με την ψυχική υγεία, η οικογενειακή ψυχοθεραπεία, η συμβουλευτική και γενικότερα η ψυχοθεραπευτική φροντίδα για την οικογένεια, από τη δεκαετία του 1940 και κυρίως την δεκαετία του 1950 αναδείχθηκε σε βασικό στόχο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Γι' αυτό και οι διάφορες μέχρι τότε προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας έστρεψαν ακόμα περισσότερο το επιστημονικό ενδιαφέρον τους σε αυτόν τον τομέα.

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία συνιστά μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση η οποία προτίθεται να καλύψει την κλινική ανάγκη για αποτελεσματικότερη και πληρέστερη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων των ατόμων τα οποία αναζητούσαν θεραπεία. Μια δεύτερη ανάγκη την οποία ήρθε να καλύψει ήταν κοινωνικού χαρακτήρα και σχετιζόταν με την ανάγκη θεραπευτικών παρεμβάσεων στον θεσμό της οικογένειας, ο οποίος είχε ήδη περιέλθει σε αποσταθεροποίηση και κρίση μετά τη μεγάλη οικονομική κατάρρευση του 1929, τον Β' παγκόσμιο πόλεμο ο οποίος ακολούθησε και τις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές οι οποίες επακολούθησαν (Coontz, 2005).

Εκείνη την περίοδο άρχισε να κερδίζει έδαφος η ιδέα ότι η συμπτωματική συμπεριφορά του ασθενούς θα θεραπευθεί, αν ενταχθεί στη θεραπευτική διαδικασία ολόκληρη η οικογένεια ή τμήμα αυτής. Αυτή η βασική αντίληψη αποτελεί τον κοινό τόπο ο οποίος απαντάται σε κάθε τύπο οικογενειακής θεραπείας.

Το σκεπτικό το οποίο οδήγησε τους θεραπευτές να προσανατολιστούν προς την οικογενειακή ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε σταδιακά εντός των κυριότερων ψυχοθεραπευτικών θεωρητικών ρευμάτων. Για παράδειγμα, όσον αφορά στον ψυχαναλυτικό χώρο, ο Freud γνώριζε τον αντίκτυπο των οικογενειακών σχέσεων στη διαμόρφωση του χαρακτήρα του ατόμου και ειδικότερα στην ανάπτυξη συμπτωματικής συμπεριφοράς. Ο Freud αναγνώρισε ότι η οικογένεια αποτελεί το πρώτο περιβάλλον -ή πλαίσιο- μέσα στο οποίο αναπτύσσονται νευρωτικοί φόβοι και αγωνίες, παρόλο που δεν κατάφερε να προχωρήσει και να αναγνωρίσει τον τρόπο με τον οποίο οι τρέχουσες οικογενειακές σχέσεις βοηθούν στη διατήρηση της δυσπροσαρμοστικής ή προβληματικής συμπεριφοράς (Goldenberg & Goldenberg, 2000). Το 1905 ο Freud έγραψε ότι οι ψυχαναλυτές είναι "υποχρεωμένοι να δίνουν τόση προσοχή στις καθαρά ανθρώπινες και κοινωνικές συνθήκες των ασθενών τους, όση και στα σωματικά δεδομένα και συμπτώματα της διαταραχής. Πάνω από όλα το

ενδιαφέρον θα κατευθύνεται προς τις οικογενειακές τους συνθήκες" (Freud, 1959, σελ. 25-26). Οι ψυχαναλυτές ασχολήθηκαν θεωρητικά αλλά και πρακτικά με την οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Οι συμπεριφοριστές επίσης είχαν αρχίσει να αναπτύσσουν ένα τρόπο κατανόησης της εκδήλωσης της ατομικής ψυχοπαθολογίας ο οποίος προτιμούσε να συνδέει άμεσα και αιτιοπροσδιοριστικά την ψυχοπαθολογία με συγκεκριμένα προβλήματα συμπεριφοράς εντός των οικογενειών, όπως κακή επικοινωνία ανάμεσα στους συζύγους, προβλήματα συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους. Έτσι αναπτύχθηκε το σκεπτικό της θεραπευτικής εμπλοκής ολόκληρης της οικογένειας και για την συμπεριφορική ψυχοθεραπεία.

Η εμπλοκή της οικογένειας στην ψυχοθεραπεία θεωρήθηκε βοηθητική διαγνωστικά για τους ψυχαναλυτές. Από την περίπτωση του Μικρού Χάνς και από παρόμοια παραδείγματα από τις εργασίες του Freud μπορεί να εκτιμηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι οικογενειακές σχέσεις έφτασαν στο σημείο να προσφέρουν μεγάλη διαγνωστική βοήθεια στην ψυχοδυναμική σκέψη. Αλλά για τους συμπεριφοριστές και τους γνωσιακούς θεραπευτές η εμπλοκή της οικογένειας δεν είχε μόνο διαγνωστική αλλά και θεραπευτική αξία.

Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις στην οικογενειακή θεραπεία χρησιμοποίησαν καθιερωμένες αρχές της μάθησης και σε συμπεριφορές, οι οποίες μπορούσαν να παρατηρηθούν και να ποσοτικοποιηθούν στο κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον. Στόχος των προσεγγίσεων αυτών είναι η βελτίωση των σχέσεων στην οικογένεια με την εκμάθηση των απαραίτητων δεξιοτήτων για τη διατήρηση των αλλαγών και των βελτιώσεων των συμπεριφορών (Stuart, 1969; Patterson, 1971). Οι συμπεριφοριστές (Stuart, 1969; Liberman, 1970) εργάστηκαν στη θεραπεία ζεύγους με παρεμβάσεις βασισμένες στη συντελεστική εξαρτημένη μάθηση, ενώ ο Stuart (1969) ο οποίος εργαζόταν κυρίως με δυσλειτουργικά ζευγάρια, προσέφερε γραπτό πρόγραμμα το οποίο ονομαζόταν "συμβόλαιο για το απρόοπτο" (contingency contract) το οποίο περιέγραφε τους όρους για την ανταλλαγή ενισχυτικών συμπεριφορών μεταξύ των μελών των ζευγαριών.

Οι θεραπευτές συμπεριφοράς, οι οποίοι εργάζονταν με ζευγάρια ή με οικογένειες, υιοθέτησαν ένα ρόλο δάσκαλου, γυμναστή ή προτύπου καθώς και ένα σύνολο διαδικασιών παρέμβασης οι οποίες εστιάζονται στη μετάδοση δεξιοτήτων επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Οι γνωσιακοί ψυχοθεραπευτές, οι οποίοι εργάσθηκαν θεραπευτικά με ζεύγη και οικογένειες, αναγνώριζαν ότι για μερικές συμπτωματικές αντιδράσεις μέσα στην οικογένεια μεσολαβούν δυσλειτουργικές στάσεις, προσδοκίες και συμπεριφορές. Αρκετοί θεραπευτές οι οποίοι εργάζονταν με ζευγάρια, άρχισαν να χρησιμοποιούν τις διαδικασίες γνωσιακής αναδόμησης, ώστε τα ζευγάρια να εξερευνήσουν δυσλειτουργικές ερμηνείες, να τροποποιήσουν αυτόματες σκέψεις και υποθέσεις και να αλλάξουν προβληματικά σχήματα.

Μπορούν να αναγνωρισθούν κάποια βασικά συμπεράσματα για την οικογενειακή ψυχοθεραπεία όλων των ψυχολογικών θεωριών οι οποίες έχουν αναφερθεί έως τώρα.

Αυτά τα συμπεράσματα είναι: Η συμμετοχή ολόκληρης της οικογένειας στη συνεδρία βοηθά στη διατύπωση εγκυρότερης διάγνωσης. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τα οποία φέρει ένα μέλος της οικογένειας είναι αποτελεσματικότερη, όταν στη θεραπευτική διαδικασία προσκαλείται ολόκληρη η οικογένεια. Στη θεραπεία προσκαλείται ολόκληρη η οικογένεια αλλά η θεραπευτική εστίαση, σε όλους τους τύπους οικογενειακής ψυχοθεραπείας, παραμένει στην εσωτερική ατομική διεργασία με στόχο είτε την αποκάλυψη ενδοψυχικού υλικού και τη συνειδητοποίηση είτε τη μάθηση και τη βελτίωσή της.

Αυτή η τελευταία κοινή παραδοχή οδηγεί τους θεραπευτές όλων των προαναφερθέντων τύπων οικογενειακής ψυχοθεραπείας να μοιράζονται μεταξύ τους το εξής κοινό επιστημολογικό χαρακτηριστικό: δεν εστιάζουν στο σύστημα αλλά στο άτομο και στις ενδοψυχικές διεργασίες κάθε ατόμου εντός μιας ειδικής ομάδας (την οικογένεια)· δεν επιχειρούν να αποκτήσουν μια κατανοητή εικόνα των δυναμικών της οικογένειας, των πολύπλοκων αμοιβαίων κυκλικών αναδραστικών αλληλεπιδράσεων όλων των μελών και των επιπτώσεων αυτών των αλληλεπιδράσεων στην εμφάνιση της λεγόμενης «ομαλής» και «διαταραγμένης» συμπεριφοράς (Sanders & Dadds, 1993).

Αυτό το οποίο πράττουν είναι η επέκταση ενός γραμμικού επιστημολογικού υποδείγματος με ατομοκεντρικό προσανατολισμό σε ένα σύμπλοκο και περίπλοκο, πολυπρόσωπο τομέα ψυχοθεραπείας ο οποίος είναι αυτός της ψυχοθεραπείας οικογένειας και ζεύγους.

Η θεραπευτική διαχείριση της συμπλοκότητας της οικογένειας ανέδειξε την ανεπάρκεια του επιστημολογικού και θεωρητικού εργαλείου. Η προσαρμογή στην

οικογενειακή ψυχοθεραπεία των ψυχολογικών θεωριών που απέδωσαν στην ατομική ψυχοθεραπεία φάνηκε ότι δεν αρκούσε.

Η αδυναμία της ανάγνωσης της ψυχοπαθολογίας του ατόμου ως αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας του συστήματος και η αδυναμία σύνδεσής της με την εσωτερική δυναμική του συστήματος στο οποίο το άτομο μετέχει, ήταν ένα σοβαρό εμπόδιο για μια αποτελεσματική και πλήρη κατανόηση και αντιμετώπιση της ατομικής ψυχοπαθολογίας. Σε αυτό το εμπόδιο απετέλεσε απάντηση η συστημική προσέγγιση της οικογενειακής ψυχοθεραπείας.

Δεν μπορούν να υποστηριχθούν τα ίδια και για τις υπαρξιακού τύπου ψυχοθεραπείες ζεύγους και οικογένειας. Διότι όσοι ψυχοθεραπευτές δοκίμασαν να αξιοποιήσουν τις υπαρξιστικές ψυχολογικές θεωρίες στη θεραπεία ζεύγους και οικογένειας, σύντομα διαπίστωσαν την ανεπάρκειά του για τις οικογένειες και άλλαξαν επιστημολογικό υπόδειγμα, κατευθυνόμενοι σε απόπειρες συγκερασμού των υπαρξιστικών θεωριών με τη νέα επιστημολογία της θεωρίας συστημάτων, η οποία θα παρουσιαστεί εκτενέστερα στη συνέχεια.

Οι ψυχοθεραπευτές, οι οποίοι τελικά ασχολήθηκαν με την οικογενειακή ψυχοθεραπεία, αναγνωρίζονται στα βασικότερα ψυχοθεραπευτικά θεωρητικά ρεύματα της ψυχανάλυσης, της συμπεριφορικής, γνωσιακής και υπαρξιστικής ψυχοθεραπείας. Όμως η απλή προσαρμογή των ψυχαναλυτικών, συμπεριφορικών, γνωσιακών και υπαρξιστικών ψυχοθεραπευτικών μεθόδων στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία αποδείχθηκε ανεπαρκής όσον αφορά στη διαχείριση της πολυπλοκότητας της οικογενειακής δυναμικής. Αυτή η διαπίστωση οδήγησε μερικούς οικογενειακούς θεραπευτές στην αναγνώριση των επιστημολογικών ορίων του υπάρχοντος επιστημολογικού παραδείγματος και την αναζήτηση νέου παραδείγματος και την κατασκευή ενός νέου τύπου ψυχοθεραπείας, της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας. Τα βασικά χαρακτηριστικά του υπάρχοντος επιστημολογικού παραδείγματος όπως αναφέρθηκε είναι ο εστιασμός στο άτομο και στις ενδοψυχικές διεργασίες κάθε ατόμου εντός μιας ειδικής ομάδας (την οικογένεια). Σε αντίθεση με τα βασικά χαρακτηριστικά του συστημικού επιστημολογικού παραδείγματος στο οποίο ο εστιασμός πραγματοποιείται στο σύστημα αντί στο άτομο. Δηλαδή επιχειρείται να αποκτηθεί μια κατανοητή εικόνα των δυναμικών της οικογένειας, των πολύπλοκων αμοιβαίων κυκλικών αναδραστικών αλληλεπιδράσεων όλων των μελών και των επιπτώσεων αυτών των αλληλεπιδράσεων στην εμφάνιση της λεγόμενης «ομαλής» και «διαταραγμένης» συμπεριφοράς στο άτομο.

Συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, στη δεκαετία του 1940 και 1950 το ενδιαφέρον μερικών θεραπευτών στράφηκε στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Αρχικά εργάστηκαν θεραπευτικά με τις οικογένειες εφαρμόζοντας σε αυτές την ίδια επιστημολογία την οποία χρησιμοποιούσαν για τη θεραπεία του ατόμου. Όμως τότε διαφάνηκαν και άρχισαν να αναδεικνύονται οι περιορισμοί που προέρχονταν από τα όρια του επιστημολογικού υποδείγματος το οποίο μέχρι τότε είχε υιοθετηθεί.

Η κατανόηση της ατομικής ψυχοπαθολογίας ως ενδοψυχικού αυτοτελούς φαινομένου φάνηκε ανεπαρκής χωρίς την αναφορά στην αλληλεπιδραστική σχέση του ατόμου με το σύστημα στο οποίο εντάσσεται, δηλαδή τη δυναμική της οικογένειας.

Αυτή την ανεπάρκεια αποπειράθηκαν να καλύψουν μερικοί οικογενειακοί ψυχοθεραπευτές τη δεκαετία του 1950. Εφάρμοσαν στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία τις εξελίξεις από τον χώρο της φυσικής, της φιλοσοφίας, της κυβερνητικής και της μελέτης της επικοινωνίας. Έτσι εμφανίστηκε ένας νέος τύπος οικογενειακής ψυχοθεραπείας, η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Αυτός ο τύπος οικογενειακής ψυχοθεραπείας στηρίζεται στις αρχές της θεωρίας συστημάτων και στα αξιώματα των θεωριών επικοινωνίας. Αντιλαμβάνεται την ατομική ψυχοπαθολογία ως εκδήλωση της δυσλειτουργίας του συστήματος και της επικοινωνιακής στρέβλωσης εντός του συστήματος του οποίου μέλος είναι το άτομο που την εκδηλώνει. Η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία για την κατανόηση της ατομικής ψυχοπαθολογίας πραγματοποιεί αλλαγή εστίασης από το άτομο στο σύστημα. Αυτό συνιστά επιστημολογική αλλαγή.

Η επιστημολογική αλλαγή έχει ενσωματωθεί στον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιείται η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, καθιστώντας την από θεραπεία του ατόμου, θεραπεία του συστήματος, δηλαδή της οικογένειας. Αυτό επιτυγχάνεται με το να τεθεί ως θεραπευτικός στόχος και επίκεντρο των θεραπευτικών παρεμβάσεων το σύστημα και όχι η ενδοψυχική λειτουργία του ατόμου. Ως εκ τούτου η θεραπευτική προσέγγιση στηρίζεται πρώτιστα στην τροποποίηση των λειτουργιών και δομών του συστήματος και της εντός του επικοινωνίας, ώστε να αρθεί η ατομική ψυχοπαθολογία.

Αυτά που αναφέρθηκαν διαφοροποιούν τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία από τους άλλους τύπους οικογενειακής ψυχοθεραπείας οι οποίοι θεωρούν την ψυχοπαθολογία του ατόμου ως έκφραση ατομικών ενδοψυχικών συγκρούσεων ή αποτέλεσμα μάθησης οι οποίες απλώς επηρεάζονται μερικές φορές και καθοριστικά από το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου. Επομένως εστιάζουν θεραπευτικά στο άτομο, τη δε οικογενειακή ψυχοθεραπεία την αντιλαμβάνονται είτε ως συμπληρωματική στην ατομική ψυχοθεραπεία είτε ως ατομική ψυχοθεραπεία εκτεταμένη σε ομάδα, όπου ομάδα θεωρείται η οικογένεια η οποία αποκαλείται και φυσική ομάδα (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Δύο είναι κυρίως οι επιστημονικές θεωρίες οι οποίες αποτελούν τη βάση στο οικοδόμημα της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας. Οι θεωρίες της επικοινωνίας και η θεωρία των συστημάτων. Αυτές οι δύο βασικές θεωρίες και οι συνέπειές τους στον τρόπο με τον οποίο οι συστημικοί θεραπευτές κατανοούν την υγεία, ορίζουν την ψυχοπαθολογία, ενεργούν ψυχοθεραπευτικά και συμμετέχουν στη θεραπευτική αλλαγή, θα παρουσιασθούν αναλυτικά στη συνέχεια.

Οι Θεωρίες Επικοινωνίας

Τα αξιώματα της επικοινωνίας

Τα αξιώματα της επικοινωνίας έχουν σημαντική συνεισφορά στον τρόπο με τον οποίο οι συστημικοί ψυχοθεραπευτές εξηγούν την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας, της θεραπευτικής αλλαγής και οργανώνουν την ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Η ολοκληρωμένη παρουσίαση του τρόπου λειτουργίας της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας προϋποθέτει την αναλυτική αναφορά στις θεωρίες και τα αξιώματα της επικοινωνίας.

Η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία βασίστηκε στα «αξιώματα» που διατυπώθηκαν από τους θεωρητικούς της επικοινωνίας (Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1967), οι οποίοι στηρίχθηκαν στο έργο του Bateson (1951) και της ομάδας του (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956).

Ο Bateson (1979) και ο Watzlawick και συν. (1967) αναφέρουν ότι τα ανθρώπινα συστήματα είναι καλύτερα περιγράψιμα με όρους ανταλλαγής πληροφοριών. Τα «αξιώματα» της επικοινωνίας περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιείται η ανταλλαγή των πληροφοριών στο σύστημα και τις συνέπειες του τρόπου

ανταλλαγής για την υγεία, την ψυχοπαθολογία, την θεραπευτική αλλαγή και την θεραπευτική διαδικασία.

Όμως, πριν ή παράλληλα με το έργο των Bateson (1956), της ομάδας του και του Watzlawick (Watzlawick *et al.*, 1967), υπήρξαν ερευνητές που ασχολήθηκαν στο πεδίο της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας με θέματα σχετικά με τη δυσλειτουργική επικοινωνία εντός της οικογένειας. Για παράδειγμα ο Wynne, (Wynne, Ryckoff, Day, & Hirsch, 1958) αναζήτησε τρόπους με τους οποίους δυσλειτουργικά επικοινωνιακά σχήματα στις οικογένειες με πάσχον μέλος μπορούν να διαφοροποιηθούν και να γίνουν λειτουργικά όπως στις οικογένειες χωρίς πάσχον μέλος (Wynne *et al.*, 1958). Τα ονόμασε, τα περιέγραψε και ασχολήθηκε με φαινόμενα τα οποία προκαλούν, όπως η «ψευδοαμοιβαιότητα» (Wynne *et al.*, 1958). Ο Wynne, ορίζοντας το φαινόμενο της «ψευδοαμοιβαιότητας», παρατήρησε ότι οι οικογένειες με πάσχοντα μέλη αναπτύσσουν μια απόσταση μεταξύ των μελών, η οποία είναι κρυμμένη πίσω από την εντύπωση μια αμοιβαίας ανοιχτής σχέσης κατανόησης η οποία στην πραγματικότητα δεν υπάρχει. Η ψευδοαμοιβαιότητα αποτελεί μια κοινή στρατηγική της οικογένειας η οποία στοχεύει στην άμυνα έναντι αρνητικών συναισθημάτων τα οποία προκύπτουν από μια ζωή χωρίς νόημα. Ένα άτομο το οποίο μεγαλώνει σε ένα οικογενειακό περιβάλλον ψευδοαμοιβαιότητας δεν καταφέρνει να αναπτύξει ισχυρή αίσθηση προσωπικής ταυτότητας, αφού το κυρίαρχο θέμα στην οικογένεια είναι να είναι ταιριασμένα τα μέλη της ακόμα και εις βάρος της ανάπτυξης της προσωπικής ταυτότητας. Η προσπάθεια για διαφοροποίηση, για ανάπτυξη του εαυτού αντιμετωπίζεται ως απειλή για την οικογενειακή συνοχή. Αυτή η έλλειψη ταυτότητας καθιστά το άτομο αδύναμο για επιτυχείς επικοινωνιακές αλληλεπιδράσεις εκτός οικογένειας, στο εξωτερικό περιβάλλον. Και καθιστά τον εγκλωβισμό του στην οικογένεια τη μοναδική δυνατότητά του για επικοινωνία.

Το έργο του Bateson, και συν. (1956) και της ομάδας του υπήρξε πηγή έμπνευσης και καθοδήγησης για τη διατύπωση από τον Watzlawick, και συν. (1967) συγκεκριμένων αξιωμάτων για την επικοινωνία και τις συνέπειες από την εφαρμογή τους στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Αυτά συνοπτικά παρουσιάζονται στη συνέχεια του πονήματος.

Αξίωμα πρώτο: Επικοινωνούμε πάντα εντός του διαπροσωπικού πλαισίου

Οι διάυλοι της επικοινωνίας είναι ο λόγος, το συναίσθημα και η συμπεριφορά. Σε μια σχέση δεν μπορούμε να μην επικοινωνούμε τουλάχιστον με έναν από τους ανωτέρω τρόπους και ταυτόχρονα σε διαπροσωπικό πλαίσιο είναι αδύνατο για τον

οποιονδήποτε να μην επικοινωνεί. Ακόμη και η μη επικοινωνία στο πλαίσιο μιας σχέσης είναι και αυτή μία μορφή επικοινωνίας και μπορεί να κατανοηθεί ως συμπεριφορά η οποία πληροφορεί. Κάθε συγκεκριμένη συμπεριφορά περιέχει ένα μήνυμα.

Τα μηνύματα στα συστήματα μπορεί να ρυθμίζουν πολύ σημαντικές λειτουργίες τους και έτσι έχουν ιδιαίτερα σημαντική σημασία για την οικονομία του συστήματος. Οι συμπεριφορές ενίοτε έχουν τέτοια σημαντικότητα. Υπάρχουν συμπεριφορές που ως πληροφορίες συντηρούν τη λειτουργικότητα του συστήματος το οποίο σχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία των μελών του. Η συμπεριφορά που δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον και αναγνώριση για τα συναισθήματα και την κατάσταση του συνομιλητή στην ενδοοικογενειακή επικοινωνία, είναι ένα τέτοιο παράδειγμα.

Άλλο παράδειγμα στο οποίο φαίνεται η αδυναμία της μη επικοινωνίας στο πλαίσιο μιας σχέσης είναι η συμπεριφορά σε μια οικογενειακή συνεδρία ενός μέλους της οικογένειας το οποίο αρνούνταν να μιλήσει. Με αυτόν τον τρόπο δεν απέφυγε να επικοινωνήσει, αφού στο πλαίσιο της συνεδρίας εντάχθηκε και κατανοήθηκε η συμπεριφορά της σιωπής του ως πληροφορία για την ποιότητα της σχέσης με κάποιο μέλος της οικογένειας.

Ως συμπεριφορά μπορεί να θεωρηθεί και το σύμπτωμα. Το σύμπτωμα από πλευράς θεωρίας επικοινωνίας θεωρείται ως μήνυμα προς τα άλλα μέλη του συστήματος σχετιζόμενο με τη ρύθμιση εσωτερικών δυσλειτουργιών του συστήματος. Η εμφάνιση και η ανάπτυξη συμπτωματολογίας στα οικογενειακά συστήματα γίνεται κατανοητή και ως μία πληροφορία η οποία αναδεικνύει τη δυσλειτουργία στην ανταλλαγή της επικοινωνίας στο εσωτερικό του συστήματος. Για να γίνουν οι έννοιες αυτές περισσότερο κατανοητές και σαφείς, θα χρησιμοποιηθεί σε αυτή τη διατριβή ως παράδειγμα μια οικογένεια υποθετική η οποία θα ονομαστεί οικογένεια Παπαδοπούλου. Αυτή απαρτίζεται από τον πατέρα 48 ετών, τη μητέρα 40 ετών και τέσσερα παιδιά το πρώτο 17 ετών αγόρι, το δεύτερο 15 ετών κόρη, το τρίτο 8 ετών αγόρι και το τέταρτο 1 έτους αγόρι. Επιστρέφοντας στη διασαφήνιση του ρόλου των συμπτωμάτων για τη θεωρία της επικοινωνίας στα συστήματα, αναφέρεται το παράδειγμα στο οποίο η συμπτωματική συμπεριφορά του τρίτου κατά σειρά παιδιού αφορά τον φόβο του να κοιμάται στο δωμάτιό του και την επιδίωξή του να κοιμάται στο κρεβάτι των γονέων του μαζί τους. Η συμπεριφορά αυτή είναι και ένα μήνυμα για τη συναισθηματική απόσταση των γονέων του. Πράγματι ξέρουν οι

θεραπευτές από το ιστορικό ότι πατέρας τον τελευταίο χρόνο λείπει συχνά τα βράδια από το σπίτι, ενώ το ζεύγος διανύει μια περίοδο κρίσης στη σχέση τους.

Κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών με την οικογένεια οι θεραπευτές είναι πολύ προσεκτικοί παρατηρητές των μηνυμάτων που ανταλλάσσονται μεταξύ των μελών σε λεκτικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο.

Αποκωδικοποιούν τα μηνύματα τα οποία εμπεριέχουν οι συμπεριφορές και ιδιαίτερα οι συμπεριφορές οι οποίες είναι και συμπτώματα και τα αξιοποιούν στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ο συστημικός θεραπευτής αποφεύγει την παρέμβαση τροποποίησης αποσπασματικά της συμπτωματικής συμπεριφοράς χωρίς την συνολικότερη παρέμβαση στο σύστημα. Η θεραπευτική αλλαγή έχει ως αποτέλεσμα την τροποποίηση των συμπτωματικών συμπεριφορών και την ενίσχυση συμπεριφορών που συντηρούν τη λειτουργικότητα του συστήματος, αλλά και την πληρέστερη αναγνώριση και στους τρεις διαύλους των πληροφοριών που αποστέλλονται.

Αξίωμα δεύτερο: Η επικοινωνιακή μονάδα έχει δύο πλευρές: αυτή του περιεχομένου και εκείνη της σχέσης. Η δεύτερη ορίζει (κατατάσσει) την πρώτη

Κάθε επικοινωνιακή μονάδα έχει δύο πλευρές: αυτή του περιεχομένου και εκείνη της σχέσης. Η δεύτερη ορίζει (κατατάσσει) την πρώτη, αποτελώντας έτσι μία μετά-επικοινωνία, διότι το περιεχόμενο μιας επικοινωνιακής μονάδας νοηματοδοτείται από την σχέση. Για παράδειγμα, η φράση «σε αγαπώ», η οποία αποτελεί την πλευρά του περιεχομένου, ορίζεται από τη σχέση, δηλαδή αποκτά διαφορετικό νόημα ανάλογα με τον χαρακτήρα της σχέσης η οποία διέπει τα μέλη ενός συστήματος εντός του οποίου προφέρεται. Για παράδειγμα, άλλο νόημα έχει η λέξη «σε αγαπώ» αν την ειπεί ένας γονέας στο παιδί του και άλλο νόημα ένας σύντροφος στη σύντρόφό του.

Αυτό το αξίωμα διατυπώθηκε από τον Watzlawick (Watzlawick *et al.*, 1967), αλλά με αυτή την έννοια στη θεραπευτική πρακτική ασχολήθηκε ο Haley (1963) και η Virginia Satir (1988), η οποία ενδιαφέρθηκε για τα επικοινωνιακά σχήματα της οικογένειας. Αυτά τα τυποποίησε σε πέντε τύπους, τέσσερις δυσλειτουργικούς και ένα λειτουργικό. Τους δυσλειτουργικούς τύπους τους περιέγραψε και ονόμασε: ο επικριτικός, ο συμβιβαστικός, ο παραπλανητικός, ο υπολογιστικός. Τον λειτουργικό τύπο τον ονόμασε ευθύ και αναφέρθηκε στις ευεργετικές συνέπειες της ευθείας επικοινωνίας.

Αυτό το αξίωμα χρησιμοποιήθηκε, για να γίνουν κατανοητοί οι μηχανισμοί της επικοινωνίας που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και την ψυχοπαθολογία στα συστήματα. Το αξίωμα αυτό αναφέρεται στην παράλληλη επικοινωνία η οποία συμβαίνει διαρκώς στην ανθρώπινη επικοινωνία.

Δύο άνθρωποι όταν συναντιούνται και δημιουργούν μια σχέση, από τη μεγάλη ποικιλία συμπεριφορών, τις οποίες μπορούν να ανταλλάξουν ή να μην ανταλλάξουν, περιορίζονται σε αυτές οι οποίες οριοθετούνται και καθορίζονται από τον τρόπο με τον οποίο όρισαν αμοιβαία τη σχέση τους. Κάθε μήνυμα το οποίο ανταλλάσσουν, ή επικυρώνει τον ορισμό της σχέσης ή εισάγει αλλαγή του ορισμού της σχέσης όντας ένα μήνυμα νέου τύπου (Haley, 1963). Για παράδειγμα, αν ένας άνδρας απλώσει το χέρι του και αγκαλιάσει μια γυναίκα, αυτό είναι ένα μήνυμα ότι η ερωτική διάσταση εμπεριέχεται στη σχέση. Αν η γυναίκα αρνηθεί και απομακρυνθεί, στέλνει ένα μήνυμα ότι η ερωτική διάσταση πρέπει να αποκλεισθεί από τη σχέση. Όμως οι άνθρωποι επικοινωνούν για να ανταλλάξουν πληροφορίες αλλά και για να ορίσουν την επικοινωνία τους. Όχι μόνο λένουν κάτι, αλλά και σχολιάζουν αυτό το οποίο είπαν ή το αξιολογούν ή το επικυρώνουν. Ο σχολιασμός, η αξιολόγηση και η επικύρωση συνιστούν παράλληλη επικοινωνία. Κάθε μήνυμα το οποίο ανταλλάσσεται εμπεριέχει παράλληλες πληροφορίες, το περιεχόμενο και τον ορισμό του. Με κανέναν τρόπο δεν μπορεί κάποιος να αποφύγει τον σχολιασμό του μηνύματος.

Αν για παράδειγμα, προσπαθώντας να αποφύγει την επικοινωνία μείνει σιωπηλός, ενώ όλοι περιμένουν να μιλήσει, αυτή η σιωπή είναι μήνυμα που δηλώνει κάτι για τη σχέση (Haley, 1963).

Τα λεκτικά μηνύματα σχολιάζονται ή και επικυρώνονται στο πλαίσιο μιας σχέσης είτε με τις στάσεις και τις κινήσεις του σώματος είτε με τον προφορικό λόγο.

Αυτή η παράλληλη επικοινωνία ενδέχεται να είναι αντιφατική. Παράδειγμα τέτοιας επικοινωνίας μπορεί να είναι το εξής: στο παράδειγμα το οποίο αναφέρθηκε μπορούσε η γυναίκα να είχε δηλώσει λεκτικά «όχι» στην ερωτική διάσταση της επαφής τους, αλλά να πλησίαζε με το σώμα της τον άνδρα δηλώνοντας μη λεκτικά «ναι» και με αυτό τον τρόπο να πραγματοποιούσε μια αντιφατική επικοινωνία. Αυτό το οποίο δηλώνεται σε ένα πρώτο επίπεδο επικοινωνίας, στο λεκτικό, αναιρείται σε ένα δεύτερο επίπεδο επικοινωνίας, στο μη λεκτικό.

Σε μια σχέση και οι δύο συμμετέχοντες πρέπει να απαντήσουν στο εξής ζήτημα: Τι τύπος μηνυμάτων και συμπεριφορών μπορεί να υπάρχει σε αυτή την σχέση. Αν, για

παράδειγμα, τα λεκτικά μηνύματα συνήθως θα επικυρώνουν την πληροφορία την οποία δίνουν τα μη λεκτικά ή θα την αναιρούν δημιουργώντας έτσι έναν αντιφατικό τρόπο επικοινωνίας. Επίσης πρέπει να καθοριστεί και πόσο και πότε αυτό στη σχέση γίνεται αποδεκτό.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις ταξινομούνται σε διαταραγμένες ή μη ανάλογα με τον τρόπο στον οποίο απαντούν στο θέμα αυτό (Haley, 1963). Όταν η επικοινωνία σε ένα σύστημα είναι συνήθως αντιφατική, τότε κατατάσσονται στις διαταραγμένες, ενώ όταν το πρώτο επίπεδο συνήθως επικυρώνει το δεύτερο και δεν είναι αντιφατική τότε κατατάσσονται στις ομαλές.

Στις οικογένειες στις οποίες αναπτύσσονται αντιφατικές επικοινωνίες δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για παρανοήσεις μεταξύ των μελών και συγκρούσεις λόγω κακής κατανόησης των ανταλλασσόμενων πληροφοριών. Η συμπτωματική συμπεριφορά είναι μια ασυνέπεια μεταξύ του επιπέδου του περιεχομένου και του επιπέδου της μετά-επικοινωνίας η οποία ορίζει το επίπεδο του περιεχομένου (Haley, 1963).

Στη θεραπευτική διαδικασία οι θεραπευτές αναγνωρίζουν αυτού του είδους τις επικοινωνίες, τις κάνουν φανερές σε όλη την οικογένεια και βοηθούν την οικογένεια να πειραματιστεί με τη λεγόμενη ευθεία επικοινωνία (Satir, 1988). Ευθεία επικοινωνία είναι ένα είδος επικοινωνίας στην οποία η αντιφατική παράλληλη επικοινωνία αντικαθίσταται από ευθεία παράλληλη επικοινωνία. Στις οικογένειες στις οποίες αυξήθηκε το ποσοστό αρμονικής επικοινωνίας τα μέλη εμφάνισαν μείωση των επιπέδων άγχους και αυξημένο ποσοστό ευεξίας (Satir, 1988).

Αξίωμα τρίτο: Οι άνθρωποι επικοινωνούν "ψηφιακά " και "αναλογικά"

Οι άνθρωποι επικοινωνούν "ψηφιακά " και "αναλογικά". Ως αναλογική γλώσσα ορίζεται κάθε μη λεκτική πλευρά της λεκτικής επικοινωνίας, αλλά και της επικοινωνίας γενικότερα. Για παράδειγμα η γλώσσα του σώματος, η έκφραση του προσώπου, η χροιά της φωνής, ο τόνος της φωνής , ή ο χρωματισμός της φωνής. Ενώ η γλώσσα και το περιεχόμενό της ορίζεται ως ψηφιακή (λεκτική) μορφή της επικοινωνίας. Η γλώσσα έχει συντακτική αξία, αλλά έχει μειωμένη σημασιολογική δυνατότητα στο πεδίο της σχέσης, διότι η συντακτική ακρίβεια μιας δήλωσης, όπως για παράδειγμα «σε αγαπώ», για να αποκτήσει πλήρη πληροφοριακή ισχύ, πρέπει να

συνοδευτεί και με τις απαραίτητες μη λεκτικές πληροφορίες, όπως η έκφραση του προσώπου, η στάση του σώματος κλπ.

Ο λόγος έχει συντακτική δομή και φυσικά την δυνατότητα μεγάλου βαθμού σαφήνειας. Αλλά η αναλογική (μη λεκτική) γλώσσα έχει σημασιολογική αξία, αν και στερείται επαρκούς σύνταξης για τον σαφή ορισμό της φύσης των σχέσεων. Για παράδειγμα, δεν αρκεί η ψηφιακή διατύπωση της δήλωσης «σε αγαπώ» για να ορισθεί η φύση της σχέσης ενός άνδρα και μιας γυναίκας, αλλά απαιτείται και η μη λεκτική σημασιοδότησή της.

Τα μέλη των επικοινωνιακών συστημάτων, όταν επικοινωνούν ως πομποί ή δέκτες προσπαθώντας να συνδυάσουν αυτές τις δύο γλώσσες βρίσκονται στη συνεχή ανάγκη να μεταφράζουν από τη μία γλώσσα στην άλλη. Αυτό προκαλεί αναπόφευκτα απώλεια πληροφοριών, γεγονός που μπορεί να τους φέρει σε πολύ αξιοπερίεργα διλλήματα τα οποία ενδέχεται να οδηγήσουν σε παθολογική επικοινωνία και ανάδυση συμπτωμάτων.

Οι Bateson & Jackson (1964) έχουν διατυπώσει την υπόθεση ότι η αντίθεση μεταξύ αναλογικής και ψηφιακής επικοινωνίας παίζει σημαντικό ρόλο στον σχηματισμό του υστερικού συμπτώματος. Κατ'αυτούς λαμβάνει χώρα στην επικοινωνία μια αναμετάφραση, δηλαδή μια επιστροφή του ψηφιοποιημένου μηνυματικού υλικού στον αναλογικό τρόπο.

Η απογύμνωση του ψηφιακού υλικού από τις λογικού τύπου ενδείξεις του οδηγεί στον σχηματισμό συμπτώματος. Για παράδειγμα: ο λεκτικός κεφαλόπονος, ο οποίος επινοήθηκε ως δικαιολογία αποφυγής κάποιας ενέργειας μπορεί να γίνει υποκειμενικά πραγματικός και να υπάρξει πραγματική αίσθηση του πόνου.

Οι έρευνες και οι δημοσιεύσεις του Watzlawick και των συνεργατών του (Watzlawick *et al.*, 1967) συνέδεσαν τη θεωρία της επικοινωνίας με τη θεραπευτική πρακτική (Watzlawick *et al.*, 1967). Υπέδειξε σε όλους τους συστημικούς οικογενειακούς θεραπευτές να στρέψουν την προσοχή τους στην ανάγκη για κατανόηση της σημασίας με την οποία λέγεται το καθετί στη συνεδρία και αντίστοιχα του τι προσλαμβάνεται από αυτό που λέγεται. Επίσης να προσέξουν τη «σύνταξη», δηλαδή τον τρόπο, το ύφος με το οποίο λέγεται το καθετί στην επικοινωνιακή συναλλαγή. Και τέλος να παρατηρήσουν τα (pragmatics) ποια αποτελέσματα στη συμπεριφορά και ποιες συνέπειες στην επικοινωνία επιφέρουν τα λεγόμενα και το ύφος τους. (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Αξίωμα τέταρτο: «είναι αδύνατον να μην επικοινωνείς εντός της σχέσης »

Ένα από τα αξιώματα της θεωρίας επικοινωνίας είναι ότι είναι αδύνατον να αποφύγεις να ορίσεις την σχέση ή να αποφύγεις να αναλάβεις τον έλεγχο του ορισμού της σχέσης. Ως ορισμός της σχέσης περιγράφεται η διαδικασία κατά την οποία δύο μέλη που σχετίζονται περιγράφουν την σχέση τους, για παράδειγμα, ως φιλική και συμφωνούν ποιες συμπεριφορές είναι αποδεκτές και ποιες όχι σε αυτόν τον ορισμό της σχέσης, ενώ ο έλεγχος του ορισμού είναι η επικοινωνιακή διαδικασία κατά την οποία κάποιος από τους επικοινωνούντες αποκτά την εξουσία να καθορίζει το πώς θα ορίζεται η σχέση. Για παράδειγμα ένας ο οποίος υιοθετεί συμπεριφορά αδυνάτου σε μια σχέση δηλώνει δια της αδυναμίας του ότι έχει ανάγκη ο άλλος να ασχολείται μαζί του φροντίζοντάς τον, συμπεριφερόμενος δε ως αδύναμος ορίζει τον τρόπο με τον οποίο θα συμπεριφέρεται ο άλλος στη σχέση, για παράδειγμα θα είναι αυτός ο οποίος θα τον φροντίζει.

Αυτή η διατύπωση οφείλεται στον Haley (1963). Ο Haley ήδη στις αρχές της δεκαετίας του 1960 ασχολήθηκε με τη μελέτη της επίπτωσης της επικοινωνίας στην ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας. Η συνεισφορά του Haley στη συστημική σκέψη και ψυχοθεραπεία σχετίζεται περισσότερο με την εφαρμογή της θεωρίας της επικοινωνίας στην ψυχοθεραπευτική πρακτική με τις οικογένειες. Υπογράμμισε τον αγώνα για εξουσία που αναπτύσσουν τα μέλη των συστημάτων και τον έλεγχο της σχέσης. Ο αγώνας αυτός είναι εγγενής στα μηνύματα τα οποία ανταλλάσσουν τα μέλη του συστήματος. Το περιεχόμενο του αγώνα αυτού είναι: Ποιος ορίζει την σχέση; Ποιος αποφασίζει το ποιος αποφασίζει; Το ίδιο παιχνίδι παίζεται και στη θεραπευτική σχέση μεταξύ του θεραπευτή και της οικογένειας (Haley, 1963). Εκτός από τον Haley άλλοι θεραπευτές, όπως οι Watzlawick και συν. (1967) μελέτησαν την επικοινωνία στις οικογένειες, ενώ ο Watzlawick συστηματοποίησε τη θεωρία της επικοινωνίας. Την στήριξε ερευνητικά και την συνέδεσε με την θεραπευτική πρακτική. Η έρευνα με τον Watzlawick προχώρησε πέρα από τη μελέτη των σχιζοφρενικών και των οικογενειών τους. Μελέτησε τα αλληλεπιδραστικά σχήματα επικοινωνίας των οικογενειακών συστημάτων σε οικογένειες οι οποίες δεν είχαν σχιζοφρενές μέλος. Αυτό το έκανε για να κατανοήσει πώς τα ελαττωματικά αλληλεπιδραστικά σχήματα επικοινωνίας των οικογενειακών συστημάτων μπορούν να οδηγήσουν την οικογένεια

σε δυσλειτουργική συμπεριφορά και εμφάνιση συμπτωμάτων σε μέλη της (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Η προσπάθεια ελέγχου του ορισμού της σχέσης αποτελεί μέρος της φυσιολογικής αλληλεπίδρασης των μελών μιας οικογένειας. Η προσπάθεια αυτή είναι αγώνας για τον έλεγχο αυτού το οποίο μπορεί να συμβεί ή να μη συμβεί στην σχέση. Για παράδειγμα, στη σχέση ενός ζεύγους είναι η σύζυγος η οποία δικαιούται να θυμώνει και να κάνει παράπονα ενώ, όταν κάνει το ίδιο ο σύζυγος, αυτό είναι εντελώς απαράδεκτο και το ότι είναι απαράδεκτο δηλώνεται με τρομερά έντονους καυγάδες ή καταφυγή σε ειδικούς, όταν ο σύζυγος παραβαίνει αυτό τον κανόνα. Όλοι είναι υποχρεωμένοι να ορίσουν τη σχέση τους ή να απαντήσουν στον ορισμό τον οποίο οι άλλοι προτείνουν. Αυτός ο αγώνας προκαλεί ψυχοπαθολογία, όταν κάποιος, ενώ προσπαθεί να ελέγξει τη σχέση, αρνείται ότι προσπαθεί να το κάνει (Haley, 1963).

Η συμπτωματική συμπεριφορά είναι μια ασυνέπεια μεταξύ του επιπέδου του περιεχομένου και του επιπέδου της μετά-επικοινωνίας η οποία ορίζει το επίπεδο του περιεχομένου. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι πολύπλοκα και συνήθως χρειάζονται ανάλυση σε περισσότερα επίπεδα επικοινωνίας (Haley, 1963). Για την κατανόησή τους χρειάζεται να ληφθούν υπόψη και άλλα αξιώματα της επικοινωνίας αλλά και η θεωρία συστημάτων όπως θα παρουσιασθεί στη συνέχεια της διατριβής.

Αυτό το αξίωμα συνεισφέρει στην κατανόηση της κατασκευής των συμπτωμάτων ως εξής: τα συμπτώματα θεωρούνται ως το αποτέλεσμα ενός τρόπου με τον οποίο θέτει κάποιος εαυτόν έναντι των άλλων. Ο τρόπος αυτός έχει το ειδικό χαρακτηριστικό, ότι κάποιος προσπαθεί να έχει τον έλεγχο μιας σχέσης αρνούμενος ότι το κάνει (Haley, 1963).

Για παράδειγμα η σύζυγος πιέζει το σύζυγο να αναλάβει τη φροντίδα του σπιτιού ενώ αρνείται ότι τον πιέζει γι' αυτό. Μπορεί να εμφανίζει ως σύμπτωμα ανεξήγητους ιλίγγους ή αλλεργία στο απορρυπαντικό. Μία σύζυγος με αυτές τις εκδηλώσεις περιορίζει τις κινήσεις του συζύγου κρατώντας τον περισσότερο εντός της οικίας χωρίς να παραδέχεται ότι το κάνει, αφού ο περιορισμός των δικών της δραστηριοτήτων εμφανίζεται ως σύμπτωμα (ίλιγγος), το οποίο αναγνωρίζεται ως κάτι πέρα από την θέλησή της (Haley, 1963). Αυτό υποβάλλει την ιδέα ότι η θεραπευτική αλλαγή θα πρέπει να σχετίζεται με αναγνώριση αυτού του τρόπου επικοινωνίας και την τροποποίησή του.

Η θεραπευτική διαδικασία πρέπει να περιλαμβάνει όλους τους δημιουργούς αυτού του τύπου επικοινωνίας ως προσκεκλημένους στις θεραπευτικές συνεδρίες, ώστε να γίνει η διερεύνηση, αναγνώριση και τροποποίηση του τρόπου επικοινωνίας.

Αξίωμα Πέμπτο: όλες οι επικοινωνιακές συναλλαγές είναι είτε συμμετρικές είτε συμπληρωματικές

Στις ανθρώπινες σχέσεις όλες οι επικοινωνιακές συναλλαγές είναι είτε συμμετρικές (από θέση ίσης ισχύος) είτε συμπληρωματικές (από θέση άνισης ισχύος). Για παράδειγμα, συμπληρωματική επικοινωνία είναι η επικοινωνία γονιού-παιδιού στην οποία οι επικοινωνούντες επικοινωνούν από θέση ανίσχυρου προς ισχυρό, ενώ συμμετρική είναι η επικοινωνία μεταξύ δύο ενηλίκων οι οποίοι είναι ισότιμοι και ισοδύναμοι σε μια συζυγική σχέση και επικοινωνούν από ισοδύναμη θέση. Άλλο παράδειγμα: συμπληρωματική είναι η σχέση μαθητή και διδάσκοντος, όταν ο μαθητής θέτει ερωτήσεις για να κατανοήσει κάποια σημεία της διδασκαλίας, ενώ συμμετρική όταν θέτει ερωτήσεις που υπονοούν « ξέρω όσα και εσύ». Οι έννοιες της συμμετρίας και της συμπληρωματικότητας αναφέρονται σε δύο βασικές κατηγορίες στις οποίες μπορούν να αναχθούν όλες οι ανταλλαγές στην επικοινωνία. Όπως τόνισαν οι Watzlawick και συν. (1967) και οι δύο κατηγορίες έχουν σημαντικές λειτουργίες στις υγιείς σχέσεις και οι δύο είναι παρούσες αν και ευρισκόμενες σε εναλλαγή ή δρώντας σε διαφορετική περιοχή η καθεμιά. Αυτό σημαίνει ότι το κάθε ένα από τα δύο πρότυπα μπορεί να σταθεροποιήσει το άλλο, όποτε εκδηλώνεται καταφυγή σε ένα από αυτά. Σε μια υγιή επικοινωνία οι δύο εταίροι μπορεί να σχετίζονται συμμετρικά σε μια περιοχή και συμπληρωματικά σε άλλη και αυτό είναι όχι μόνο εφικτό αλλά και αναγκαίο. Σε μια υγιή συμμετρική σχέση οι εταίροι είναι ικανοί να αποδέχονται ο ένας στον άλλον την αντίστοιχη «ταυτότητα» τους, γεγονός το οποίο οδηγεί σε αμοιβαίο σεβασμό και εμπιστοσύνη και ισοδυναμεί με ρεαλιστική, ανταποδοτική επιβεβαίωση των εαυτών τους. Όσον αφορά τη συμπληρωματική σχέση, η υγιής συμπληρωματική θέση λειτουργεί ως θετική επιβεβαίωση του ενός από τον άλλον.

Η θέση, συμμετρική ή συμπληρωματική, την οποία λαμβάνει το κάθε μέλος στην επικοινωνία ορίζει τη σχέση. Και το να ορίσεις τη σχέση και να έχεις τον έλεγχο του είδους της σχέσης είναι μια σημαντική λειτουργία των ανθρώπων στα συστήματα, την οποία δεν αποφεύγει κανείς, όπως έχει ήδη αναφερθεί.

Όπως κάθε πρότυπο επικοινωνίας, η συμμετρική και συμπληρωματική επικοινωνία έχουν τις δικές τους δυνητικές παθολογίες οι οποίες εκδηλώνονται ως συμπτώματα σε μέλη της οικογένειας (Watzlawick *et al.*, 1967).

Η παθολογία στη συμμετρική σχέση εκδηλώνεται με υπερβολική ανταγωνιστικότητα, διενέξεις, οι οποίες στα ζευγάρια είναι ατέρμονες και σταματούν μόνο όταν το ζεύγος φτάσει σε σωματική ή συναισθηματική εξάντληση, οπότε κηρύττουν εκεχειρία, μέχρι να επανακτήσουν δυνάμεις για τον επόμενο γύρο εχθροπραξιών.

Ο Theodore Lidz (Lidz, Cornelson, Fleck, & Terry, 1957a) περιέγραψε αυτή τη διαδικασία με τον όρο «σχίσμα». Ο Theodore Lidz στις αρχές της δεκαετίας του 1940, όταν εργαζόταν στο Johns Hopkins University και άρχισε να μελετά τις οικογένειες των σχιζοφρενών, όπου ανακάλυψε ότι γενικά οι ασθενείς – σχιζοφρενικοί, σχεδόν χωρίς καμία εξαίρεση προέρχονταν από οικογενειακά περιβάλλοντα στα οποία κυριαρχούσε η αστάθεια και οι εσωτερικές συγκρούσεις (Broderick & Schrader, 1991).

Όταν μετατέθηκε στο 1951 στο πανεπιστήμιο του Yale, συνέχισε τη μελέτη των σχιζοφρενικών οικογενειών. Αναγνώρισε την ανικανότητα αυτών των οικογενειών να αναπτύξουν την κατάλληλη εσωτερική δομή με διαφοροποίηση ρόλων (Broderick & Schrader, 1991).

Ο Lidz ήταν ο πρώτος ο οποίος αναφέρθηκε με συστηματικό τρόπο στον ρόλο των πατέρων κατά τη διαδικασία της γέννησης του «σχίσματος» (Lidz, Parker & Cornelson, 1957a). Μελέτησε τη στρέβλωση της ταυτότητας του παιδιού η οποία επέρχεται μέσα σε οικογένειες των οποίων τα μέλη συμπεριφέρονται ανάρμιστα για την ηλικία τους και το φύλο τους. Επινόησε την σημαντική έννοια του συζυγικού σχίσματος (marital schism) για την κατανόηση της σχιζοφρενικής διαδικασίας (Lidz *et al.*, 1957b).

Η έννοια του συζυγικού σχίσματος, αναφέρεται στην δυσλειτουργική κατάσταση κατά την οποία ο κάθε γονέας απορροφημένος από τα δικά του θέματα δεν καταφέρνει να έχει μια ικανοποιητική λειτουργία μέσα στην οικογένεια η οποία να είναι συμβατή και αμοιβαία με τη λειτουργία του άλλου συζύγου. Κάθε γονέας αναπτύσσει την τάση να υποσκάπτει την αξία του άλλου, ειδικά ενώπιον των παιδιών. Και επιπρόσθετα αναπτύσσουν και οι δύο γονείς ανταγωνιστική διεκδίκηση για τη συμπάθεια, την υποστήριξη, την αφοσίωση των παιδιών. Χωρίς ποτέ να εκτιμά ο ένας γονέας τον άλλο φοβάται ότι κάποιο παιδί θα μεγαλώσει και θα συμπεριφέρεται όπως ο άλλος γονέας. Οι απειλές για διαζύγιο ή χωρισμό είναι συνηθισμένες και συχνά ο

πατέρας εξοστρακίζεται και δεν έχει πραγματική οντότητα, αν παραμείνει στο σπίτι (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Ένα ιστορικό πρόσωπο για το χώρο της συστημικής ψυχοθεραπείας είναι και ο Jay Haley (1963), ο οποίος εργαζόταν με τον Paul Watzlawick στην ανάλυση των λεκτικών αλληλεπιδράσεων στα πλαίσια της οικογένειας. Η συνεισφορά του Haley στη συστημική σκέψη και ψυχοθεραπεία σχετίζεται περισσότερο με την εφαρμογή της θεωρίας της επικοινωνίας στην ψυχοθεραπευτική πρακτική με τις οικογένειες.

Οι παθολογίες των συμπληρωματικών σχέσεων από ψυχοπαθολογική σκοπιά είναι σημαντικές. Σε μια συμπληρωματική σχέση προκύπτει ένα σημαντικό πρόβλημα, όταν η μητέρα, για παράδειγμα, απαιτεί το παιδί της να επιβεβαιώσει τον ορισμό τον οποίο δίνει η ίδια για τον εαυτό της και ο οποίος έρχεται σε αντίθεση με τον ορισμό με τον οποίο το παιδί βλέπει τη μητέρα του. Αυτό δημιουργεί στο παιδί ένα πολύ ιδιόμορφο πρόβλημα: πρέπει να μεταβάλει τον ορισμό τον οποίο δίνει το ίδιο για τον εαυτό του, διατυπώνοντας έναν ορισμό ο οποίος συμπληρώνει και κατά συνέπεια υποστηρίζει εκείνον της μητέρας, διότι είναι στη φύση των συμπληρωματικών σχέσεων το ότι ένας ορισμός για τον εαυτό μπορεί να διατηρείται μόνο αν ο εταίρος παίζει τον ειδικό συμπληρωματικό ρόλο. Σε τελευταία ανάλυση δεν μπορεί να υπάρξει μητέρα χωρίς παιδί. Αλλά τα πρότυπα σχέσης μητέρας-παιδιού μπορούν να αλλάζουν με τον καιρό και τις εξελικτικές ανάγκες των εταίρων στη σχέση. Όταν δεν μπορεί να γίνει αυτό και εκδηλώνεται άκαμπτη συμπληρωματικότητα, βρισκόμαστε ήδη στο χώρο της παθολογικής επικοινωνίας. Όπως παρατήρησε ο Laing (1959), σε αυτές τις σχέσεις παρατηρούνται αυξανόμενη αίσθηση ματαιώσης και αισθήματα απελπισίας σε έναν από τους δύο εταίρους, καθώς και παράπονα για όλο και εντονότερα αισθήματα αποξένωσης από τον εαυτό, αποπροσωποποίησης, αβουλία και ψυχαναγκαστική συμπεριφορά σε άτομα τα οποία εκτός σχέσης λειτουργούν απολύτως ικανοποιητικά (Watzlawick *et al.*, 1967). Στο παράδειγμα το οποίο αναφέρει ο Haley (1963) και έχει ήδη αναφερθεί σε άλλο σημείο της μελέτης, φαίνεται η συσχέτιση της συμμετρίας και συμπληρωματικότητας με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας: αφορά την περίπτωση μιας γυναίκας με τον ψυχαναγκασμό να πλένει τα χέρια της πολλές φορές την ημέρα και να κάνει συχνά ντους. Η ανάλυση του οικογενειακού πλαισίου της έδειξε ότι ο σύζυγός της ήταν αυταρχικός και επέβαλλε πάντα τη θέλησή του, χωρίς να συμφωνεί η σύζυγος αλλά και χωρίς να μπορεί να κάνει αλλιώς. Τότε η εμφάνιση του συμπτώματος αμφισβήτησε την ισχύ του συζύγου, αφού ούτε αυτός όπως και η σύζυγος δεν

μπορούσε να το ελέγξει. Έτσι με το σύμπτωμα αυτό η σύζυγος ρύθμιζε τη σχέση διά μέσω της συμπληρωματικής θέσης της και του συμπτώματός της. Όπως αναφέρει ο Haley (1963), στον σύζυγο άρεσε η καθαριότητα στο σπίτι και η σύζυγος δεν μπορούσε να ασχοληθεί με αυτήν, διότι περνούσε πολύ καιρό της ημέρας με το σύμπτωμά της, την ατομική υγιεινή. Επιπλέον αυτός ήθελε να πλένονται τα πιάτα γρήγορα, αλλά αυτή δεν μπορούσε, διότι, αν έβαζε τα χέρια της στο νερό, δεν μπορούσε να σταματά να τα πλένει, σύμφωνα με το ψυχαναγκαστικό της σύμπτωμα ! Έτσι, ενώ αυτός επέμενε ότι είναι ο αρχηγός, το αφεντικό στο σπίτι τελικά ήταν η σύζυγος, η οποία με ένα απλό ψυχαναγκαστικό πλύσιμο χεριών τον αντικαθιστούσε στην αρχηγία σημειώτεον ότι η σύζυγος παρείχε τα εισοδήματα με τα οποία ζούσαν. (Haley, 1963).

Ο (Lidz *et al*, 1957b) περιέγραψε ως συζυγική λοξοδρόμηση (Marital skew) την ψυχοπαθολογία η οποία εκδηλώνεται στις οικογένειες, όταν υπάρχει η παθολογική μορφή της συμπληρωματικής σχέσης.

Στο σχήμα της συζυγικής λοξοδρόμησης η συνέχεια του γάμου δεν απειλείται, αλλά υπάρχουν αμοιβαία καταστροφικά σχήματα. Η σοβαρή ψυχολογική διαταραχή ενός γονέα κυριαρχεί σε αυτού του είδους τις οικογένειες. Ο άλλος γονέας αναδεικνύεται εξαρτημένος και αδύναμος και έτσι αποδέχεται την κατάσταση αφήνοντας να εννοηθεί ότι η κατάσταση είναι φυσιολογική. Μια τέτοια άρνηση της πραγματικότητας μπορεί να οδηγήσει τα παιδιά σε περαιτέρω αρνήσεις και στρεβλώσεις της πραγματικότητας. Αυτές οι δύο δυσλειτουργικές καταστάσεις σχετίσθηκαν από τους Lidz και συν.(1957b) με την δημιουργία ενός οικογενειακού κλίματος το οποίο προκαλεί την εμφάνιση της σχιζοφρένειας (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Η θεραπευτική αλλαγή σχετιζόταν με την αναγνώριση αυτής της δυσλειτουργικής επικοινωνίας και την άμεση τροποποίησή της. Οι συστημικοί θεραπευτές με τις παρεμβάσεις τους επιδιώκουν να εισάγουν συμπληρωματικότητα όπου η σχέση είναι μόνο συμμετρική και συμμετρικότητα όπου η σχέση είναι άκαμπτα συμπληρωματική (Watzlawick *et al.*, 1967).

Η συμπτωματική συμπεριφορά είναι μια ασυνέπεια μεταξύ του επιπέδου του περιεχομένου και του επιπέδου της μετα-επικοινωνίας η οποία ορίζει το επίπεδο του περιεχομένου. Συμπτώματα πιο πολύπλοκα χρειάζονται ανάλυση σε περισσότερα επίπεδα επικοινωνίας (Haley, 1963).

Τα συμπτώματα θεωρούνται ως το αποτέλεσμα ενός τρόπου με τον οποίο θέτεις εαυτόν έναντι των άλλων και ο οποίος έχει το εξής ειδικό χαρακτηριστικό: προσπαθείς να έχεις τον έλεγχο μιας σχέσης αρνούμενος ότι το κάνεις (Haley, 1963), όπως για παράδειγμα, η σύζυγος η οποία πιέζει τον σύζυγο να αναλάβει την φροντίδα του σπιτιού αρνούμενη ότι το κάνει (Haley, 1963).

Αυτές οι θεωρίες ενίσχυσαν την ιδέα ότι, για να γίνουν οι απαραίτητες παρεμβάσεις στη συνεδρία, πρέπει να βρίσκονται παρόντα όλα τα μέλη τα οποία δημιουργούν αυτό το είδος επικοινωνίας. Δηλαδή ολόκληρη η οικογένεια.

Παρουσιάστηκαν τα πέντε βασικά αξιώματα τα οποία έχουν διατυπωθεί από τους θεωρητικούς των θεωριών επικοινωνίας και ο τρόπος με τον οποίο έχουν χρησιμοποιηθεί από τους συστημικούς οικογενειακούς θεραπευτές, ώστε να γίνει κατανοητή η διαδικασία ανάπτυξης και διατήρησης της ψυχικής υγείας των ατόμων, ο τρόπος με τον οποίο αναπτύσσεται η ψυχοπαθολογία στα μέλη των οικογενειών, η επίδρασή τους στη θεραπευτική διαδικασία της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας και η αξιοποίησή τους για την επίτευξη της θεραπευτικής αλλαγής.

Όμως και άλλες θεωρητικές έννοιες της θεωρίας των επικοινωνιών έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας, οι οποίες θα παρουσιασθούν στη συνέχεια.

Η παράδοση επικοινωνία

Η παράδοση επικοινωνία έχει μερικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι πολύ σημαντικά, ώστε να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία αντιλαμβάνεται την ψυχοπαθολογία και τη θεραπευτική διαδικασία. Θα παρουσιασθούν οι εκφάνσεις της παράδοξης επικοινωνίας, οι συνέπειες για τη θεραπευτική αλλαγή και το είδος των παρεμβάσεων οι οποίες στηρίζονται στην παράδοση επικοινωνία.

Άλλη πτυχή της επικοινωνίας είναι οι παράδοξες επικοινωνίες. Παράδοξο ονομάζεται η επικοινωνιακή αλληλουχία κατά την οποία ένα άτομο θέτει αντικρουόμενες οδηγίες. Παράδειγμα: σε διατάζω να απαντήσεις αυθόρμητα. Προφανώς δεν μπορεί κάποιος να απαντήσει σε μια διαταγή αυθόρμητα.

Η βασική διαφορά ανάμεσα στο παράδοξο και την απλή αντίφαση έγκειται στο γεγονός ότι η στην περίπτωση της αντίφασης η επιλογή αποτελεί λύση, αλλά δεν είναι καν εφικτή στην περίπτωση των παραδόξων.

Όταν υποβάλλεται ο συνομιλητής σε παράδοξο, μπορεί να αντιδράσει με διάφορους τρόπους, μπορεί να βάλει τέλος στη σχέση ή να σχολιάσει την αδιέξοδη κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Αυτές οι αντιδράσεις είναι συνήθεις και αναγνωρίζονται σε συστήματα υγιή (Haley, 1963). Αντίθετα σχετίζονται αιτιοπαθογενετικά με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στην επικοινωνία οι ακόλουθοι παράδοξοι τρόποι επικοινωνίας (Haley, 1963). Πρώτον αν σε μια επικοινωνία ένα άτομο απαντήσει δείχνοντας ότι δεν απαντά στο άλλο άτομο και δεύτερον αν ένα άτομο από τα δύο στην επικοινωνία κάνει χειρισμούς για να καθορίσει την συμπεριφορά του άλλου, ενώ αρνείται ότι το κάνει (Haley, 1963). Όταν αυτές οι επικοινωνίες συμβαίνουν σε μια συμπληρωματική σχέση από την οποία αυτός που δέχεται τα αντικρουόμενα μηνύματα δεν μπορεί να εξέλθει, τότε μπορεί να αναπτυχθεί ψυχοπαθολογία στο αδύναμο μέλος της σχέσης. Αυτό ονομάστηκε διπλός δεσμός (Bateson, 1979).

Το παράδοξο στην επικοινωνία, ο διπλός δεσμός και οι συνέπειές του στην εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας στις οικογένειες ήταν το αντικείμενο των ερευνών ενός από τους πατέρες της συστημικής σκέψης του Gregory Bateson, ο οποίος ήταν ανθρωπολόγος και φιλόσοφος. Τα ερευνητικά ενδιαφέροντά του επηρεάστηκαν από θέματα, όπως οι παράδοξες πλευρές της επικοινωνίας και από το έργο του Russell και του Whitehead (1910-13) οι οποίοι ανέπτυξαν την έννοια της ιεραρχίας λογικών τύπων. Η έννοια της ιεραρχίας λογικών τύπων χρησιμοποιήθηκε από τον Bateson, για να εξηγήσει τις παράδοξες πλευρές στην ανθρώπινη επικοινωνία.

Μια σύντομη παρουσίαση της θεωρίας των λογικών τύπων θα ήταν χρήσιμη ώστε να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο ο Bateson (Bateson *et al.*, 1956) την συνέδεσε με τα παράδοξα στην ανθρώπινη επικοινωνία.

Σύμφωνα με τη θεωρία της ιεραρχίας των λογικών τύπων πρέπει να γίνεται διαχωρισμός μεταξύ μιας τάξης πραγμάτων και μεταξύ των στοιχείων της τάξης. Μια δήλωση η οποία αναφέρεται σε μια τάξη παρουσιάζει μεγαλύτερο βαθμό αφαιρετικότητα, με άλλα λόγια είναι ιεραρχικά υψηλότερου λογικού τύπου, από μια δήλωση που αναφέρεται σε στοιχεία μιας τάξης ή σε σύνολο στοιχείων. Αυτή η διαφοροποίηση είναι σημαντική, όταν δύο δηλώσεις είναι παρουσιασμένες με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην είναι σαφές αν η αναφορά γίνεται για την τάξη ή στοιχεία της τάξης. Έτσι μπορεί να αναφέρεται ή στην τάξη ή σε στοιχεία της τάξης. Αυτό δημιουργεί ασάφεια. Για παράδειγμα η λέξη άνθρωπος μπορεί να αναφέρεται σε ένα άτομο (στοιχείο μιας τάξης) ή στο ανθρώπινο είδος (μια τάξη, η τάξη όλου του

ανθρώπινου είδους). Στη δεύτερη περίπτωση η έννοια άνθρωπος είναι τοποθετημένη σε υψηλότερο επίπεδο αφαίρεσης και αντιστοιχεί σε υψηλότερο λογικό τύπο.

Το γεγονός ότι δηλώσεις ανήκουν σε διαφορετικούς λογικούς τύπους και μπορούν να αναφέρονται είτε σε τάξη ως όλον είτε σε ένα στοιχείο της τάξης, σημαίνει ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να σχολιάσουν και το ένα και το άλλο, και την τάξη και το στοιχείο ταυτοχρόνως και να δημιουργηθεί έτσι ασάφεια ή παράδοξο. Μια δήλωση για μια τάξη είναι το ίδιο έγκυρη και για κάθε ένα στοιχείο της τάξης αυτής. Για παράδειγμα, ό,τι δηλώθηκε ότι είναι αληθές για τους ανθρώπους ως μέλη του ανθρώπινου είδους (τάξη), πρέπει να είναι αληθές για κάθε μεμονωμένο μέλος του είδους άνθρωπος. Η λογική τυποποίηση οδηγεί σε μια ιεραρχία έγκυρων δηλώσεων όπου η κατώτερη τάξη λογικών τύπων εμπεριέχεται στην ανώτερη τάξη λογικού τύπου.

Σημαντική είναι η διατύπωση σχετικά με το πώς δημιουργούνται τα παράδοξα. Αναφέρει ο Bateson (Bateson et al., 1956), στην περίπτωση που οι λογικοί τύποι συγχέονται μεταξύ τους, δηλαδή είναι ασαφές αν ο ομιλητής αναφέρεται στον ένα λογικό τύπο ή στον άλλο, το επίπεδο εγκυρότητας μειώνεται και αναπόφευκτα δημιουργείται ένα παράδοξο.

Αυτό ίσως μπορεί να γίνει περισσότερο κατανοητό με το παράδειγμα του παραδόξου του Επιμενίδη του Κρητικού: «Οι Κρητικοί πάντα ψεύδονται». Ο Επιμενίδης κάνοντας αυτή τη συγκεκριμένη δήλωση: «οι Κρητικοί πάντα ψεύδονται», η οποία είναι χαμηλότερης λογικής τάξης και κάνει ταυτόχρονα μια δήλωση για όλες τις δηλώσεις του (η υψηλότερη λογική τάξη είναι: «όλες οι δηλώσεις μου είναι ψευδείς γιατί είμαι Κρητικός»). Τότε η συγκεκριμένη δήλωση, το απόφθεγμα (το οποίο ανήκει σε χαμηλότερη λογική τάξη) είναι άκυρο.

Το παράδοξο δημιουργείται από το γεγονός ότι η τάξη (δήλωση που αφορά όλες τις δηλώσεις) είναι ένα στοιχείο του εαυτού της, και ως εκ τούτου αυτοαναφορική.

Το παράδοξο έγκειται στην ύπαρξη δύο αντιφατικών διαβεβαιώσεων, που δεν συγκρίνονται. Διότι σε διαφορετικό λογικό επίπεδο υπάρχει η διαβεβαίωση "εγώ ψεύδομαι" και η διαβεβαίωση που την εμπεριέχει (η μετά-βεβαίωση, όπως αργότερα ονομάστηκε) η οποία δεν είναι καθαρά εκπεφρασμένη, αλλά υπονοείται σε κάθε ανθρώπινο λόγο. Δηλαδή: "εγώ περιμένω εσύ να πιστέψεις αυτό που εγώ λέω" Αν το μεταμήνυμα γίνει σαφές, η φράση χάνει ένα μέρος από τις ποιότητες οι οποίες την καθιστούν συγχυτική και μένει να είναι ένα ζεύγος αντιφατικών προτάσεων. Όπως με

όλα τα παράδοξα έτσι και με αυτό όσο κανείς επιμένει, τόσο περισσότερο προκαλείται σύγχυση. Η διατύπωση έχει αυτή την μορφή: Είναι αληθινό μόνο αν είναι ψέμα και είναι ψέμα μόνο αν είναι αληθινό.

Πρέπει να υπενθυμιστεί ότι η αναγνώριση των λογικών τύπων γίνεται από έναν παρατηρητή ή έναν ομιλητή και μερικοί τύποι δεν είναι χαρακτηριστικά απορρέοντα από το σύστημα αλλά από την κατανόηση του παρατηρητή για το σύστημα.

Αναπτύχθηκε η έννοια του παραδόξου και ο τρόπος με τον οποίο διατυπώθηκε αυτή η έννοια από τον Gregory Bateson. Μια ειδική εκδοχή του παραδόξου αποτελεί ο διπλός δεσμός.

Ο διπλός δεσμός

Ο διπλός δεσμός αποτελεί μια σημαντική έννοια για την κατανόηση της ανάπτυξης της ψυχοπαθολογίας στα οικογενειακά συστήματα και συνάμα θεωρητικό υπόβαθρο συγκεκριμένων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων ιδιαίτερης σημασίας για τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Ο Gregory Bateson (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1962) χρησιμοποιώντας τη θεωρία των λογικών τύπων διαπίστωσε ότι η επικοινωνία μας είναι γεμάτη με τέτοια παράδοξα, όπως συμβαίνει και στην επικοινωνία των σχιζοφρενών, και αποφάσισε να ερευνήσει αυτό το θέμα. Το 1952 χρηματοδοτήθηκε από το Rockefeller Foundation για την ενδελεχέστερη μελέτη της ανθρώπινης επικοινωνίας και το 1954 με χρηματοδότηση του Macy Foundation άρχισε τη μελέτη της σχέσης των διπλών δεσμών (Double bind) με τη σχιζοφρένεια (Broderick & Schrader, 1991). Το 1954 στην ομάδα του Bateson, την οποία μέχρι τότε αποτελούσαν οι Jay Haley, John Weakland, William Fry, προστέθηκε και ο ψυχίατρος –ψυχαναλυτής Don Jackson, θεραπευτής οικογένειας (Gurman & Kniskern, 1986). Το 1956 η ομάδα δημοσίευσε το *Toward a Theory of Schizophrenia*, (Bateson *et al.*, 1956) στο οποίο εισήχθη η έννοια του διπλού δεσμού και η σημασία του για τη δημιουργία της σχιζοφρένειας.

Στα ανθρώπινα συστήματα μερικές φορές αναπτύσσεται το φαινόμενο του διπλού δεσμού. Ο διπλός δεσμός είναι χαρακτηριστικό το οποίο συνδέεται με τη σχιζοφρένεια, αλλά αυτό συμβαίνει όταν η παράδοξη κατάσταση του διπλού δεσμού

δεν καταλύεται από το χιούμορ ή κάποια δημιουργική προσέγγιση (Simon *et al.*, 1985).

Η έννοια του διπλού δεσμού είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, τόσο για την εξηγητική σημασία της για την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας όσο και για τις συνέπειες τις οποίες έχει στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Ο τρόπος με τον οποίο οι Watzlawick και συν. (1967) έχουν συνδέσει τον διπλό δεσμό με τη σχιζοφρένεια και γενικότερα με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια είναι ο ακόλουθος. Η παράδοξη επικοινωνία, η συμπληρωματική σχέση και η αδυναμία να εγκαταλείψει το θύμα το επικοινωνιακό πεδίο αποτελούν βασικά στοιχεία του διπλού δεσμού. Όταν ο διπλός δεσμός παρατείνεται χρονικά, τείνει να αυτοαναπαράγεται. Αυτή διαδικασία αναγνωρίζεται σαφώς σε ανθρώπους οι οποίοι ανέπτυξαν σχιζοφρένεια (Watzlawick *et al.*, 1967). Ο Watzlawick συστηματοποίησε τη θεωρία της επικοινωνίας, τη στήριξε ερευνητικά και τη συνέδεσε με την θεραπευτική πρακτική. Η έρευνα με τον Watzlawick προχώρησε πέρα από τη μελέτη των σχιζοφρενικών και των οικογενειών τους. Μελέτησε τα αλληλεπιδραστικά σχήματα επικοινωνίας των οικογενειακών συστημάτων σε οικογένειες οι οποίες δεν είχαν σχιζοφρενές μέλος. Ενήργησε έτσι, για να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο τα ελαττωματικά αλληλεπιδραστικά σχήματα επικοινωνίας των οικογενειακών συστημάτων μπορούν να οδηγήσουν την οικογένεια σε δυσλειτουργική συμπεριφορά και εμφάνιση συμπτωμάτων σε μέλη της (Watzlawick *et al.*, 1967).

Σε ένα σύστημα αναφέρθηκε ότι κάποιοι επικοινωνούν με συμμετρική σχέση και κάποιοι με συμπληρωματική σχέση. Σε αυτού του είδους την σχέση μερικές φορές αναπτύσσεται το φαινόμενο του διπλού δεσμού (Bateson, 1979). Ο διπλός δεσμός αποτελεί έναν τρόπο επικοινωνίας τον οποίο πρώτος περιέγραψε ο Bateson (1962). Στην αρχική δημοσίευσή του περιέγραψε τα χαρακτηριστικά του διπλού δεσμού ως εξής: πρέπει να μετέχουν δύο ή περισσότερα πρόσωπα στην επικοινωνία, να υπάρχει μια συμπληρωματική σχέση π.χ (γονιός και παιδί), να είναι η εμπειρία επαναλαμβανόμενη, να υπάρχει μια αρχική αρνητική εντολή, μια δεύτερη εντολή να ακολουθεί η οποία να είναι σε σύγκρουση με την πρώτη σε ένα πιο αφαιρετικό επίπεδο, ενώ ταυτόχρονα η πρώτη και η δεύτερη εντολή επιβάλλονται τιμωρητικά ή με ενδείξεις απειλής για την επιβίωση: αυτά πρέπει να δημιουργούν ένα μήνυμα το οποίο αρνείται την κατάφασή του και ταυτόχρονα καταφάσκει την άρνησή του. Πρέπει να ακολουθεί και μια τρίτη εντολή η οποία απειλητικά επιβάλλει στο θύμα

την απαγόρευση της διαφυγής από το πεδίο της αλληλεπίδρασης. Έτσι το «θύμα» ζει μια αναπόδραστη κατάσταση σε συνδυασμό με την ανικανότητα ή αδυναμία να αρθεί αυτό το παράδοξο μέσω μιας μεταεπικοινωνίας για το θέμα αυτό. Τέλος ο συνδυασμός των εντολών οι οποίες αναφέρθηκαν δε χρειάζεται να ισχύουν πλέον όταν το «θύμα» έχει μάθει να αντιλαμβάνεται τον κόσμο του μέσα από την οπτική του διπλού δεσμού (Bateson, et al., 1956). Ο ίδιος ο Bateson (1979) αναθεώρησε το σημείο του ορισμού στο οποίο αναφέρεται η έννοια «θύμα» στην επικοινωνία, παρατηρώντας ότι είναι χρησιμότερο να περιγραφεί ο διπλός δεσμός με όρους παγίδευσης των ανθρώπων σε ένα εξελισσόμενο σύστημα, το οποίο παράγει αντιφατικούς και συγκρουόμενους ορισμούς των σχέσεων και συνακόλουθα υποκειμενική δυσφορία (Bateson, 1979). Για παράδειγμα, στη σχέση πατέρα - παιδιού, όπου σε μια υποθετική περίπτωση ο πατέρας είναι αλκοολικός και το παιδί είναι πολύ μικρό και για πρακτικούς λόγους, αλλά και για λόγους επιβίωσης, δεν μπορεί να απομακρυνθεί από αυτή τη σχέση, θεωρούμε ότι είναι κατά κάποιο τρόπο εξαναγκασμένο να σχετίζεται, (με όρους του Bateson) παγιδευμένο, δηλαδή να τελεί υπό απαγόρευση της διαφυγής από το πεδίο της αλληλεπίδρασης στη σχέση, ο αλκοολικός πατέρας, εκπέμπει ταυτόχρονα τα εξής αντιφατικά μηνύματα: απαιτεί από τα παιδιά του να τον βλέπουν ως ένα συμπαθητικό και τρυφερό πατέρα και όχι ως τον τρομακτικό μέθυσο ο οποίος είναι στην πραγματικότητα. Αν λοιπόν τα παιδιά εκδηλώσουν τον φόβο τους, όταν εκείνος μεθυσμένος επιστρέφει στο σπίτι και τα απειλεί, βρίσκονται στη δυσάρεστη θέση να πρέπει να αποποιηθούν την αντίληψή τους προκειμένου να υποκύψουν στο «επικοινωνιακό παιχνίδι» το οποίο παίζει ο πατέρας τους. Αν υποτεθεί ότι τα καταφέρνουν, μπορεί ο πατέρας τους να τα κατηγορήσει ότι είναι ανειλικρινή και προσπαθούν να τον ξεγελάσουν κρύβοντας τον φόβο τους. Με άλλα λόγια τα κατηγορεί για μια συμπεριφορά την οποία ο ίδιος τα ανάγκασε να υιοθετήσουν με τις απειλές του. Αν λοιπόν αφήσουν τον τρόπο τους να φανεί, θα τιμωρηθούν, επειδή υπονοούν ότι είναι επικίνδυνος μέθυσος, αν τον κρύψουν, θα τιμωρηθούν για την «ανειλικρίνειά τους», και αν καταφέρουν να διαμαρτυρηθούν και να μετεπικοινωνήσουν (πχ: «κοίτα τι μας κάνεις...») , κινδυνεύουν να τιμωρηθούν για «αυθάδεια». Η κατάσταση είναι πραγματικά αφόρητη. Βρίσκονται σε διπλό δεσμό. Τα άτομα τα οποία βρίσκονται παγιδευμένα σε διπλούς δεσμούς βιώνουν μια αδιέξοδη, ανυπόφορη, «παράξενη» κατάσταση και απαντούν με συμπεριφορές και στάσεις «παράξενες», γεμάτες έντονα αρνητικά

συναισθήματα, με όρους ψυχοπαθολογίας με συμπτώματα ή γενικευμένη ψυχοπαθολογική κατάσταση, για παράδειγμα τη σχιζοφρένεια (Simon *et al.*, 1985).

Το φαινόμενο αυτό του διπλού δεσμού δεν είναι αποκλειστικά συνδεδεμένο με την εμφάνιση παθολογίας αλλά υπό κάποιες συνθήκες μπορεί να συνδεθεί και με εμφάνιση υγιών συμπεριφορών. Για παράδειγμα, εμφανίζεται στα επικοινωνιακά πλαίσια, ειδικά στα πλαίσια του χιούμορ, τα οποία συχνά έχουν και παράδοξα στοιχεία (Simon *et al.*, 1985). Γενικότερα, όταν η παράδοξη κατάσταση του διπλού δεσμού καταλύεται από το χιούμορ ή κάποια δημιουργική προσέγγιση, δεν εμφανίζεται ψυχοπαθολογία (Simon *et al.*, 1985).

Δημιουργική προσέγγιση μπορεί να είναι η θεραπευτική παρέμβαση.

Αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση του παθογόνου διπλού δεσμού είναι η παράδοξη παρέμβαση η οποία εμπεριέχει διπλό δεσμό ο οποίος δρα θεραπευτικά.

Συνολικά ο διπλός δεσμός είναι μια κατάσταση στην επικοινωνία η οποία σχετίζεται με τη δημιουργία της ψυχοπαθολογίας, με τη δημιουργία θεραπευτικής αλλαγής και με τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιείται η θεραπευτική παρέμβαση. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης η οικογένεια σε σχέση με τον θεραπευτή βρίσκεται σε συμπληρωματική σχέση εξ ορισμού. Έτσι ο θεραπευτής μπορεί να την εμπλέξει σε διπλό δεσμό με στόχο τη θεραπεία. Ο τρόπος είναι η θεραπευτική χρήση παράδοξης επικοινωνίας.

Ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται αυτό φαίνεται ξεκάθαρα στο παράδειγμα το οποίο αναφέρει ο Jackson (1963), περιγράφοντας τον τρόπο παρέμβασης σε παρανοϊκούς ασθενείς με αλληλεπιδραστική μέθοδο την οποία αναφέρει με τη διατύπωση «διδάσκοντας τον ασθενή να είναι περισσότερο καχύποπτος». Στο παράδειγμα αναφέρεται ένας ασθενής ο οποίος εξέφρασε τον φόβο ότι κάποιος είχε εγκαταστήσει ένα κρυμμένο μικρόφωνο στο γραφείο του θεραπευτή. Ο θεραπευτής αντί να ερμηνεύσει την υποψία έδειξε την «πρέπουσα» ανησυχία και έθεσε τον ασθενή σε θεραπευτικό διπλό δεσμό προτείνοντας του να προβούν από κοινού σε μια ενδελεχή διερεύνηση στο γραφείο, προτού προχωρήσουν στη συνεδρία. Ο ασθενής απέμεινε με δύο εναλλακτικές λύσεις, μπορούσε είτε να αποδεχθεί την έρευνα είτε να απορρίψει την παρανοϊκή ιδέα.

Επέλεξε την πρώτη λύση και όσο προχωρούσε η έρευνα άρχισε να αισθάνεται όλο και μεγαλύτερη αβεβαιότητα και αμηχανία, τελικά εγκατέλειψε την έρευνα και άρχισε να μιλά για τη συζυγική του σχέση στην οποία πράγματι είχε λόγους να είναι

καχύποπτος. Αν ο ασθενής είχε απορρίψει την πρόταση του θεραπευτή να εξερευνήσει το γραφείο, θα είχε ο ίδιος αναιρέσει σιωπηρά τις υποψίες του ή θα τις είχε προσδιορίσει ως μια ιδέα που δεν άξιζε τον κόπο να ληφθεί σοβαρά υπόψη. Και στις δύο περιπτώσεις η θεραπευτική λειτουργία της αμφιβολίας θα μπορούσε να μετατεθεί στο κατάλληλο πλαίσιο το οποίο μπορεί να αφορά άλλες πτυχές της ζωής του.

Στα οικογενειακά συστήματα μερικές φορές αναπτύσσεται το φαινόμενο του διπλού δεσμού. Ο διπλός δεσμός είναι έννοια η οποία διατυπώθηκε αρχικά από τον Bateson (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1962) η οποία συνδέθηκε με την σχιζοφρένεια και γενικότερα με την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας. Αυτό συμβαίνει όταν η παράδοξη κατάσταση του διπλού δεσμού δεν καταλύεται από το χιούμορ ή κάποια δημιουργική προσέγγιση όπως οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και ειδικότερα οι παράδοξες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η χρήση του παραδόξου ως θεραπευτική διέξοδος από τον διπλό δεσμό οδήγησε στην δυνατότητα πραγματοποίησης μιας σειράς ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, τις αποκαλούμενες παράδοξες οδηγίες.

Οι παράδοξες παρεμβάσεις, οδηγίες παράδοξες - κυκλικές

Οι παράδοξες παρεμβάσεις είναι χαρακτηριστικές της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας και ιδιαίτερης σημασίας γι' αυτόν τον τύπο ψυχοθεραπείας. Οι μορφές τις οποίες μπορούν να πάρουν αυτές οι παρεμβάσεις είναι διαφορετικές και ακολουθεί η σύντομη περιγραφή τους.

Πρόκειται για ενδοσυνεδριακές παρεμβάσεις με μορφή οδηγιών προς την οικογένεια οι οποίες στοχεύουν στην τροποποίηση του συστήματος πεποιθήσεων.

Αυτές οι οδηγίες ονομάζονται κυκλικές, επειδή απευθύνονται σε όλη την οικογένεια συνδέοντας τη συμπεριφορά ή τη συμπτωματολογία του ενός μέλους με τη συμπεριφορά των υπολοίπων μελών του συστήματος και με τα επικοινωνιακά χαρακτηριστικά της σχέσης τους. Είναι παράδοξες παρεμβάσεις, γιατί ο ασθενής ή και η οικογένεια δέχονται αντιφατικές οδηγίες. Έτσι κατά τη διάρκεια της συνεδρίας δημιουργείται μια κατάσταση η οποία δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με λογικά νοήματα αλλά μόνο με δημιουργική αλλαγή του εσωτερικού χάρτη αναπαράστασης της πραγματικότητας ή με δεύτερης τάξης αλλαγή (Simon *et al.*, 1985).

Π.χ: Όταν ο κλινικός θεραπευτής λέει στην ασθενή : «Είμαι απόλυτα πεπεισμένος ότι η κατάθλιψή σας έχει τον ιερό σκοπό να ενώσει την οικογένειά σας: αφού με την κατάθλιψή σας τα παιδιά σας σας κάνουν συντροφιά και έτσι αποφεύγετε τον κίνδυνο να τριγυρίζουν και να γίνουν αλήτες και ο σύζυγός σας προβληματίζεται αρκετά , με αποτέλεσμα να είναι πνιγμένος στις σκέψεις του και να μην επικοινωνεί μαζί σας. Αυτή όμως η αδιαφορία του είναι ένδειξη ότι σας αγαπά και υποφέρει για σας, επειδή σας βλέπει έτσι. Όσο καταθλίβεστε, τόσο υποφέρει ο σύζυγος και άρα σας επιβεβαιώνει ότι σας αγαπά! Για όλους αυτούς τους σπουδαίους λόγους, σας προτείνω να συνεχίσετε να καταθλίβεστε.»

Όταν ο θεραπευτής προτρέπει τον ασθενή ή ολόκληρη την οικογένεια να επιμένουν στο σύμπτωμα, ο θεραπευτής στην πραγματικότητα, αναλαμβάνει τον έλεγχο του θεραπευτικού συστήματος. Αν το σύμπτωμα συνεχίζει να υφίσταται, αυτό μπορεί να εκληφθεί ως συμμόρφωση με τις οδηγίες του θεραπευτή. Αν το σύμπτωμα εξαφανισθεί, η θεραπεία επετεύχθη.

Η παρέμβαση αυτή αναφέρεται σε χρήση και από τον γνωστό υπαρξιστή ψυχοθεραπευτή Victor Frankl (1952,1952), ο οποίος την ονομάζει «παράδοξη πρόθεση». Ο θεραπευτής αναθέτει στον ασθενή την οδηγία να εκδηλώσει την συμπτωματική συμπεριφορά. Σε αυτό το μοντέλο η οδηγία αυτή δεν έχει κυκλικότητα, αφού αφορά μόνο τον ασθενή και τον αγώνα του με τους φόβους, τις επιθυμίες του και την ανακούφιση την οποία θα έχει, όταν έλθει αντιμέτωπος με αυτούς, προσπαθώντας να κάνει αυτό που φοβάται.

Στη συστημική οπτική όμως το παράδοξο εντάσσεται στην κυκλική αλληλεπίδραση στο εσωτερικό του συστήματος και η κυκλικότητα του συστημικού παραδόξου γίνεται εμφανής, όταν μεταφέρεται η εστίαση από το άτομο στη σχέση μεταξύ των μελών του συστήματος: αν ο θεραπευτής δείχνει ότι προτίθεται να βοηθήσει τον ασθενή να λύσει ένα πρόβλημα και στο εσωτερικό αυτού του πλαισίου τον ενθαρρύνει να συνεχίσει να διατηρεί αυτό το πρόβλημα, τότε μπορεί να επιβεβαιωθεί ότι του επιβάλλει ένα παράδοξο.

Τα μηνύματα που αποστέλλονται σε ένα πρώτο επίπεδο είναι σε σύγκρουση με τα μηνύματα που τα πιστοποιούν. Όπως μια λογική τάξη μπορεί να είναι σε σύγκρουση με τα μέλη της, έτσι ακριβώς συμβαίνει και με το παράδοξο (Haley, 1963).

Ο Haley (1979) προσπάθησε να διατυπώσει τις προϋποθέσεις για την παράδοξη παρέμβαση. Το πρόβλημα πρέπει αρχικά να οριστεί σαφώς. Εν συνεχεία θα πρέπει να συμφωνηθεί ότι ο στόχος της θεραπευτικής σχέσης είναι η αλλαγή. Τότε ο

θεραπευτής μπορεί να εργασθεί επί ενός σχεδίου το οποίο προκαλεί την οπτική με την οποία γινόταν αντιληπτό το σύμπτωμα. Με βάση αυτό το σχέδιο ο θεραπευτής δίνει την παράδοξη οδηγία, για παράδειγμα, λέγοντας στην οικογένεια ότι αυτοί μπορούν να αλλάξουν μόνο με το να συνεχίσουν να μένουν όπως είναι ή ότι μπορούν να μείνουν όπως είναι μόνο αλλάζοντας.

Μετά τη σχηματοποίηση και την ανακοίνωση της παράδοξης οδηγίας στην οικογένεια αναδύεται το δύσκολο καθήκον να συνεχίσει την υλοποίηση της οδηγίας μέχρι το τέλος. Είναι πολύ πιθανό στην επόμενη συνεδρία η οικογένεια να μην αναφερθεί καθόλου στην οδηγία αυτή. Για να την ακυρώσει, εφευρίσκει διάφορες μεθόδους, όπως να την αγνοήσει, να την ξεχάσει, να την αμφισβητήσει ή να προσέλθει στην επόμενη συνεδρία με μια νέα κρίση η οποία δεν έχει να κάνει τίποτα με το αρχικό πρόβλημα. Ο θεραπευτής πρέπει να επιμείνει στον κυκλικό ορισμό του προβλήματος και να προσαρμόζει συνεχώς τη συμπεριφορά της οικογένειας στην καινούργια περιγραφή της κατάστασης (Papp, 1980).

Οι παράδοξες οδηγίες στοχεύουν στην αδρανοποίηση των παθογενετικών παραδόξων τα οποία οι ασθενείς κατασκευάζουν για τον εαυτό τους. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμες, όταν τα δυσλειτουργικά αλληλεπιδραστικά σχήματα συμπεριφοράς αλληλοενισχύονται αμοιβαία διατηρώντας τη συμπτωματική συμπεριφορά άθικτη από τις προσπάθειες του θεραπευτή. Αυτές οι παρεμβάσεις είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για δύο λόγους, πρώτον για την παράκαμψη της αντίστασης στη θεραπεία (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1978) και δεύτερον για τη διαχείριση του αγώνα της εξουσίας μεταξύ της οικογένειας και του θεραπευτή (Papp, 1980).

Οι παράδοξες οδηγίες αναγκάζουν την οικογένεια να αναπτύξει νέες και δημιουργικές λύσεις σε παλιά προβλήματα, οι οποίες πιθανά να οδηγήσουν σε νέους τρόπους αντίληψης του εαυτού και του περιβάλλοντος, οι οποίοι καθιστούν άχρηστη την ύπαρξη και εκδήλωση της συμπτωματικής συμπεριφοράς (Simon *et al.*, 1985).

Οι Rohrbaugh, Tennen, Press, και White (1981) αναφέρουν μεταξύ άλλων δύο τύπους παράδοξης οδηγίας οι οποίοι θα παρουσιασθούν στην συνέχεια.

Η οδηγία για συγκράτηση της αλλαγής (Restraining)

Ο πρώτος είναι η οδηγία για συγκράτηση της αλλαγής. Ο θεραπευτής σημειώνει και τονίζει τις αρνητικές συνέπειες της αλλαγής ενθαρρύνοντας τη μη αλλαγή. Η ενθάρρυνση της διατήρησης του συμπτώματος και καθυστέρηση αλλαγής. Το Mental Research Institute (MRI) με την σχολή της βραχείας οικογενειακής θεραπείας εστιασμένης στο πρόβλημα έχει δείξει ότι η αποτυχημένη προσπάθεια επίλυσης προβλημάτων βοηθά στη διατήρηση των προβλημάτων (Carr, 2000b). Μερικά σχήματα αλληλεπιδραστικής συμπεριφοράς μπορεί να διακόπτονται όταν προσκαλείται η οικογένεια να σταματήσει την προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων της με τον τρόπο με τον οποίο μέχρι στιγμής προσπαθούσε να τα επιλύσει και να αναβάλει κάθε σχετική προσπάθεια, μέχρι να προσεγγίσουν τα πράγματα με διαφορετικό τρόπο σκέψης.

Η παρέμβαση αυτή γενικά πραγματοποιείται όταν διατυπώνει ο θεραπευτής την προτροπή «η οικογένεια να προχωρήσει αργά», προειδοποιώντας την για τους κινδύνους της βελτίωσης και δίνοντας στα μέλη της οικογένειας οδηγίες για το πώς να χειροτερέψουν το πρόβλημα. Αυτές οι παροτρύνσεις, προειδοποιήσεις και ενδεχομένως σε κάποιες περιπτώσεις οδηγίες διατυπώνονται συνοδευόμενες από κάποια πειστική συλλογιστική του τύπου: «η αλλαγή πρέπει να επέρχεται αργά, βήμα με βήμα, ώστε να είναι στέρεη αλλαγή. Η βιαστική αλλαγή είναι ασταθής» (Shoham & Rohrbaugh, 2002). Η τεχνική αυτή μπορεί να είναι αποτελεσματική για δύο λόγους:

Πρώτον κάνει τα μέλη της οικογένειας θετικότερα στη συνεργασία βάσει των θεραπευτικών οδηγιών. Δεύτερον χαλαρώνει την οικογένεια από το αίσθημα του επείγοντος το οποίο συχνά τροφοδοτεί τη διατήρηση του προβλήματος, καθώς η οικογένεια προσπαθεί για την επίλυση (Fisch, Weakland, & Segal, 1982).

Συνταγή αντίστασης ή οδηγία για αντίσταση είναι μια μορφή συγκράτησης αλλαγής. Ο θεραπευτής προτείνει μια αλλαγή, αλλά ενθαρρύνει τα μέλη της οικογένειας να αντισταθούν στην πρόταση του για αλλαγή, εξ αιτίας των αρνητικών συνεπειών π.χ. «μπορεί να θεραπευτεί η κόρη σας, αν κάνει αυτό, αλλά μετά θα χειροτερέψει η μαμά και αυτό είναι σοβαρότερο, οπότε καλύτερα η κόρη να παραμείνει έτσι.» Αυτή η τακτική χρησιμεύει για την προετοιμασία της οικογένειας για την αλλαγή. Είναι κατάλληλη για την παράκαμψη των αντιστάσεων στην αλλαγή και στη σταθεροποίηση της αλλαγής, όταν αυτή αρχίσει να συμβαίνει (Shoham & Rohrbaugh, 2002).

Κατά τη παροχή αυτής της οδηγίας υπάρχει ο κίνδυνος να πραγματοποιήσει ο θεραπευτής υπερβολική εστίαση στις αρνητικές συνέπειες της αλλαγής και να τρομοκρατηθεί η οικογένεια περισσότερο από ό,τι ταιριάζει με την υπάρχουσα πραγματικότητα, για παράδειγμα: «αν περνάτε ως ζεύγος πολύ χρόνο μαζί, μπορεί η σύζυγος να πάθει κατάθλιψη και ο σύζυγος καρδιακή προσβολή». Είναι καλύτερο η παροχή της οδηγίας να υπονοεί ότι η οικογένεια δεν είναι σε θέση να αντέξει τις φανερά θετικές συνέπειες και γι'αυτό θα εστιαστεί σε αρνητικές συνέπειες (Papp, 1982).

Για παράδειγμα, θα μπορούσε να απευθυνθεί ο θεραπευτής στο ζεύγος ως εξής: «αν σταματούσες να είσαι καταθλιπτική, μπορεί να έβρισκες ζωή στη σεξουαλική σου σχέση και δεν είμαι σίγουρος ότι είστε έτοιμοι και οι δύο γι'αυτό».

Η οδηγία για χορήγηση του συμπτώματος (prescribing)

Ο δεύτερος είναι η οδηγία για χορήγηση του συμπτώματος. Πρόκειται για την πιο συνηθισμένη παράδοξη παρέμβαση. Το σύμπτωμα επαινείται και τονίζεται η χρησιμότητά του. Η παρέμβαση είναι περισσότερο αποτελεσματική, εάν η συμπεριφορά όλου του συστήματος χορηγείται και ενισχύεται. Όλη η αλληλεπιδραστική συμπεριφορά χορηγείται, υπό τον έλεγχο του θεραπευτή, δυνητικά σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα ή με ειδικό τυποποιημένο τρόπο (Nelson, 2006). Για παράδειγμα, σε ένα ζηλιάρη σύζυγο ανατίθεται να ενεργήσει λεπτομερή εξέταση για την σύζυγό του κάθε φορά που αυτή έρχεται στο σπίτι, ενώ έχει δοθεί σε αυτήν η οδηγία να δρα τελείως αποφευκτικά και να ενθαρρύνει τις αμφιβολίες του (Todd, 1986). Ο θεραπευτής, αφού σημασιοδοτήσει θετικά μια επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά, την προτείνει σε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο. Αυτό μπορεί να είναι π.χ. η ανάγνωση ενός μηνύματος κάθε μέρα ή μπορεί να είναι η εξής οδηγία σε ένα ζευγάρι που διαπληκτίζεται κάθε μέρα: «Ο τσακωμός σας είναι ένδειξη της ανάγκης που έχετε για επιβεβαίωση της αγάπης σας ο ένας από τον άλλο και αυτό είναι πολύ όμορφο, ανθρώπινο και αναγκαίο. Είναι σεβαστή η ανάγκη για συναισθηματική ασφάλεια, γι'αυτό σας συστήνω να τσακώνεστε κάθε μέρα 7-8 μ.μ.» .

Με μερικά προβλήματα, όπως τα αθέλητα παιδικά tics, οι πελάτες μπορεί να κληθούν από τον θεραπευτή να προκαλούν και να εκδηλώνουν το σύμπτωμα με στόχο να αποκτήσουν έλεγχο επ'αυτού. Η εφαρμογή αυτής της οδηγίας, ειδικά αν τα άλλα μέλη της οικογένειας υποστηρίζουν τον ασθενή να εφαρμόσει την άσκηση,

μειώνει το άγχος σχετικά με το σύμπτωμα και βοηθά τον ασθενή να αρχίσει να ελέγχει το σύμπτωμα (Carr, 2000). Μια άλλη εκδοχή της χορήγησης συμπτώματος είναι η παροχή οδηγίας για τήρηση κανόνων. Ο θεραπευτής εντοπίζει μια ακολουθία συμπτωματικής συμπεριφοράς και χωρίς να την σχολιάσει την προτείνει ως κανόνα ο οποίος πρέπει να ακολουθηθεί. Ο θεραπευτής ωθεί πέρα από τα επιτρεπτά όρια του συστήματος την «ομοιοστατική ταλάντωση».

Οι παράδοξες παρεμβάσεις αποτελούν ενδοσυνεδριακές παρεμβάσεις με μορφή οδηγιών προς την οικογένεια οι οποίες στοχεύουν στην τροποποίηση του συστήματος πεποιθήσεων. Αποκαλούνται παράδοξες παρεμβάσεις, γιατί ο ασθενής ή και η οικογένεια επιφορτίζονται με αντιφατικές οδηγίες. Αυτές οι παρεμβάσεις είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για δύο λόγους, πρώτον για την παράκαμψη της αντίστασης στη θεραπεία και δεύτερον για τη διαχείριση του αγώνα της εξουσίας μεταξύ της οικογένειας και του θεραπευτή. Ένας τύπος παράδοξης παρέμβασης είναι, η οδηγία για συγκράτηση της αλλαγής. Ο θεραπευτής σημειώνει και τονίζει τις αρνητικές συνέπειες της αλλαγής ενθαρρύνοντας τη μη αλλαγή. Άλλοι τύποι είναι η ενθάρρυνση της διατήρησης του συμπτώματος/καθυστέρηση αλλαγής και η οδηγία για χορήγηση του συμπτώματος. Σε αυτές τις οδηγίες το σύμπτωμα επαινείται και τονίζεται η χρησιμότητά του. Όλη η αλληλεπιδραστική συμπεριφορά χορηγείται, υπό τον έλεγχο του θεραπευτή, δυνητικά σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα ή με ειδικό τυποποιημένο τρόπο. Την οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία έχουν καθορίσει και άλλες πλευρές των θεωριών της επικοινωνίας, όπως η έννοια των κανόνων της επικοινωνίας.

Οι κανόνες της επικοινωνίας.

Οι κανόνες της επικοινωνίας αποτελούν σημαντική έννοια η οποία αφορά την συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Οι κανόνες στα συστήματα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για τη δημιουργία της ψυχοπαθολογίας και τη θεραπευτική αλλαγή. Ως εκ τούτου παρουσιάζει ενδιαφέρον ο τρόπος με τον οποίο οι συστημικοί θεραπευτές αξιοποίησαν αυτή την έννοια.

Η έννοια των κανόνων οι οποίοι ρυθμίζουν την ανταλλαγή της πληροφορίας στα έμβια κοινωνικά συστήματα αποτελεί μια σημαντική έννοια της συστημικής σκέψης, η οποία εξηγεί σημαντικό μέρος της οικογενειακής δυναμικής. Οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις ακολουθούν συγκεκριμένα μόνιμα σχήματα –

κανόνες. Οι οικογενειακοί κανόνες καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι διαμορφώνουν την συμπεριφορά τους, γίνονται αρχές στην οικογενειακή ζωή και κατευθυντήριες γραμμές για τα σχήματα αλληλεπίδρασης. Οι κανόνες μπορεί να είναι ή περιγραφικοί ή κατευθυντήριοι. Οι πρώτοι αποτελούν μεταφορές οι οποίες περιγράφουν τα σχήματα συναλλαγής, π.χ. οι κανόνες μιας οικογένειας οι οποίοι βασίζονται σε ατομικά δικαιώματα και υποχρεώσεις τα οποία καθορίζονται από την ηλικία και το φύλο. Μερικοί μπορεί να είναι διαπραγματεύσιμοι, άλλοι όχι. Οι κατευθυντήριοι ορίζουν ποιος κάνει και τι κάνει. Για παράδειγμα «τα παιδιά δεν διακόπτουν τους γονείς, όταν μιλούν», «οι γονείς ορίζουν την ώρα του ύπνου». Υπάρχουν και οι μετακανόνες. Ως τέτοιοι ορίζονται οι κανόνες οι οποίοι ορίζουν τους κανόνες. Είναι αδήλωτες κατευθυντήριες γραμμές οι οποίες προσφέρουν αρχές για την ερμηνεία των κανόνων, καθώς και οικογενειακούς κανόνες οι οποίοι ρυθμίζουν την αλλαγή, όταν χρειάζεται, των άλλων κανόνων (Goldenberg & Goldenberg, 2000). Οι οικογένειες επισημαίνει ο Jackson (1965) κατασταλάζουν σε μερικούς κανόνες, συνήθως τους ίδιους για όλες τις πιθανές συμπεριφορές και αντιδράσεις στο περιβάλλον, εγκαταλείποντας τη δυνατότητα να παράγουν κάθε φορά διαφορετικές αντιδράσεις και να υπακούουν σε νέους κάθε φορά κανόνες (Jackson, 1965).

Σε μια λειτουργική οικογένεια οι κανόνες βοηθούν τη διατήρηση της σταθερότητας του συστήματος, της δομής και της λειτουργικότητας των υποσυστημάτων καθώς και την προσαρμοστικότητα του συστήματος, όταν απαιτούνται αλλαγές. Αναπτύσσονται ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά, όταν σε μια οικογένεια οι κανόνες είναι κρυφοί, ξεπερασμένοι, αναχρονιστικοί, δεν υπηρετούν τις εξελικτικές ανάγκες του συστήματος στην δεδομένη φάση, είναι απάνθρωποι, αναντίστοιχοι των νέων αναγκών για τη ζωή, και ταυτόχρονα υπάρχει στο εσωτερικό της οικογένειας ο μετακανόνας «οι κανόνες είναι ιεροί και δεν αλλάζουν». Τότε το κλίμα στο εσωτερικό του συστήματος είναι χαοτικό, καταστρεπτικό και ακατάλληλο για την προσωπική ανάπτυξη (Satir, 1988). Η αυτοεκτίμηση η οποία αναπτύσσεται στα μέλη αυτού του συστήματος είναι χαμηλής στάθμης, όλο και πιο αμφίβολη και εξαρτάται όλο και περισσότερο από τη γνώμη των άλλων.

Η Virginia Satir ήταν από τους πρώτους συστημικούς οικογενειακούς θεραπευτές οι οποίοι αξιοποίησαν θεραπευτικά τις θεωρίες σχετικά με τους κανόνες στο εσωτερικό των συστημάτων. Προσπαθούσε στις θεραπευτικές συνεδρίες με τις οικογένειες να τις βοηθήσει να αναγνωρίσουν τους άγραφους κανόνες τους, ειδικά εκείνους οι

οποίοι αφορούν την ανταλλαγή των συναισθημάτων ή προκαλούν πόνο. Υποστήριξε ότι οι δυσλειτουργικές οικογένειες έχουν δυσλειτουργικούς κανόνες (απρόσφορους, απαρχαιωμένους, ασαφείς). Οι παρεμβάσεις θα στόχευαν στη συνειδητοποίηση αυτών των κανόνων εκ μέρους της οικογένειας και την τροποποίησή τους (Goldenberg & Goldenberg, 2000). Αυτό το θεραπευτικό ενδιαφέρον για τους οικογενειακούς κανόνες αποτελεί σήμερα κοινό τόπο για τους συστημικούς θεραπευτές.

Παρουσιάστηκαν τα αξιώματα των θεωριών επικοινωνίας, η αξιοποίηση τους εκ μέρους των συστημικών ψυχοθεραπευτών στην κατανόηση της διατήρησης της υγείας και της εμφάνισης ψυχοπαθολογίας στα μέλη των οικογενειακών συστημάτων καθώς και η συμβολή τους στη θεραπευτική αλλαγή και τη θεραπευτική διαδικασία. Όσον αφορά τις θεωρίες επικοινωνίας αναφέρθηκε ότι σε διαπροσωπικό πλαίσιο είναι αδύνατο για τον οποιονδήποτε να μην επικοινωνεί. Κάθε συμπεριφορά περιέχει ένα μήνυμα. Κάθε επικοινωνιακή μονάδα έχει δύο πλευρές: αυτή του περιεχομένου και εκείνη της σχέσης. Η δεύτερη ορίζει (κατατάσσει) την πρώτη, αποτελώντας έτσι μία μετα-επικοινωνία. Οι άνθρωποι επικοινωνούν "ψηφιακά" και "αναλογικά". Η γλώσσα για παράδειγμα είναι η ψηφιακή (λεκτική) μορφή της επικοινωνίας. Όλες οι επικοινωνιακές συναλλαγές είναι είτε συμμετρικές (από ίσης ισχύος θέση) είτε συμπληρωματικές (από άνισης ισχύος θέση) και στα ανθρώπινα συστήματα μερικές φορές αναπτύσσεται το φαινόμενο του διπλού δεσμού.

Η εικόνα της υγείας, της ψυχοπαθολογίας, της θεραπευτικής αλλαγής και της θεραπευτικής διαδικασίας για τον συστημικό ψυχοθεραπευτή είναι ένα παζλ το οποίο συμπληρώνεται από την ανάλυση του τρόπου επικοινωνίας των μελών του συστήματος. Μικρή αναφορά στην συνεισφορά των θεωριών της επικοινωνίας έχει ήδη γίνει. Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά στη θεωρητική συνεισφορά της θεωρίας των συστημάτων στην ζητήματα αυτά.

Για να γίνει πλήρως κατανοητή η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη του δεύτερου θεωρητικού πυλώνα από στον οποίο στηρίζεται και ο οποίος είναι αυτός της θεωρίας συστημάτων.

Η θεωρία συστημάτων

Οι επιδράσεις των αξιωμάτων της επικοινωνίας στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία ήταν καθοριστικές. Το ίδιο, και ίσως με περισσότερη έμφαση, μπορεί να υποστηριχθεί και για την επίδραση των αρχών της θεωρίας των συστημάτων. Η θεωρία συστημάτων εισήγαγε μία μείζονα θεωρητική και πρακτική αλλαγή στον χώρο της θεωρίας και της ψυχοθεραπευτικής πρακτικής. Στην συνέχεια της μελέτης θα παρουσιασθούν οι αρχές της συστημικής σκέψης, η επιστημονική εξέλιξή τους, οι επιδράσεις τους στην αντίληψη για τη ψυχική υγεία, την ψυχοπαθολογία, την θεραπευτική αλλαγή και τη θεραπευτική διαδικασία.

Το σύστημα

Η πρώτη έννοια είναι η έννοια του συστήματος στην οποία αναφέρονται όλες οι υπόλοιπες έννοιες και αρχές οι οποίες θα αναπτυχθούν.

Όσον αφορά τη θεωρία συστημάτων, ένα σύστημα είναι ένα σύνολο ποιοτικά διαφορετικό, το οποίο συμπεριφέρεται διαφορετικά από το άθροισμα των στοιχείων /ατόμων- μελών του (Bartelanffy, 1956).

Ένα σύστημα μπορεί να περιγραφεί ως σύνολο στοιχείων τα οποία βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους (Bartelanffy, 1956) εκεί διακρίνονται επαναλαμβανόμενα σχήματα συμπεριφοράς (patterns) αλληλεπίδρασης τα οποία σχηματίζουν ένα σταθερό πλαίσιο για ατομικές και αμοιβαίες λειτουργίες μεταξύ των μελών του συστήματος (Jones, 1993).

Η οικογένεια θεωρήθηκε ως σύστημα το οποίο αλληλεπιδρά επίσης με άτομα, ομάδες και πλαίσια, όπως είναι παραδείγματος χάριν οι φίλοι και συνάδελφοι, η ευρύτερη οικογένεια, οι ψυχοθεραπευτές, ακόμα και ευρύτερα συστήματα, όπως η κοινότητα, και εξωτερικά γεγονότα, όπως ένας πόλεμος ή μια οικονομική κρίση. Τα στοιχεία μέσα στα συστήματα-οικογένειες, αποτελούνται από πρόσωπα, ανθρώπινες υπάρξεις. Οι οικογένειες που μελετούνται εξετάζονται μέσα από την προοπτική της αλληλεπίδρασης των στοιχείων τους με άλλα στοιχεία. Αυτό είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα με το οποίο ταυτοποιούνται τα στοιχεία του συστήματος. Η ταυτοποίηση αυτή των μελών ενός συστήματος γίνεται από την επικοινωνιακή συμπεριφορά τους και όχι από τα ενδοψυχικά τους χαρακτηριστικά.

Τα στοιχεία των αλληλεπιδρώντων συστημάτων, όταν τα συστήματα είναι οικογένειες, δηλαδή ανθρώπινα συστήματα, περιγράφονται όχι ως άτομα, αλλά ως πρόσωπα «επικοινωνούντα» με άλλα πρόσωπα (Watzlawick *et al.*, 1967).

Και αυτό γίνεται, όχι για να δηλωθεί ότι η ενδοψυχική κατάσταση είναι αδιάφορη ή ότι αρνείται ο μελετητής τη χρησιμότητα μιας ενδοψυχικής προοπτικής, αλλά ότι η εστίαση σε μια συστημική θεώρηση έγκειται στη σχέση μεταξύ των μονάδων και στον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν τα πρόσωπα σε αυτή τη σχέση. Τα μέλη της σχέσης αναγνωρίζονται ως μέλη του συστήματος και η ψυχολογική τους λειτουργία γίνεται κατανοητή υπό το πρίσμα των αρχών οι οποίες διέπουν την ύπαρξη και τη λειτουργία των συστημάτων.

Η ύπαρξη και η διατήρηση της ψυχικής υγείας του ατόμου σχετίσθηκε με τη δυναμική ενός συστήματος. Με τον όρο δυναμική περιγράφεται η κατάσταση η οποία δημιουργείται από τις αντιδράσεις των μελών του συστήματος στην ποιότητα της επικοινωνίας και των συστημικών χαρακτηριστικών του. Η δυναμική του συστήματος καθορίζει την ποιότητα της υγείας ή της ψυχοπαθολογίας των μεμονωμένων μελών του και τη λειτουργία του συστήματος καθώς επίσης σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν τα μέλη του συστήματος μεταξύ τους. Οι θεωρίες επικοινωνίας έδωσαν μια πρωτότυπη και ικανοποιητική απάντηση όσον αφορά τον τρόπο αλληλεπίδρασης και τις δυνητικές επιπτώσεις του στην ψυχική υγεία των μελών, στη δημιουργία της ψυχοπαθολογίας, στη θεραπευτική αλλαγή και τον τρόπο οργάνωσης της θεραπευτικής διαδικασίας.

Η ολιστικότητα

Η ολιστικότητα (Wholeness) αποτελεί μια έννοια της συστημικής σκέψης η οποία έχει σημαντικές επιπτώσεις στον τρόπο με τον οποίο ο θεραπευτής αντιλαμβάνεται την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας στα συστήματα και στον τρόπο με τον οποίο εξελίσσεται η θεραπευτική διαδικασία.

Η έννοια της ολιστικότητας ή ολότητας σε ένα σύστημα, όπως η οικογένεια, γίνεται αντιληπτή από την αίσθηση την οποία έχουν τα άτομα τα οποία την απαρτίζουν ότι αποτελούν μέλη της. Η αίσθηση αυτή είναι διαφορετική και σημαντικότερη, από την αίσθηση ότι αποτελούν μέλος κάποιας άλλης ομάδας, π.χ. της ποδοσφαιρικής ομάδας του σχολείου. Αναπτύσσουν την αίσθηση ότι οι ατομικές ταυτότητές τους είναι μέρος

μιας άλλης ταυτότητας της, αυτής της οικογενειακής. Αναπτύσσουν έτσι την αίσθηση του ανήκειν.

Η ολιστικότητα περιγράφει τη σχέση αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης των συμπεριφορών των μελών του συστήματος. Η ολιστικότητα εμπεριέχει τη *μη αθροιστικότητα*, δηλαδή την ιδιότητα να είναι το όλον περισσότερο από το άθροισμα των μερών του (Jones, 1993).

Από τις αναφερθείσες διατυπώσεις συνάγεται ότι κανένα σύστημα δεν μπορεί να γίνει κατανοητό μόνο με την μελέτη, απομονωμένα των μερών του.

Αντίστροφα και τα μέρη του γίνονται καλύτερα κατανοητά, όταν μελετούνται σε συσχέτιση μεταξύ τους και όχι ως μεμονωμένες οντότητες. Αυτό έχει μεγάλη σημασία για τη μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς και την κατανόηση της ατομικής ψυχολογικής δυναμικής.

Η έννοια της ολιστικότητας επιτρέπει την ιδέα ότι τα μέλη της οικογένειας επηρεάζονται ως προς τη στάση τους απέναντι στη ζωή, αλλά και ως προς τις πεποιθήσεις τους για τις σχέσεις ή τους ρόλους των φύλων, ή για την ανάπτυξη του εαυτού τους από διάφορες μεταβλητές. Οι μεταβλητές αυτές είναι: τα οικογενειακά διαγενεϊκά αλληλεπιδραστικά μοντέλα (patterns), οι αλληλεπιδράσεις τους με τα άλλα μέλη της οικογένειας και με άλλα μέλη της κοινότητάς τους, τα οποία έχουν ισχύ μεγαλύτερη από τις δηλώσεις ή τις πράξεις των ατόμων, από ρόλους και μύθους σχετικά με την οικογενειακή λειτουργία, οι οποίοι μεταδόθηκαν δια μέσου του "πράγματος" που ονομάζουμε "οικογένεια"(Jones, 1993).

Εξαιτίας της ολότητας του συστήματος το οποίο καλείται οικογένεια η κίνηση, η μεταβολή κατάστασης ενός μέλους επηρεάζει όλα τα άλλα μέλη. Για παράδειγμα η γέννηση ενός νέου μέλους στην ήδη πενταμελή οικογένεια Παπαδοπούλου. Αυτό δεν αποτελεί απλά μια αριθμητική αλλαγή, αλλά είναι ένα γεγονός το οποίο υποχρεώνει στην ανασύνθεση της οικογένειας σε μια νέα οντότητα, με αναπόφευκτη αλλαγή στα οικογενειακά σχήματα αλληλεπίδρασης. Αυτή η ανασύνθεση μπορεί να περιγραφεί στο παράδειγμα αυτό ως εξής: Οι γονείς μπορεί να λειτουργήσουν με μεγαλύτερη συνοχή λόγω της ενασχόλησής τους με το νεογέννητο και να αφήσουν περισσότερο περιθώριο συναισθηματικής ανεξαρτησίας στην έφηβο κόρη, αφού ενδέχεται εφεξής η σχέση τους με το νεογέννητο να λειτουργήσει ως ρυθμιστής της συναισθηματικής απόστασης/εγγύτητας μεταξύ τους, λειτουργία την οποία μέχρι την έλευση του νεογνού επιτελούσε η σχέση με την έφηβο κόρη. Η ψυχοθεραπευτική αλλαγή θα είναι μια διαδικασία στην οποία θα υπάρξει συνολική

αναδιάταξη του συστήματος. Είναι το όλον το οποίο ανασυντάσσεται, όταν συμβεί εντός του αλλαγή σε ένα μέλος. Η αλλαγή στο άτομο αναπόδραστα θα έχει αντίκτυπο σε όλο το σύστημα. Ο Haley (1963) αναφέρει τη συστημική άποψη ότι η θεραπευτική αλλαγή σε ένα άτομο, δηλαδή η συνειδητοποίηση και η αλλαγή συμπεριφοράς, προκαλείται από μηχανισμούς οι οποίοι σχετίζονται με διεργασίες οι οποίες επιτελούνται στα πλαίσια του συστήματος στο οποίο εντάσσεται το άτομο (Haley, 1963).

Επομένως, η ατομική αλλαγή οφείλει να μελετηθεί και να κατανοηθεί ως διεργασία του συστήματος. Η μελέτη της διεργασίας οφείλει να λάβει υπόψη της την αρχή της ολιστικότητας και τον τρόπο επικοινωνίας ο οποίος χαρακτηρίζει το συγκεκριμένο σύστημα.

Η ατομική ανακούφιση από το σύμπτωμα είναι υπόθεση του συστήματος. Για τη συστημική σκέψη αλλαγή σημαίνει αλλαγή του συστήματος αναφοράς.

Η ολιστικότητα η οποία χαρακτηρίζει τα συστήματα αποτελεί την αιτία για την οποία η μεταβολή κατάστασης ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει όλα τα άλλα μέλη της. Αυτή την αρχή των συστημάτων οι συστημικοί ψυχοθεραπευτές την αναγνώρισαν και την αξιοποίησαν στη θεραπευτική διαδικασία, για να σταθεροποιήσουν τη θεραπευτική αλλαγή του ατόμου.

Η αναγνώριση των αρχών οι οποίες διέπουν τη λειτουργία των οικογενειακών συστημάτων προσέφερε πολύ περισσότερες δυνατότητες κατανόησης της ψυχοπαθολογίας και θεραπευτικής παρέμβασης. Σε αυτές θα ακολουθήσει άμεσα εκτενής αναφορά.

Η δομή

Η έννοια της δομής είναι μια σύνθετη έννοια η οποία απετέλεσε μία από τις βάσεις της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας. Η κυβερνητική θεωρία των συστημάτων αποτελεί ένα εννοιολογικό σύστημα για την παρατήρηση των δυναμικών δομών του συστήματος.

Δομή ενός συστήματος είναι ο κανόνας ο οποίος διέπει την ολότητα των σχέσεων του συστήματος. Οι δομές στα κοινωνικά και βιολογικά συστήματα έχουν και λειτουργίες ελέγχου. Η δομή των έμβιων και των κοινωνικών συστημάτων είναι πολύ πιο σύνθετη από αυτήν των μηχανικών συστημάτων και για τη διαχείρισή της ανέπτυξαν οι θεωρητικοί των συστημάτων αφαιρετικές μαθηματικές μεθόδους (Kleene, 1956), οι οποίες μπορούν να εφαρμοσθούν σε ποικίλα φαινόμενα της

λειτουργίας των συστημάτων. Ο Minuchin (1974) διατυπώνοντας έναν ορισμό της δομής σε ένα οικογενειακό σύστημα αναφέρει ότι δομή είναι «...ένα αόρατο σύνολο από λειτουργικά αιτήματα τα οποία οργανώνουν τους τρόπους με τους οποίους αλληλεπιδρούν τα μέλη μεταξύ τους» (Minuchin, 1974, σελ. 51). Αναφέρθηκε ότι η δομή αποτελεί μια σύνθετη έννοια. Κατά την ανάλυση αυτής της έννοιας στις εννοιολογικές υποκατηγορίες της συναντούνται έννοιες όπως υποσυστήματα, όρια, ιεραρχία, οι οποίες θα αναπτυχθούν στη συνέχεια αναλυτικά και θα γίνει αναφορά στην επίπτωσή τους στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Τα υποσυστήματα

Καθεμιά από τις εννοιολογικές υποκατηγορίες της έννοιας της δομής στα συστήματα έχει επιτελέσει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της αντίληψης εκ μέρους των θεραπειών για τη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας και της ψυχοπαθολογίας στα άτομα και για την ψυχοθεραπευτική θεραπευτική διαδικασία και την αλλαγή στα οικογενειακά συστήματα. Μια τέτοια έννοια είναι η έννοια των υποσυστημάτων.

Ο μελετητής είναι σημαντικό να έχει υπόψη του ότι το ίδιο μπορεί να ιδωθεί ως υποσύστημα ενός ευρύτερου συστήματος ή ως ένα υπερσύστημα, το οποίο απαρτίζεται από υποσυστήματα. Τα υποσυστήματα αποτελούν δομικά στοιχεία του συστήματος. Αυτά επιτελούν έργο ζωτικής σημασίας για τη λειτουργία του συστήματος και η διαταραχή στη λειτουργία τους επιφέρει διαταραχή στην ζωή του συστήματος και ως εκ τούτου στην ανάπτυξη και την ομαλή ψυχική λειτουργία των μελών του συστήματος. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν παρεμβάσεις στα υποσυστήματα και η θεραπευτική αλλαγή σχετίζεται με την αλλαγή στα υποσυστήματα.

Ο Arthur Koestler (1964) διατύπωσε εύστοχα τη σχέση των συστημάτων με το περιβάλλον τους: «...ένας ζωντανός οργανισμός ή ένα κοινωνικό σώμα δεν είναι μία συσσώρευση στοιχειωδών μερών ή στοιχειωδών διαδικασιών, αλλά είναι μια απαρτιωμένη ιεραρχία ημι-αυτόνομων υποσυνόλων, τα οποία αποτελούνται από υπό-υπό-σύνολα και ούτω καθ' εξής...» [Μετάφραση δική μας] ¹

Τα κυβερνητικά συστήματα έχουν οργάνωση δηλαδή τα στοιχεία τους, οι δομικές μονάδες τους είναι οργανωμένες. Ο τρόπος της οργάνωσής τους ορίζεται από

¹ “...A living organism or social body is not an aggregation of elementary parts or elementary processes; it is an integrated hierarchy of semi-autonomous sub-wholes, consisting of sub-sub-wholes, and so on...” (Koestler, 1964) (σελ.287)

τη μορφή με την οποία συνδέονται και σχετίζονται μεταξύ τους τα στοιχεία του (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008).

Ένα πολύπλοκο σύστημα, για να διατηρήσει μια σταθερή δομή, χρειάζεται να σχηματίζει υποσυστήματα. Αν δεν σχηματίζει υποσυστήματα, μειώνεται ο βαθμός σταθερότητάς του. Κάθε υποσύστημα επιτελεί εξειδικευμένο έργο απαραίτητο για το σύνολο, το σύστημα. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι σχηματισμού υποσυστημάτων. Για παράδειγμα, στο οικογενειακό σύστημα είναι δυνατόν να σχηματισθούν τα υποσυστήματα των αρσενικών μελών και των θηλυκών μελών ή τα υποσυστήματα των γονέων και των παιδιών. Άλλος τρόπος σχηματισμού υποσυστημάτων είναι να νοηθεί το σύστημα αναφοράς ως υποσύστημα ευρύτερου συστήματος. Για παράδειγμα, μία τάξη ενός σχολείου αποτελεί υποσύστημα του σχολείου, το οποίο αποτελεί υποσύστημα του συνολικού συστήματος σχολείων μιας κοινωνίας (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008).

Η διαπίστωση της ύπαρξης και της σημασίας της δομής στα συστήματα οδηγεί κατευθείαν στη μελέτη και ανάδειξη της σημασίας για την ψυχοθεραπεία των δομικών στοιχείων των συστημάτων.

Η οικογένεια αποτελείται από υποσυστήματα τα οποία χρειάζονται σαφή ταυτότητα, για να επιτελούν το ειδικό έργο τους το οποίο είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη των μελών της οικογένειας αλλά και για τη σταθερότητα της οικογένειας. Η απρόσκοπτη επιτέλεση αυτού του έργου σχετίζεται με την ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας. Για παράδειγμα στο υποσύστημα των παιδιών, όταν υπάρχει και λειτουργεί ως υποσύστημα, αυτά σχηματίζουν μια ομάδα συντρόφων και μέσα σε αυτό το πλαίσιο ανταλλάσσουν υποστήριξη, διασκεδάζουν, επιτίθενται, γίνονται αποδιοπομπαίοι τράγοι και γενικά μαθαίνουν ο ένας από τον άλλον. Εκεί αναπτύσσουν τα αλληλεπιδραστικά σχήματα για τον τρόπο με τον οποίο θα διαπραγματεύονται, θα συνεργάζονται και θα ανταγωνίζονται. Όλα αυτά τα σχήματα είναι σημαντικά για τον τρόπο με τον οποίο θα ενσωματωθούν στο ευρύτερο εξωοικογενειακό κοινωνικό περιβάλλον, (σχολείο, εργασία κλπ).

Όταν τα υποσυστήματα δεν έχουν σαφή ταυτότητα, δεν μπορούν να επιτελέσουν τις ιδιαίτερες λειτουργίες τους και αυτό γεννά δυσλειτουργία στο σύστημα και αυτή η δυσλειτουργία σχετίζεται αιτιοπαθογενετικά με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας.

Για παράδειγμα αν σε μια οικογένεια το υποσύστημα «γονείς» δεν επιτελεί τις γονικές λειτουργίες και παραμελούνται τα παιδιά, επειδή οι γονείς δεν έχουν σαφή

εικόνα της γονεϊκής ταυτότητας, (γονεϊκές ευθύνες κλπ,) τότε τα παιδιά αναγκάζονται να ασχοληθούν για λόγους επιβίωσης με έργα τα οποία δεν τους αναλογούν, εις βάρος δραστηριοτήτων, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ομαλή ψυχολογική τους ανάπτυξη.

Η θεραπευτική αλλαγή συνεπώς να σχετίζεται με την αποκατάσταση της ταυτότητας των υποσυστημάτων .

Οι συστημικοί θεραπευτές από τις απαρχές της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας ασχολήθηκαν με την παρέμβαση στα υποσυστήματα. Ο Wynne (Wynne, Ryckoff, Day, & Hirsch, 1958). εργαζόταν εντατικά με οικογένειες ψυχιατρικών ασθενών. Αρχικά καλούσε σε συνεδρία ολόκληρη την οικογένεια, μόνο όταν υπήρχε πρόβλημα στην ατομική θεραπεία ή στη θεραπεία του ζεύγους. Ήταν ο πρώτος ερευνητής ο οποίος θεωρούσε την προσωπικότητα του ατόμου ως υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος την «οικογένεια». Αυτή η ιδέα του επέτρεψε αργότερα να συνδέσει την παθολογία του ατόμου με τη δυναμική της οικογένειας. Γι' αυτό άρχισε να καλεί στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες πάντοτε ολόκληρη την οικογένεια, θεωρώντας την θεραπευτική μονάδα. Εστίασε την έρευνά του στα ασαφή, συγκεχυμένα σχήματα επικοινωνίας, τα οποία αναγνώρισε στις οικογένειες με μέλος το οποίο πάσχει από σχιζοφρένεια (Goldenberg & Goldenberg, 2000). Ο Lyman C. Wynne αφού για δύο χρόνια συνεργάστηκε με τον Bowen στο National Institute of Mental Health of Bethesda, στα συνέδρια του 1956 και 1957 της American Psychiatric Association, τα οποία πραγματοποιήθηκαν στο Chicago, ήλθε σε επαφή με τους Nathan Ackerman, Don Jackson, Theodor Lidz. Εκεί αναγνώρισε ότι η εργασία του δεν ήταν απομονωμένη, και ότι άλλοι ψυχοθεραπευτές κινούνταν στην ίδια κατεύθυνση της θεραπείας του οικογενειακού συστήματος και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του οικογενειακού συστήματος ως μονάδας για θεραπεία. Επίσης αναγνώρισε ότι και άλλοι ψυχοθεραπευτές θεωρούσαν σημαντική για την θεραπεία την παρέμβαση στα υποσυστήματα (Broderick & Schrader, 1991). Άλλη σημαντική έννοια για τη δομή των συστημάτων αποτελεί η έννοια των ορίων.

Όρια

Την έννοια των ορίων η συστημική θεωρία την αξιολογεί ως ιδιαίτερα σημαντική για τη διαμόρφωση της καλής ψυχικής υγείας των ατόμων και της εμφάνισης της ψυχοπαθολογίας, και θεωρεί ότι είναι ένα από τα σημαντικά δομικά

χαρακτηριστικά του συστήματος με τα οποία πρέπει να ασχοληθεί ο θεραπευτής και η τροποποίηση των ορίων είναι σημαντική για τη θεραπευτική αλλαγή. Τα όρια ορίζουν την ικανότητα του συστήματος να ρυθμίζει την πληροφορία η οποία εισάγεται στο εσωτερικό του από το περιβάλλον και ανάμεσα στα υποσυστήματά του (Nichols, 1986). Η σωστή ρύθμιση των ορίων σχετίζεται με τη διατήρηση της ακεραιότητας των υποσυστημάτων και τη λειτουργικότητά τους. Η ανεπαρκής ρύθμιση των ορίων μέσα στην οικογένεια έχει συσχετισθεί με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας (Minuchin, 1974).

Για τα κοινωνικά συστήματα τα όρια είναι ό,τι είναι η μεμβράνη για το κύτταρο. Καθιστούν δυνατή την οριοθέτησή τους στο περιβάλλον, διαμορφώνουν την ταυτότητά τους και ρυθμίζουν την επικοινωνιακή απομόνωση ή προθυμία του συστήματος για επαφή. Στα κοινωνικά συστήματα τα όρια προκύπτουν από συμφωνίες για το ποιος και τι ανήκει στο σύστημα. Για παράδειγμα, μια πυρηνική οικογένεια ορίζεται από τη σύμβαση ότι ούτε η γιαγιά (η οποία θεωρείται μέλος της «ευρύτερης οικογένειας») ούτε η διευθύντρια του πατέρα (η οποία ανήκει στην «εργασία»), ούτε και ο φίλος της κόρης (ο οποίος ανήκει στους «φίλους») ανήκουν σε αυτήν (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008) αλλά μόνο τα μέλη τα οποία είναι γιοί ή κόρες των δύο συγκεκριμένων γονέων.

Το κάθε κοινωνικό σύστημα διαμορφώνει τα όριά του απαντώντας στα ακόλουθα ερωτήματα. Ποιος είναι ο λόγος για τον οποίο δημιουργήθηκε το σύστημα; Ποιος είναι ο σκοπός του; Ποια στοιχεία ή ποια μέλη ανήκουν σε αυτό; Ποιες λειτουργίες ανήκουν σε αυτό και ποια στοιχεία και λειτουργίες δεν ανήκουν σε αυτό; (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008).

Η έννοια των ορίων στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε ιδιαίτερα τη χρονική περίοδο 1962-1977, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως το "δεύτερο κύμα" ανάπτυξης της συστημικής ψυχοθεραπείας. Είναι μία χρονική περίοδος ποσοτικής και ποιοτικής ανάπτυξης της. Ποσοτική διότι αρκετοί νέοι θεραπευτές επηρεάστηκαν από τη συστημική σκέψη και άρχισαν να εφαρμόζουν αυτήν τη σκέψη στην κλινική τους πρακτική. Ποιοτική διότι η συστημική θεωρία συνεχώς εμπλουτιζόταν θεωρητικά και παράλληλα αυξανόταν το κλινικό υλικό στο οποίο μπορούσαν πλέον να πραγματοποιηθούν αξιολογικές έρευνες θεραπευτικής έκβασης.

Ο Minuchin θεωρείται από τους κυριότερους δημιουργούς της δομικής σχολής η οποία έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στη θεραπευτική αξιοποίηση της θεωρίας της σχετικής με τα όρια στα συστήματα (Broderick & Schrader, 1991).

Τα όρια ρυθμίζουν τον βαθμό επαφής των μελών μεταξύ τους. Τα όρια μπορούν να γίνουν κατανοητά και ως ρυθμιστές της συναισθηματικής απόστασης. Ο Minuchin (1974) αναγνωρίζει τρία είδη ορίων τα οποία αποτελούν μια συνέχεια: Ελεύθερα ή απεμπλεγμένα (disengaged) στα οποία η εγγύτητα είναι ανεπαρκής. Τα περιπλεγμένα (enmeshed) στα οποία η εγγύτητα είναι υπερβολική και τα σαφή όρια στα οποία υπάρχει η σωστή δόση εγγύτητας και απόστασης. Για να εξασφαλίζεται η λειτουργικότητα των υποσυστημάτων, τα όριά τους πρέπει να είναι σαφή. Στις υγιείς οικογένειες τα όρια μεταξύ των υποσυστημάτων είναι σαφή και καλά ρυθμισμένα έτσι, ώστε να επιτρέπουν στα μέλη του κάθε υποσυστήματος να λειτουργήσουν με τρόπο που κάθε υποσύστημα δεν παρενοχλείται από τις παρεμβάσεις των άλλων υποσυστημάτων. Ταυτόχρονα τα όρια είναι εύκαμπτα, ώστε να επιτρέπουν την επαφή μεταξύ των μελών τα οποία προέρχονται από διαφορετικά υποσυστήματα. Με τέτοιου είδους ρύθμιση ορίων τα υποσυστήματα διατηρούν την ταυτότητά τους και επιτελούν τις λειτουργίες τους απρόσκοπτα με ευεργετικά αποτελέσματα για την ψυχική ανάπτυξη και υγεία των μελών.

Γενικά όταν στο οικογενειακό σύστημα η δομή είναι άθικτη, τα μέλη έχουν ομαλή λειτουργικότητά. Τα υποσυστήματα διατηρούν την ταυτότητά τους όταν τα όρια είναι σαφή. Αυτό σημαίνει ότι τα μέλη του ζεύγους, ως υποσύστημα, και τα παιδιά, ως υποσύστημα, μπορούν να επιτελούν τις ιδιαίτερες λειτουργίες τους. Για παράδειγμα, τα παιδιά να έχουν τον χρόνο να παίζουν μεταξύ τους αντί να ασχολούνται με τους γονείς τους. Αντίστοιχα, το γονικό ζεύγος έχει χρόνο και υπαρξιακό χώρο να ζήσει ως ζεύγος εντός της οικογενείας. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να μπορούν να διαπραγματεύονται θέματα μεταξύ τους, εντός του υποσυστήματός τους. Χωρίς να αναζητούν και οι δύο ή κάποιος από τους δύο την ανάμιξη κάποιου μέλους από το υποσύστημα των παιδιών. Δηλαδή να μην αναζητούν συναισθηματικό σύμμαχο ανάμεσα στα παιδιά και να μην καλούν κάποιο από αυτά ως τρίτο στην σχέση τους. Στο παράδειγμά μας καλή οριοθέτηση αποτελεί το γεγονός ότι ο μικρός Γιάννης τα βράδια κοιμάται στο κρεβάτι του και το ζεύγος μαζί. Αυτό δεν είναι μια γεωγραφική κατανομή αλλά μάλλον μια εκδήλωση της ρύθμισης της συναισθηματικής εγγύτητας και απόστασης. Μ' αυτή τη ρύθμιση ούτε το παιδί «συνθλίβεται» ούτε το ζεύγος «διαίρεται». Αυτό επιτρέπει στα μέλη δυνατότητα για καλύτερη συναισθηματική

ανάπτυξη και λειτουργία. Αν το υποσύστημα «ζεύγος» διαθέτει την ισχύ και την οριοθέτηση να διαπραγματευτεί τα θέματά του εντός του υπαρξιακού χώρου του ζεύγους, εντός των ορίων του, χωρίς να καλεί κάποιον από το υποσύστημα παιδιά για συναισθηματική ή άλλη υποστήριξη, τότε δομικά, από πλευράς ορίων, το σύστημα είναι καλά διατεταγμένο και τότε είναι ευκολότερο για τον Γιάννη να επιστρέψει στο κρεβάτι του.

Τόσο οι οικογένειες με απεμπλεγμένα όσο και οι οικογένειες με περιπλεγμένα όρια παρουσιάζουν προβλήματα (Minuchin, 1974). Στις πρώτες συναντάται συνήθως παραμέληση των παιδιών, έλλειψη πειθαρχίας με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών. Στις δεύτερες τα παιδιά δεν αυτονομούνται με συνέπειες στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη.

Στο παράδειγμα μας το να κοιμάται ο μικρός Γιάννης τα βράδια στο κρεβάτι των γονιών του μαζί τους αρνούμενος να κοιμηθεί στο δωμάτιο του, είναι έκφραση της δυσλειτουργικής ρύθμισης της συναισθηματικής εγγύτητας /απόστασης. Αυτή η ρύθμιση παρεμποδίζει στα μέλη την ικανοποιητική συναισθηματική ανάπτυξη και λειτουργία. Κάποιος από τους γονείς, η μητέρα εν προκειμένω, τον «καλεί» στην δημιουργία εγγύτητας για δικούς της συναισθηματικούς λόγους, οι οποίοι ίσως σχετίζονται στο παρόν με μια πιθανή συναισθηματική απόσταση από τον σύζυγό της, μια κρίση στο γονικό υποσύστημα, του οποίου τα όρια απορρυθμίζει με το υπερβολικό πλησίασμα στο γιό.

Ανακεφαλαιώνοντας λέχθηκε ότι η έννοια «όρια» ορίζει την ικανότητα του συστήματος να ρυθμίζει την πληροφορία την οποία εισάγεται στο εσωτερικό του από το περιβάλλον και ανάμεσα στα υποσυστήματά του, καθώς επίσης και την ικανότητα για ρύθμιση της απόστασης μεταξύ των μελών και υποσυστημάτων της οικογένειας.

Η ικανότητα για ρύθμιση της απόστασης μεταξύ των μελών και των υποσυστημάτων της οικογένειας αποτελεί στόχο της θεραπευτικής παρέμβασης στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, καθώς θεωρείται από τους συστημικούς ψυχοθεραπευτές ως ένα από τα σημαντικά χαρακτηριστικά του συστήματος τα οποία σχετίζονται με τη θεραπευτική αλλαγή.

Η ιεραρχία

Αυτή η έννοια αποτελεί ένα συνθετικό της έννοιας της δομής. Η έννοια της ιεραρχίας έχει επιτελέσει σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της ψυχοπαθολογίας στα οικογενειακά συστήματα και έχει επηρεάσει τη θεραπευτική διαδικασία. Σύμφωνα με αυτή τα ζωντανά συστήματα έχουν διαφορετικά ιεραρχικά επίπεδα, στα οποία το απλούστερο και χαμηλότερο σύστημα πλαισιώνει το συμπλοκότερο, πιο προωθημένο και πιο υψηλού επιπέδου οργάνωσης σύστημα. Υψηλότερης οργάνωσης είναι ένα σύστημα, όταν έχει περισσότερα, συνθετότερα και πιο διαφοροποιημένα στις λειτουργίες τους υποσυστήματα. Οι Miller & Miller (1980), έχουν υποδείξει ότι εύκολα αναγνωρίζονται στα ζωντανά συστήματα επτά επίπεδα: κύτταρα, όργανα, οργανισμοί, ομάδες, οργανώσεις, κοινωνίες, υπερεθνικά συστήματα.

Η ιεραρχία αποτελεί ένα δομικό χαρακτηριστικό του οικογενειακού συστήματος.

Ταυτόχρονα η διατήρηση της ιεραρχίας της δομής είναι σημαντική για την ομαλή ψυχική λειτουργία. Όταν σε ένα σύστημα η ιεραρχία μεταξύ των υποσυστημάτων παραμένει σε ισχύ, η δομή του συστήματος είναι λειτουργική και αυτό σχετίζεται με την ψυχική υγεία των μελών του συστήματος. Για παράδειγμα, όταν σε μια οικογένεια το γονικό υποσύστημα διατηρεί την ιεραρχική του σχέση ως προς τα άλλα υποσυστήματα, αυτό επιτρέπει στα μέλη όλων των υποσυστημάτων να επιτελούν τις λειτουργίες τους απρόσκοπτα. Οι γονείς μπορούν να έχουν και να χρησιμοποιούν την ισχύ της ιεραρχικής τους θέσης για να παιδαγωγήσουν τα παιδιά τους, αφού και το υποσύστημα «παιδιά» το επιτρέπει συναισθανόμενο την ιεραρχική του θέση. Η ισχύς των γονέων βοηθεί τη λειτουργία των ιεραρχικά υποδεέστερων, λιγότερο ισχυρών υποσυστημάτων, ο λόγος των γονέων έχει κύρος κλπ.

Αντίθετα, αν η ιεραρχία είναι διαταραγμένη σε ένα σύστημα αυτό σχετίζεται με παθολογικές εκδηλώσεις της λειτουργίας του η οποία με την σειρά της γεννά ψυχοπαθολογία στα μέλη της οικογένειας.

Στο παράδειγμα, ο Γιάννης έχει πάρει τη θέση του πατέρα στο κρεβάτι αλλά και ισομορφικά και στη συναισθηματική ζωή της μητέρας. Η μητέρα, ανεπίγνωστα ή όχι, ζητά τη συναισθηματική θαλπωρή, την οποία δεν έχει με το σύζυγο, μέσα από τη σχέση με το γιό. Πιθανόν αυτή η εγγύτητα μητέρας γιου να καθιστά τον γιό κοινωνό μυστικών και αυτοαποκαλύψεων αποκλείοντας τον πατέρα, να συνοδεύεται δε και από σύναψη συνασπισμού με τον γιό, με αποτέλεσμα να τον ισχυροποιεί και να τον καθιστά αντικαταστάτη του πατέρα στην ιεραρχία. Ο συνασπισμός εδώ είναι συμμαχία ανάμεσα σε ιεραρχικά άνισα μέλη του συστήματος, μέλη τα οποία ανήκουν

σε υπερσύστημα και υποσύστημα αντίστοιχα. Σε ένα συνασπισμό δίνεται στα μέλη του ισχύς πέρα από τη δομική τους θέση, με αποτέλεσμα στην περίπτωση του παραδείγματος μας την ψυχολογική επιβάρυνση του παιδιού το οποίο μετέχει στον συνασπισμό. Αυτή η θέση του παιδιού μέσα στον συνασπισμό σημαίνει ταυτόχρονα και ανατροπή της ιεραρχίας και έχει συσχετισθεί από ερευνητές με εμφάνιση ψυχοπαθολογίας (Palazzoli, Cirillo, Selvini, & Sorrentino, 1988). Αυτή η ανεστραμμένη ιεραρχία είναι ένα βάρος δυσανάλογο με τις αναπτυξιακές ανάγκες του παιδιού και ως εκ τούτου πρόξενος ψυχοπαθολογίας. Διότι προφανώς το παιδί δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί σωστά αυτή την ισχύ (Goldenberg & Goldenberg, 2000). Ο συνασπισμός με τη μητέρα ανεβάζει το γιό στην οικογενειακή ιεραρχία σε θέση την οποία έπρεπε να κατέχει ο πατέρας και αυτό συνιστά δομική διαταραχή της ιεραρχίας. Και βέβαια ο Γιάννης δεν έχει την απαραίτητη ισχύ να αντέξει αυτή τη θέση η οποία τον φέρνει σε σύγκρουση με τον πατέρα, πρόσωπο το οποίο θα έπρεπε να έχει ως δάσκαλο και όχι ως αντίζηλο. Έτσι τίθενται οι βάσεις για μελλοντική δυσλειτουργία στην ψυχική ανάπτυξη του Γιάννη.

Συμπερασματικά οι συστημικοί οικογενειακοί ψυχοθεραπευτές συνέδεσαν την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στο άτομο με τις διαταραχές στη δομή του συστήματος. Όταν στο οικογενειακό σύστημα η δομή είναι διαταραγμένη τα μέλη δεν μπορούν να έχουν ομαλή λειτουργικότητα. Ως διαταραγμένη δομή νοείται η δομή του συστήματος του οποίου τα υποσυστήματα δεν είναι σαφώς διαταγμένα, η ιεραρχία μεταξύ τους έχει διαταραχθεί, τα όρια είναι άκαμπτα ή ανύπαρκτα και τα υποσυστήματα δεν έχουν σαφή ταυτότητα. Τέτοιες διαταραχές δημιουργούν συμπτωματολογία στα μέλη των συστημάτων.

Η θεραπευτική αλλαγή σε σχέση με την δομή των συστημάτων

Η θεραπευτική αλλαγή έχει συνδεθεί με την αλλαγή στη δομή των συστημάτων. Η θεωρία με την οποία έχει παραχθεί αυτή η σύνδεση και ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται η θεραπευτική παρέμβαση στην θεραπευτική διαδικασία θα αναφερθούν στην συνέχεια.

Οι Watzlawick, Weakland και Fisch (1974) αναφέρουν ότι το σύστημα δύναται να αλλάξει με δύο τρόπους: (α) όταν οι ατομικές παράμετροι αλλάζουν συνεχώς αλλά η δομή του συστήματος παραμένει αμετάβλητη (πρώτης τάξεως αλλαγή) και (β) όταν το σύστημα αλλάζει ποιοτικά ασυνεχώς, (δεύτερης τάξεως αλλαγή). Σε μια

οικογένεια η πρώτης τάξεως αλλαγή σημαίνει ότι υπάρχει ύφεση έως εξαφάνιση του συμπτώματος για το οποίο ζήτησαν θεραπεία, αλλά είναι πιθανόν εν συνεχεία να εμφανιστεί ένα άλλο σύμπτωμα στο ίδιο μέλος ή σε άλλο μέλος της οικογένειας, ούτως ώστε να διατηρηθούν η δομή και η ομοιόσταση του συστήματος αμετάβλητες ποιοτικά. Ενώ, όταν υφίσταται δευτέρης τάξεως αλλαγή, παράλληλα με την ύφεση-εξαφάνιση του συμπτώματος στο ένα μέλος και την μη εμφάνιση σε άλλο μέλος άλλου συμπτώματος, αλλάζει και η εσωτερική δομή του συστήματος. Αυτή η αλλαγή συμβαίνει με τέτοιον τρόπο, ώστε το σύστημα να έχει καλύτερη προσαρμογή στο περιβάλλον και να μπορεί να επιδιώξει τους στόχους του καλύτερα. Αλλαγή της εσωτερικής δομής είναι η ανασυγκρότηση της δομής των υποσυστημάτων, η καλύτερη οριοθέτησή τους, η αποκατάσταση της ιεραρχίας στο σύστημα (Fish, & Priest, 2011).

Ο συστημικός θεραπευτής δίνει έμφαση στα δομικά χαρακτηριστικά της οικογένειας και επιδιώκει την τροποποίηση της οργάνωσης της οικογένειας προς μία πολυπλοκότητα, η οποία να είναι συμβατή με τη φάση του κύκλου ζωής της οικογένειας. Ταυτόχρονα επιδιώκει τον απεγκλωβισμό του δυναμικού κάθε μέλους του συστήματος ανάλογα με την αναπτυξιακή φάση κάθε μέλους. Η αναδόμηση είναι ικανή να επιφέρει τη θεραπεία, κατά τον δομικό θεραπευτή. Μια από τις βασικές συνεισφορές της δομικής σχολής στη συστημική ψυχοθεραπεία είναι ακριβώς η επικέντρωσή της στη δομική αλλαγή. Ο θεραπευτής επιχειρεί να αποσταθεροποιήσει το σύστημα, να συμμαχήσει με το αποδιοπομπαίο ή με το αδύναμο υποσύστημα. Παρεμβαίνει στον τρόπο συναλλαγής στην επικοινωνία με την υπερβολή, την αναπαράσταση και προσπαθεί να τροποποιήσει τα όρια, δηλαδή τις αποστάσεις μεταξύ των υποσυστημάτων, να τα χαλαρώσει ή να τα ενδυναμώσει, τελικά να αποκαταστήσει τη δομή (Τομαράς, 2001). Συνολικά παρεμβαίνει στα όρια, την δομή και την ιεραρχία του συστήματος (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008). Αρχικά ο θεραπευτής με τη στάση του η οποία εξ ορισμού αποτελεί παρέμβαση, επιδιώκει τη δημιουργία καλής επαφής με όλα τα μέλη του συστήματος και ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας, ώστε η οικογένεια να του δώσει το δικαίωμα για τις πιο «επώδυνες» παρεμβάσεις οι οποίες θα ακολουθήσουν.

Τεχνικές ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού ή παρεμβάσεις ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού (Joining techniques)

Οι παρεμβάσεις αυτές θα παρουσιασθούν αναλυτικά, επειδή παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού έχουν αποτελέσει και συνεχίζουν να αποτελούν αντικείμενο μελέτης αναφορικά με την επίδρασή τους στο θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Η στάση του θεραπευτή έχει αναπτυχθεί σε μια σειρά δομημένων παρεμβάσεων οι οποίες είναι γνωστές ως: τεχνικές ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού ή παρεμβάσεις ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού (Joining techniques) (Simon *et al.*, 1985).

Η ανάπτυξη θεραπευτικού δεσμού είναι ενδοσυνεδριακή παρέμβαση και αναφέρεται σε μια ειδική μορφή σχέσης συνεργασίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευομένων (Fishbane, 2011).

Ο ίδιος ο Minuchin (1981a) περιγράφοντας την παρέμβαση ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού επισημαίνει ότι η ανάπτυξη του θεραπευτικού δεσμού με μία οικογένεια είναι περισσότερο θέμα στάσης και λιγότερο τεχνικής, είναι μία ομπρέλα υπό την οποία τελούνται όλες οι θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις. Η σύναψη δεσμού με την οικογένεια σημαίνει ότι δηλώνει στην οικογένεια ότι την κατανοεί και ότι εργάζεται με αυτήν και γι' αυτήν. Μόνο υπό την προστασία του η οικογένεια μπορεί να έχει την ασφάλεια να εξερευνήσει εναλλακτικούς τρόπους συμπεριφοράς, να δοκιμάσει το ασυνήθιστο και να αλλάξει.

Όπως έδειξαν έρευνες για την θεραπευτική διαδικασία (Bergin & Garfield, 1994; Sprenkle, Blow, & Dickey, 1999), υπάρχουν κάποιες προϋποθέσεις, οι οποίες αφορούν τον θεραπευτή σχετικά με την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας, οι οποίες είναι κοινές για κάθε θεραπευτική προσέγγιση. Αυτές είναι, η ανθρώπινη θαλπωρή, ή ενσυναίσθηση και η ειλικρίνεια.

Η παρέμβαση ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού βοηθάει την οικογένεια να πεισθεί ότι ο θεραπευτής λειτουργεί με αυτά τα χαρακτηριστικά.

Μορφές έκφρασης της δημιουργίας θεραπευτικού δεσμού είναι οι ακόλουθες και αποτελούν όλες μια ενιαία θεραπευτική παρέμβαση.

1. Αναπτύσσεται ένας διάλογος γενικών ενδιαφερόντων με στόχο να υπάρξει ένα ζέσταμα στην οικογένεια, να νιώσει η οικογένεια άνετα (Colapinto, 1991). (πχ, *πόσων χρονών είσαι; πότε είναι τα επόμενα γενέθλια σου;*) ή γίνεται συζήτηση για το πλαίσιο της θεραπείας, (ο χρόνος κάθε συνεδρίας, η χρήση βίντεο, οι προσδοκίες της οικογένειας κλπ.).

2. Ο τρόπος επικοινωνίας του θεραπευτή και οι δεξιότητες επαφής τις οποίες διαθέτει (Minuchin, 1974). Αναλυτικότερα, ο τρόπος με τον οποίο μοιράζει την προσοχή του στα μέλη της οικογένειας και η κατανόηση την οποία δείχνει για τα δικά τους σύστημα αξιών. Αν μάλιστα είναι διαφορετικά από το δικό του συστήματα αξιών, τότε δίνει ίσο βάρος σε όλα και ταυτόχρονα εκδηλώνει το ενδιαφέρον του για την κατανόηση κάθε μέλους της οικογένειας (Colapinto, 1991).

Αυτή η κατάσταση, το να είναι συντονισμένος (*in tune*), μπορεί να εκφραστεί με λέξεις (πχ. χρησιμοποιώντας το λεξιλόγιο της οικογένειας) ή με συνειδητή χρήση της στάσης του σώματος του, το οποίο σημαίνει ότι υιοθετώντας τη στάση της οικογένειας, ή γέρνοντας προς το μέρος του προσώπου με το οποίο θέλει να δημιουργήσει θεραπευτικό δεσμό ή ελέγχοντας τον τόνο της φωνής (Minuchin, 1974).

Αυτές είναι συγκεκριμένες στάσεις του θεραπευτή οι οποίες είναι συστηματοποιημένες και αποτελούν μέρος της παρέμβασης κατά τον Byng-Hall, (1996).

3. Ο έλεγχος του θεραπευτή (Minuchin, 1974).

Ο θεραπευτής ελέγχει αν έχει αντιληφθεί επακριβώς αυτό το οποίο πραγματικά θέλει να εκφράσει ο θεραπευόμενος. Για παράδειγμα, " άσε να δω μαζί σου αν κατάλαβα καλά αυτό που λες...", λέει ο θεραπευτής και επαναλαμβάνει ελαφρώς τροποποιημένο ό,τι άκουσε επιβεβαιώνοντας έτσι ότι κατανόησε τον θεραπευόμενο. Σε αυτό το σημείο αναδύεται η ευκαιρία για τον θεραπευτή να αρχίσει να θέτει την παρουσίαση της οικογένειας σε κάπως διαφορετικά πλαίσια. Για παράδειγμα, η φράση του θεραπευόμενου: "αυτός συνεχώς προσπαθεί να με αναστατώνει..." μετατρέπεται από τον θεραπευτή σε: "όταν εσύ νιώθεις για αυτόν σαν να προσπαθεί επίτηδες να σε αναστατώσει..." (Byng-Hall, Campbell, & Papadopoulos, 1996).

4. Η προσπάθεια του θεραπευτή να κρατήσει μία στάση ουδετερότητας απέναντι στις ιδέες της οικογένειας (Palazzoli-Selvini, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980).

5. Η ενεργητική ακρόαση. Μία στάση ακρόασης κατά την οποία ο θεραπευτής ακούει με συμπάθεια και χωρίς κριτική στάση, με σκοπό να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο οι οικογένειες παρά τις καλύτερές τους προσπάθειες έχουν εμπλακεί σε δυσλειτουργικά πρότυπα (*patterns*) επικοινωνίας (Byng-Hall *et al.*, 1996).

Αυτή είναι μία συστηματοποιημένη θεραπευτική παρέμβαση.

Μια άλλη θεραπευτική παρέμβαση η οποία χρησιμοποιείται για την τροποποίηση της δομής του συστήματος είναι η αναπαράσταση.

Η αναπαράσταση (enactment)

Η αποκατάσταση της δομής του συστήματος πραγματοποιείται εκτός των άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων και με την χρήση της αναπαράστασης.

Αυτή η παρέμβαση είναι ενδοσυνεδριακή και στοχεύει στην τροποποίηση δυσλειτουργικών σχημάτων αλληλεπιδραστικής συμπεριφοράς, στην αλλαγή στα συστήματα πεποιθήσεων και την προετοιμασία για την αναδόμηση του συστήματος. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, καλεί ο θεραπευτής την οικογένεια να προσπαθήσει να επιλύσει κάποιο πρόβλημά της ή ένα μέρος αυτού, με τον συνηθισμένο γι'αυτούς τρόπο. Ο θεραπευτής, μόλις δοθεί η εντολή σιωπά και δίνει χώρο και χρόνο στην οικογένεια να αναπαραστήσει, να εφαρμόσει τη συνήθη μέθοδο την οποία διαθέτει, για να επιλύσει αυτό το θέμα. Παρατηρώντας αυτές τις αναπαραστάσεις έχει τη δυνατότητα να αναγνωρίσει *in situ* ένα μέρος ή όλο το μοντέλο αλληλεπιδραστικής συμπεριφοράς το οποίο συντηρεί το πρόβλημα, διότι ενίοτε τα προβλήματα διατηρούνται εξαιτίας των αναποτελεσματικών προσπαθειών επίλυσής τους (Segal, 1991). Όταν η οικογένεια “σταματήσει”, εκτιμώντας ότι δεν μπορεί να προχωρήσει, τότε ο θεραπευτής παρεμβαίνει με τέτοιο τρόπο, ώστε η οικογένεια να συνεχίσει περαιτέρω. Κατά τη διάρκεια των αναπαραστάσεων ο θεραπευτής μπορεί να διακόπτει την σιωπή του και να δίνει οδηγίες στα μέλη της οικογένειας, ώστε να δοκιμάζουν πιο αποτελεσματικούς τρόπους επίλυσης προβλημάτων. Για παράδειγμα, σε οικογένειες στις οποίες όλοι ομιλούν ταυτόχρονα κατά την προσπάθεια επίλυσης ενός προβλήματος και κανένας δεν ακούει τον άλλο, δίνεται από τον θεραπευτή η οδηγία να ακούει πρώτα το κάθε μέλος και μετά να ομιλεί. (Carr, 2000a).

Τρεις ενέργειες μπορούν να γίνουν στην αναπαράσταση Η πρώτη είναι η παρατήρηση από τον θεραπευτή της αναπαράστασης με στόχο να αναγνωρίσει δυσλειτουργίες, τις οποίες θα υπογραμμίσει. Η δεύτερη είναι να σκηνοθετήσει στην εκδραμάτιση τα μέλη τα οποία θα παρουσιάσουν τη δυσλειτουργία τους. Η τρίτη να υποδεικνύει τρόπους αλληλεπίδρασης διαφορετικούς από τους ήδη γνώριμους δυσλειτουργικούς (Minuchin & Fishman, 1981b)

Με αυτή την παρέμβαση ο θεραπευτής μπορεί να συλλέξει πληροφορίες στις οποίες δεν θα μπορούσε να έχει πρόσβαση με άλλον τρόπο. Για παράδειγμα, κάποιες σημαντικές πληροφορίες οι οποίες αφορούν τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνούν δεν

θα τις είχε, αν βασιζόταν μόνο στο περιεχόμενο των περιγραφών τις οποίες η οικογένεια αναφέρει. Αυτό συμβαίνει, γιατί η οικογένεια κάποιες πληροφορίες σημαντικές για τον θεραπευτή δεν τις θεωρεί σημαντικές ή απλώς δεν τις έχει συνειδητοποιήσει και κατά συνέπεια δεν μπορεί να αναφερθεί σε αυτές. Όμως με την αναπαράσταση ο θεραπευτής τις έχει ενώπιον του καθώς, η οικογένεια τις προσφέρει χωρίς να έχει επίγνωση ότι το κάνει. Ο θεραπευτής δημιουργεί στη συνεδρία μια αναπαράσταση της διαπροσωπικής επικοινωνίας και της δυσλειτουργίας της.

Ο στόχος αυτής της θεραπευτικής παρέμβασης δεν είναι μόνο η ποσοτική και ποιοτική βελτίωση των πληροφοριών τις οποίες λαμβάνει για τη λειτουργία της οικογένειας αλλά και η διευκόλυνση της δημιουργίας θεραπευτικού δεσμού μεταξύ της οικογένειας και του θεραπευτή. Αυτό συμβαίνει, διότι ο θεραπευτής γίνεται ενεργός παρατηρητής της ζωής της οικογένειας, ενώ η οικογένεια ζει για λίγο την «εσωτερική» ζωή της ενώπιόν του.

Αυτή η παρέμβαση είναι πολύ χρήσιμη, όταν ο θεραπευτής θέλει να μεταβάλει τα δομικά χαρακτηριστικά των υποσυστημάτων και τα διαγενεακά όρια, και αποδεικνύεται χρήσιμη στην οριοθέτηση των υποσυστημάτων. Με την αναπαράσταση και την τροποποίηση της συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της πραγματοποιήσής της ενθαρρύνεται η επικοινωνία μεταξύ των υποσυστημάτων στα οποία πρέπει να υπάρχει και παρεμποδίζεται η επικοινωνία μεταξύ των οποίων δεν πρέπει να υπάρχει. Για παράδειγμα, ενθαρρύνει τον διάλογο, ακόμα και έντονο, του ζεύγους σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να διασκεδάζουν, αλλά παρεμποδίζει την ανάμειξη της κόρης η οποία παρεμβαίνει ανάμεσα στο ζεύγος δίνοντας εντολές για το χρόνο και τον τρόπο διασκέδασής τους.

Οι οικογένειες, όταν προσέρχονται στη θεραπεία, παρουσιάζονται ως σύστημα το οποίο έχει έναν υποδεικνυόμενο ασθενή και οι υπόλοιποι είναι μια ομάδα η οποία φροντίζει ή βοηθά. Όμως με αυτή την παρέμβαση η εστίαση απομακρύνεται από τον υποδεικνυόμενο ασθενή και μετατοπίζεται στη δυσλειτουργία των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας. Αυτό είναι σημαντική βοήθεια για τη θεραπευτική πορεία.

Άλλη παρέμβαση η οποία έχει θεωρηθεί από τους συστημικούς θεραπευτές χρήσιμη για δεύτερου τύπου αλλαγή, είναι η εστίαση στην ισχύ.

Η εστίαση στην ισχύ (Focusing on Strengths)

Ένας σημαντικός θεραπευτικός στόχος, για να επιτευχθεί δεύτερου τύπου αλλαγή, αφορά τον απεγκλωβισμό του δυναμικού του κάθε μέλους της οικογένειας και συνολικά όλης της οικογένειας. Η παρέμβαση η οποία χρησιμοποιείται γι' αυτό τον στόχο είναι η εστίαση στην ισχύ (Byng-Hall *et al.*, 1996).

Η ισχύς της οικογένειας εμπεριέχει λειτουργικά, υγιή, αλληλεπιδραστικά διαγενεϊκά μοντέλα εντός των οποίων τα προβλήματα δεν εμφανίζονται (Carr, 2000a).

Με αυτού του τύπου τη θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει ο θεραπευτής να ενισχύσει τα συστήματα πεποιθήσεων και τις οικογενειακές αφηγήσεις, οι οποίες πληροφορούν τα μέλη της οικογένειας για τους ρόλους τους οποίους έχουν στα λειτουργικά, υγιή, διαγενεϊκά αλληλεπιδραστικά μοντέλα. Επίσης στοχεύει να αναδείξει τους ιστορικούς και πλαισιακούς παράγοντες οι οποίοι υποστηρίζουν τα συστήματα πεποιθήσεων και τις οικογενειακές αφηγήσεις τις σχετικές με την επίλυση προβλημάτων και ενδεδειγμένες για την οικογενειακή ενίσχυση της οικογενειακής ανθεκτικότητας (Carr, 2000a).

Αυτού του είδους η θεραπευτική παρέμβαση είναι σημαντική σε όλες τις φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας. Όταν ο ασθενής έχει δυσκολίες ή χρόνια προβλήματα, συχνά αποθαρρύνεται και αναπτύσσει ιδέες αβοηθητότητας, όπως ότι είναι αδύναμος και ανίσχυρος να αλλάξει την κατάστασή του. Με την υπογράμμιση των σημείων ισχύος μειώνεται η αποθάρρυνση, αναπτύσσονται πεποιθήσεις και βοηθούνται οι ασθενείς να αναπτύξουν προσωπικές και οικογενειακές αφηγήσεις σχετικές με την ικανότητά τους να επιλύουν τα προβλήματά τους (Carr, 1995).

Τα χαρακτηριστικά αυτής της θεραπευτικής παρέμβασης, της εστίασης στην ισχύ, είναι τα ακόλουθα.

1. Ο εντοπισμός ικανοτήτων σε κάθε οικογένεια συνολικά και σε κάθε μέλος χωριστά καθώς και στον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν οι οικογενειακές σχέσεις. Για παράδειγμα ρωτά ο θεραπευτής: "τι μπορείς να κάνεις το οποίο να ευχαριστεί τους γονείς σου;"
2. Ο εντοπισμός στο παρελθόν θετικών στοιχείων στην αλληλεπίδραση των μελών μεταξύ τους (εξετάζοντας τον τρόπο με τον οποίο στο παρελθόν αλληλοστηρίχτηκαν σε κάποια κρίση).
3. Αναζήτηση για διακυμάνσεων της συμπτωματικής συμπεριφοράς. Για παράδειγμα ρωτά ο θεραπευτής: "ενδιαφέρομαι να θυμηθείς φορές που ήταν λίγος

ο φόβος ή δεν υπήρχε καθόλου. Έτσι όταν εσύ κάνεις αυτό ..., δεν εμφανίζεται καθόλου!".

4. Εστίαση στα θετικά. Ο θεραπευτής αποθαρρύνει συζητήσεις στις οποίες ο ένας παραπονιέται για τον άλλον ή συζητήσεις στις οποίες τα μέλη της οικογένειας εστιάζουν άκαμπτα στο πρόβλημα και προσπαθεί να εμπνεύσει συζήτηση για μικρές αλλαγές ή εστίαση στα θετικά. Για παράδειγμα, για κάποιον ο οποίος έχει αποκλειστικά εστιάσει στην κατηφή πλευρά της ζωής του ο θεραπευτής θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει υποκειμενικές κλίμακες, για να στρέψει την προσοχή του σε πιο θετικές πλευρές. Για παράδειγμα ρωτάει ο θεραπευτής: "αν σε μία κλίμακα από το 1 στο 10 το 10 είναι τρόπος που νιώθεις, όταν τα πράγματα είναι πολύ άσχημα, πρέπει να πεις πώς θα αισθάνεσαι, όταν τα πράγματα γίνουν λίγο καλύτερα, και πού θα τοποθετήσεις τον εαυτό σου. Πότε ήταν η τελευταία φορά που ένιωσες καλύτερα; Τι έκανες για να συμβεί; Πότε και πώς θα μπορούσες να κάνεις περισσότερα από αυτό;" (Byng-Hall *et al.*, 1996).

Από τους συστημικούς θεραπευτές αυτός ο οποίος έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην τροποποίηση της δομής των συστημάτων ήταν ο Minuchin, ο οποίος στα τέλη της δεκαετίας του 1960 είχε αρχίσει να εργάζεται με οικογένειες οι οποίες παρουσίαζαν ψυχοσωματικά προβλήματα και ψυχογενή ανορεξία, εφαρμόζοντας πρακτικές, όπως θεραπευτική παρέμβαση στα όρια και στην αλληλεπίδραση των υποσυστημάτων. Οι παρεμβάσεις στόχευαν στην αναδιάταξη των ενδοοικογενειακών συνασπισμών και συνέδεαν τη συμπτωματολογία με δυσκολίες στον εξελικτικό κύκλο της οικογένειας. Οι παρεμβάσεις της εκδραμάτισης, της εστίασης στην ισχύ και οι παρεμβάσεις δημιουργίας θεραπευτικού δεσμού, αν και χρησιμοποιήθηκαν αρχικά μόνο από αυτόν και τους συνεργάτες του σήμερα χρησιμοποιούνται από τους περισσότερους συστημικούς οικογενειακούς ψυχοθεραπευτές.

Η συστηματικότητα με την οποία εργάσθηκε για πολλά έτη ο Minuchin και η ομάδα του με τις αυτές τις οικογένειες ήταν πρωτοποριακή και η θεωρία για την αντιμετώπιση τέτοιων διαταραχών και τύπων οικογενειών ήταν χρήσιμη και καινοτόμος για τη συστημική ψυχοθεραπεία. Άλλωστε από αυτές τις εμπειρίες και τη θεωρητική επεξεργασία τους προέκυψε η δομική σχολή για τη δημιουργία της οποίας ο Minuchin θεωρείται πρωτεργάτης.

Η πολυπλοκότητα στα συστήματα

Άλλη σημαντική έννοια για τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι η αρχή της *πολυπλοκότητας* (complexity) η οποία σημαίνει πολυσυνθετότητα και διαπλοκή των αλληλεπιδράσεων και των εσωτερικών λειτουργικών ενεργημάτων του συστήματος (Willke, 1993). Ένα σύστημα είναι τόσο πιο πολύπλοκο, όσο έχει περισσότερα μέλη τα οποία αλληλεπιδρούν με πολυσύνθετο τρόπο. Η πολυπλοκότητα του οικογενειακού συστήματος, δηλαδή ο βαθμός εσωτερικών αλληλεπιδραστικών λειτουργιών της οικογένειας, αυξάνει όσο αυξάνει η πολυσυνθετότητα στις εσωτερικές λειτουργίες. Αυτό μπορεί να συμβαίνει, για παράδειγμα διότι, τα μέλη καλούνται να επιδιώκουν κάποιες φορές δύσκολους ή πολλούς στόχους. Αυτό δεν είναι αρνητικό, αν καταφέρει το μέλος να διαχειριστεί το επίπεδο άγχους και ματαίωσης το οποίο αναπτύσσεται, όπως και την αύξηση της ποσότητας της πληροφορίας.

Η πολυπλοκότητα του οικογενειακού συστήματος σχετίζεται και με την εμφάνιση συμπτωμάτων. Δηλαδή, αυτή αυξάνει όσο αυξάνει η πολυσυνθετότητα στις εσωτερικές λειτουργίες. Αυτό μπορεί να συμβαίνει, για παράδειγμα, διότι τα μέλη καλούνται να επιδιώκουν κάποιες φορές στόχους αντικρουόμενους ή απραγματοποίητους ή μη λειτουργικούς. Στο παράδειγμά μας ο Γιάννης επιδιώκει καλή σχέση πατέρα –γιου ενώ ταυτόχρονα έχει δεχθεί να αναλάβει ρόλο συναισθηματικού αντικαταστάτη του πατέρα σε σχέση με τη μητέρα. Είναι προφανές ότι αυτός ο αντικρουόμενος στόχος δημιουργεί συναισθηματικές εντάσεις και τρόπο σχέσης με τον πατέρα ή τη μητέρα ο οποίος παρεμποδίζει την ομαλή ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του γιου (Minuchin, Baker, Rosman, Liberman, Milman, & Todd, 1975). Αυτή η έννοια φάνηκε χρήσιμη στη θεραπευτική διαδικασία. Ο θεραπευτής μπορεί να παρέμβει σχετικά με θέματα τα οποία αφορούν τον τρόπο με τον οποίο η οικογένεια αυξάνει την πολυπλοκότητα και να αλλάξει αυτές τις διαδικασίες, όπου είναι δυνατόν, με αποτέλεσμα μείωση του άγχους και των συνεπειών του.

Η περιπλοκότητα (perplexity) στα συστήματα

Με αυτή την έννοια δηλώνεται ο βαθμός πολυμορφίας, δηλαδή λειτουργικής διαφοροποίησης ενός συστήματος (Willke, 1993). Αυτό σημαίνει ότι ένα σύστημα έχει περισσότερα υποσυστήματα πολύ διαφορετικά μεταξύ τους εξειδικευμένα τα οποία αλληλεξαρτώνται. Παράδειγμα τέτοιου συστήματος είναι ο άνθρωπος

οργανισμός, ο οποίος ως βιολογικό σύστημα αποτελείται από πολλά διαφοροποιημένα στη δομή τους και στη λειτουργία τους υποσυστήματα (όργανα), τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον, ώστε ο οργανισμός να επιβιώνει και να επιτελεί τους στόχους του. Όσον αφορά τον βαθμό περιπλοκότητας, π.χ. ο αριθμός υποσυστημάτων και η ποιότητα διαφοροποίησης τους τα οποία αναγνωρίζονται στο οικογενειακό σύστημα του παραδείγματος μας επιδρούν ως εξής: Τα παιδιά ως υποσύστημα με εξειδικευμένο ρόλο διαφορετικό από τον ρόλο του υποσυστήματος των γονέων, μπορούν να οργανώσουν το παιχνίδι με τους ομηλικούς χωρίς να αφιερώσουν τον χρόνο του παιχνιδιού στη συναισθηματική κάλυψη του ενός ή και των δύο γονέων τους. Όταν η περιπλοκότητα τείνει να αγνοείται, όταν δεν αναγνωρίζεται έμπρακτα εκ μέρους του συστήματος ο αριθμός υποσυστημάτων και είναι ανεπαρκής η ποιότητα διαφοροποίησης τους, τότε τα υποσυστήματα παρεμποδίζονται στις ζωτικές τους λειτουργίες, με επακόλουθη διαταραχή της λειτουργίας του ευρύτερου συστήματος και συνακόλουθες εκδηλώσεις από μέλη του συστήματος διαφόρων συμπτωμάτων. Όταν, στο παράδειγμα μας τα παιδιά χάσουν τον εξειδικευμένο ρόλο ο οποίος διαφοροποιεί το υποσύστημά τους από το υποσυστήματα των γονέων, θα υπάρξει επίπτωση στην δική τους ψυχολογική ανάπτυξη.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι ανάλογη με τις δομικές στρεβλώσεις. Ο θεραπευτής ενισχύει την ταυτότητα των υποσυστημάτων αναδιευθετώντας τα όρια και τονίζοντας με κατάλληλες παρεμβάσεις την ιδιαίτερη λειτουργία των υποσυστημάτων.

Η οργάνωση στα συστήματα

Η οργάνωση αναφέρεται στη σταθερή σχέση των μονάδων του συστήματος μεταξύ τους και στον προβλέψιμο και συστηματικό τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν. Η έννοια αυτή στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία αποδείχθηκε χρήσιμη κυρίως στη διατύπωση θεραπευτικών υποθέσεων. Η οργάνωση του οικογενειακού συστήματος, είναι μία συστημική λειτουργία η οποία χρήζει προσοχής. Η οργάνωση της οικογένειας καθορίζει τη συνοχή της και τη δυνατότητα προσαρμογής της στο περιβάλλον (Nichols & Everett, 1986). Η οικογένεια μπορεί να οργανωθεί γύρω από έναν αυστηρό σύζυγο με τη συναινετική σύζυγο και τα επαναστατημένα παιδιά. Όπως μπορεί να οργανωθεί γύρω από μια γυναίκα δυναμική

και τον παθητικοεπιθετικό σύζυγο της και τα παγιδευμένα παιδιά ανάμεσα στις συνεχείς συγκρούσεις τους. Όποια και αν είναι η διευθέτηση, η οργάνωση της οικογένειας προσφέρει σημαντικά στοιχεία σχετικά με το είδος των αλληλεπιδραστικών συμπεριφορών των μελών της. Στο παράδειγμά μας, η έλευση του μικρού μπορεί να προκαλεί εχθρικά ξεσπάσματα του δεύτερου παιδιού. Μια γραμμική εξήγηση, η οποία συνήθως δίνεται, είναι ότι ζηλεύει ή ότι αντιδρά στην απώλεια της αμέριστης προσοχής την οποία είχε από τη μητέρα του. Μια συστημική ανάγνωση της δυναμικής της οικογένειας θα μπορούσε να είναι: η οικογένεια αναδιοργανώθηκε μετά τη νέα γέννηση και ίσως στα πλαίσια της αναδιοργάνωσης η μητέρα ανέλαβε πρωταρχική φροντίδα του βρέφους, ο πατέρας την κύρια ευθύνη για τα μεγαλύτερα παιδιά, ενώ στο δεύτερο παιδί τον μεγαλύτερο γιό τους ανατέθηκε να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του περισσότερο από πριν, ίσως αναντίστοιχα με ό,τι είχε μάθει μέχρι τότε. Ίσως και να είναι λίγο πλησιέστερα στον πατέρα συναισθηματικά από όσο στη μητέρα. Αυτή η επιθετική συμπεριφορά του ίσως δείχνει ότι η αναδιοργάνωση της οικογένειας είναι ανεπαρκής ως προς την κάλυψη των αναγκών όλων των μελών. Αν η επικέντρωση γίνει μόνο στις ανάγκες του μικρού, ίσως διαφύγουν σημαντικά στοιχεία που αφορούν στην καινούργια οργάνωση της οικογένειας, ο πραγματικός χρόνος τον οποίο ο πατέρας διαθέτει για τα νέα του καθήκοντα τα οποία μέχρι τώρα διεκπεραίωνε η σύζυγος, δεδομένου ότι λείπει πολύ χρόνο για την εργασία του, ο παππούς ή η γιαγιά τώρα μπορεί να είναι περισσότερο παρόντες στο σπίτι βοηθώντας πράγμα το οποίο δεν γινόταν και αυτό γεννά αντιφατικά συναισθήματα σε κάποια μέλη κλπ. Οι έννοιες της ολότητας και της οργάνωσης επιτρέπουν αυτή τη διευρυμένη προοπτική η οποία παρουσιάστηκε.

Η έννοια της οργάνωσης η οποία τονίζει τη σταθερή σχέση των μελών του συστήματος και τον προβλέψιμο και σταθερό τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν μεταξύ τους αναδείχθηκε ιδιαίτερα χρήσιμη στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία για τη διατύπωση υποθέσεων συστημικού τύπου, οι οποίες είναι απαραίτητη θεραπευτική λειτουργία για την εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας. Εξίσου χρήσιμη έννοια για την κατανόηση της λειτουργίας των οικογενειακών συστημάτων είναι η έννοια της προσαρμοστικότητας στα συστήματα.

Η προσαρμοστικότητα στα συστήματα

Η έννοια της προσαρμοστικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντική στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία και αφορά την διαδικασία σχηματισμού θεραπευτικών υποθέσεων αλλά κυρίως για την επιλογή θεραπευτικών παρεμβάσεων. Εξάλλου, η προσαρμοστικότητα είναι ένα από τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς ενός συστήματος και σχετίζεται με την ικανότητα για αυτοοργάνωση και ανάπτυξη του συστήματος (Simon *et al.*, 1985). Η προσαρμοστικότητα του συστήματος αφορά την ικανότητά του να προσαρμόζεται στις αλλαγές του περιβάλλοντος χωρίς να χάνει την οργάνωσή του (Nichols & Everett, 1986).

Τα μέλη της οικογένειας κατανοούνται ως στοιχεία τα οποία αμοιβαία αλληλεπιδρούν. Καθώς ζουν μαζί, μεγαλώνουν και αλλάζουν με το πέρασμα του χρόνου. Η αλλαγή μπορεί να συμβαίνει αναπότρεπτα ως μέρος βιολογικών κύκλων και κύκλων ζωής. Έχει αναφερθεί η τάση των συστημάτων για εξέλιξη και προσαρμογή-προσαρμοστικότητα. Ένας τρόπος χρήσιμος για την ψυχοθεραπεία, με τον οποίο οι έννοιες αυτές εφαρμόσθηκαν στην κατανόηση του οικογενειακού συστήματος είναι η έννοια του κύκλου ζωής της οικογένειας. Πρόκειται για ένα σημαντικό παράδειγμα της εξέλιξης και προσαρμογής ενός ανθρώπινου συστήματος, εν προκειμένω του οικογενειακού συστήματος, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την ψυχική ανάπτυξη, τη λειτουργικότητα ή τη δυσλειτουργικότητα των μελών της οικογένειας.

Ο κύκλος ζωής της οικογένειας είναι μια εξελικτική διαδικασία του συστήματος «οικογένεια» η οποία μπορεί να αναγνωρισθεί σε μια σειρά από διαδοχικά στάδια από τα οποία περνούν οι οικογένειες. Ακολουθεί μια συνοπτική παρουσίαση των σταδίων αυτών. Καθένα από αυτά τα στάδια χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο απαιτήσεων, τις οποίες πρέπει να εκπληρώσουν τα μέλη της οικογένειας, για να ανελιχθούν στο επόμενο στάδιο (Carr, 1995). Τυχούσα αποτυχία εκπλήρωσης των απαιτήσεων, πιθανόν συνδέεται με εμφάνιση προβλημάτων προσαρμογής (Carr, 1995). Τα στάδια είναι οκτώ (Carr, 1995).

Το πρώτο και το δεύτερο συνδέονται με την προσπάθεια διαφοροποίησης από την οικογένεια προέλευσης. Αυτό σημαίνει ολοκλήρωση των σπουδών, σύναψη σχέσεων εκτός οικογένειας, επιδίωξη επαγγελματικής αποκατάστασης.

Το τρίτο στάδιο σχετίζεται με την επιλογή συντρόφου και την απόφαση για γάμο.

Το τέταρτο στάδιο είναι αυτό στο οποίο το νέο ζεύγος, το οποίο δεν έχει παιδί ακόμα, πρέπει να αναπτύξει συνήθειες για την καθημερινή συμβίωση, οι οποίες να βασίζονται στη ρεαλιστική αμοιβαία αναγνώριση της ιδιοσυγκρασίας, των δυνατοτήτων και των αδυναμιών των συντρόφων.

Στο πέμπτο στάδιο πρέπει να ορίσουν εκ νέου τους ρόλους τους ως ζεύγος με παιδιά και να αφήσουν υπαρξιακό χώρο για τα παιδιά τους (Carr, 1995).

Στο έκτο στάδιο, που χαρακτηρίζεται από την είσοδο των παιδιών στην εφηβεία, το ζεύγος πρέπει να ξαναρυθμίσει τη γονική σχέση έτσι, ώστε να αφήσει χώρο για τον έφηβο να αναπτύξει την αυτονομία του.

Στο έβδομο στάδιο τα βασικά θέματα είναι η έξοδος των νέων ενηλίκων παιδιών από τη γονική οικία, προς τη δική τους ζωή και την απαίτηση να μάθει εκ νέου το αρχικό ζεύγος τη ζωή του χωρίς τη φροντίδα παιδιών, ενώ έχουν να διαπραγματευτούν το πένθος της απώλειας των δικών τους γονέων και ενδεχομένως την επέκταση της οικογένειας των παιδιών τους με την έλευση εγγονιών. Αργότερα χρονολογικά έχουν να διαπραγματευτούν και την δική τους φυσική αποδυνάμωση καθώς και την κοντινή προοπτική του θανάτου (Carr, 1995).

Η διαμόρφωση αυτού του μοντέλου βασίστηκε σε μια παραδοσιακή μορφή οικογένειας, αν και έχει ληφθεί υπόψη από τους συστημικούς θεωρητικούς η μονογονεϊκή οικογένεια, η διαζευγμένη οικογένεια, η ανασυντεθειμένη οικογένεια (Carr, 1995). Όμως το παραδοσιακό μοντέλο οικογενειακού κύκλου ζωής, το οποίο στηρίζεται στην παραδοσιακή δομή οικογένειας, είναι το πιο χρήσιμο για την κατανόηση της δυναμικής του συστήματος (Carr, 1995). Αναφερόμαστε πάντα σε οικογένειες του δυτικού πολιτιστικού πεδίου (Carr, 1995). Αυτοί είναι οι περιορισμοί οι οποίοι αφορούν τη γενικευσιμότητα σε παγκόσμιο επίπεδο των διαπιστώσεων οι οποίες αναφέρθηκαν.

Η οικογένεια οφείλει να αντιμετωπίσει τους εξελικτικούς στόχους. Ευρισκομένη υπό πίεση θα πρέπει να μπορέσει να διαθέτει την απαιτούμενη ευελιξία και πλαστικότητα, για να επιτρέψει την ανάδυση νέων αλληλεπιδραστικών σχημάτων, ώστε να ανταποκριθεί στις αναπτυξιακές ανάγκες των μελών της.

Η απάντηση την οποία δίνει έμπρακτα η οικογένεια και η οποία είναι η ιστορία της ζωής της ή η ιστορία των προβλημάτων της φανερώνει πόσο καλά χειρίζεται τη σύγκρουση και διαπραγματεύεται τη μετάβαση από στάδιο σε στάδιο (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Όταν όμως το σύστημα δεν διαθέτει την απαιτούμενη πλαστικότητα και προσαρμοστικότητα και η οικογένεια εμποδισθεί σε αυτόν τον εξελικτικό κύκλο, είναι πολύ πιθανή η εμφάνιση συμπτωμάτων σε μέλη της.

Για παράδειγμα νέοι άνθρωποι αφήνουν τη ζωή τους να αποτύχει, επειδή, λόγω μιας αντίστοιχης γονικής επιταγής, θεωρούν ότι οι γονείς τους δεν μπορούν να αντέξουν να ιδούν το παιδί τους επιτυχημένο ή πιο ευτυχημένο από τους ίδιους ή επειδή θεωρούν ότι οι γονείς τους δεν είναι σε θέση να αντέξουν τον αποχωρισμό που απαιτεί η ενηλικίωση. Εδώ σχετίζεται η εμφάνιση συμπτωμάτων με την αποτυχία περάσματος σε επόμενη φάση στον κύκλο ζωής της οικογένειας.

Όπως έχει αναφερθεί, αποτυχία εκπλήρωσης των απαιτήσεων κάθε σταδίου του κύκλου ζωής συνεπάγεται έκφραση προβλημάτων προσαρμογής (Carr, 1995). Τέτοια προβλήματα μπορεί να είναι διαταραχές, όπως κατάθλιψη, χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, εμπλοκή σε έγκλημα, διαταραχές πρόσληψης τροφής, π.χ. ψυχογενής ανορεξία, βουλιμία (Carr, 2000b). Αλλά και προβλήματα, όπως δυσκολία λήψης αποφάσεων σχετικά με τη δέσμευση στην συζυγική ζωή (Carr, 2000b) ή αποτυχία δέσμευσης σ' αυτή με ενδεχόμενες συνακόλουθες συνέπειες, όπως διαζύγια, ιδιαίτερα στρεσογόνες σχέσεις, αλλά και αυξημένη συζυγική βία (Carr, 2000b). Το φάσμα των προβλημάτων τα οποία έχουν συσχετισθεί με την έλλειψη προσαρμοστικότητας είναι αρκετά ευρύ. Ορισμένες αλλαγές στον κύκλο ζωής, όταν είναι ασυνεχείς, δηλαδή δεν προβλέπονται από τη συγκεκριμένη φάση ζωής, όπως για παράδειγμα ένας πρόωρος θάνατος γονέα με μικρά παιδιά, αυτού του είδους οι ασυνεχείς αλλαγές είναι αποδιοργανωτικές και παρακωλυτικές για την ανάπτυξη των μελών της οικογένειας. Αναστατώνουν και τροποποιούν βαθιά το σύστημα, ώστε να μην επιστρέφει ποτέ στον προηγούμενο τρόπο λειτουργίας του (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Η αποκατάσταση της οργάνωσης και της προσαρμοστικότητας του συστήματος σχετίζεται άμεσα με την επιδιωκόμενη θεραπευτική αλλαγή. Η προσαρμοστικότητα του συστήματος και η πλαστικότητά του επίσης σχετίζεται άμεσα με την ικανότητα των μελών του να αναθεωρούν και να μεταβάλλουν κανόνες, συμπεριφορές και τρόπο σκέψης, ώστε να επιτυγχάνεται λειτουργικότερη προσαρμογή στην πραγματικότητα του περιβάλλοντος. Αυτός ο θεραπευτικός στόχος της προσαρμοστικότητας των μελών επιδιώκεται από τους συστημικούς θεραπευτές με παρεμβάσεις, όπως η γενογραμματική διερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας των μελών της οικογένειας.

Η προσαρμοστικότητα του συστήματος αφορά την ικανότητα του να προσαρμόζεται στις αλλαγές του περιβάλλοντος χωρίς να χάνει την οργάνωσή του. Αλλά και με την ικανότητα για αυτοοργάνωση και ανάπτυξη του συστήματος. Αυτό σε μια οικογένεια φαίνεται από τις απαντήσεις τις οποίες δίνει στις οκτώ εξελικτικές της φάσεις στον αποκαλούμενο κύκλο ζωής της οικογένειας. Οι αποτυχημένες απαντήσεις αποτελούν αντικείμενο θεραπευτικών παρεμβάσεων στις οικογένειες, οι οποίες ζητούν θεραπευτική βοήθεια. Μερικές παρεμβάσεις της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας αποτελούν η εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας και η επανεμβίωση.

Η εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας στα συστήματα

Η εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας (Byng-Hall *et al.*, 1996) αποτελεί μια ενδοσυνεδριακή παρέμβαση η οποία στοχεύει στην τροποποίηση του συστήματος πεποιθήσεων με τη χρήση του γενόγραμματος και των διερευνητικών ερωτήσεων. Αρχικά το γενόγραμμα χρησιμοποιήθηκε ως διαγνωστική τεχνική και ως εκπαιδευτικό εργαλείο στις αρχικές θεραπείες (Guerin, 1976).

Το γενόγραμμα μπορεί να είναι προσωπική καταγραφή πληροφοριών, οι οποίες να απευθύνονται στον θεραπευτή, και ταυτόχρονα θεραπευτική δραστηριότητα. Όταν χρησιμοποιηθεί και για τους δύο στόχους, είναι μία παρέμβαση η οποία βοηθά στην αλλαγή, διότι δίνει στα μέλη της οικογένειας την αίσθηση ότι «έχουμε κάτι από όπου να εκκινήσουμε» (Forman, 2002).

Το γενόγραμμα είναι μία διαγενεακή γραφική παράσταση του οικογενειακού συστήματος. Σε αυτήν τη γραφική αναπαράσταση καταγράφονται κλινικές πληροφορίες για τα μέλη της οικογένειας και τα διαγενεϊκά σχήματα αλληλεπιδραστικών συμπεριφορών (Carr, 1995).

Στις πληροφορίες καταγράφονται:

1. δημογραφικά στοιχεία, όπως ημερομηνίες μετάβασης δηλαδή γενέθλια, θάνατοι, ημερομηνίες γάμου, αλλαγής χώρου κατοικίας κλπ. καταστάσεις οι οποίες αφορούν προσωπική ισχύ, όπως : περιπτώσεις επιτυχούς διαχείρισης προβλημάτων στο παρελθόν, επίδοση εργασιακή, δημιουργία και διατήρηση φιλίας, κλπ.
2. καταστάσεις που περιγράφουν ευαισθησίες, όπως ασθένειες, νοσηλείες, χρήση ουσιών, παραβατικότητα, κλπ.

3. καταγράφονται επίσης αλληλεπιδραστικά σχήματα, όπως συμμαχίες και συνασπισμοί, αγχογόνες συγκρούσεις, παθογόνα τρίγωνα με κρυφούς διαγενεϊκούς συνασπισμούς κλπ. (Carr, 1995).

Τα γενογράμματα χρησιμοποιούνται συχνά από τους οικογενειακούς θεραπευτές είτε για την καταγραφή του οικογενειακού συστήματος είτε ως αρχικό πλαίσιο για να διερευνηθούν θέματα όπως τα όρια, οι συμμαχίες και ο κύκλος ζωής της οικογένειας (Simon et al., 1985).

Η χρήση του γενογράμματος μπορεί να γίνει είτε κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, είτε ανάμεσα σε δύο συνεδρίες ως εργασία στο σπίτι (Byng-Hall et al., 1996).

Συνήθως η κατασκευή του γενογράμματος γίνεται στην πρώτη ή τη δεύτερη θεραπευτική συνεδρία (Carr, 1995). Οι γενογραμματικές ερωτήσεις γίνονται σε αυτές τις συνεδρίες κατά την κατασκευή των σχεδιαγραμμάτων αλλά και στις μετέπειτα συνεδρίες ως ανεξάρτητες των σχεδιαγραμμάτων ερωτήσεις. Διατυπώνονται αυτές οι ερωτήσεις με πρωτοβουλία των θεραπειών.

Ένα παράδειγμα τέτοιου τύπου ερώτησης είναι: "*όταν ένιωθες θλιμμένος ή χαρούμενος, οι γονείς σου πώς αντιδρούσαν;*" Με την ερώτηση αυτή διερευνά ο θεραπευτής πώς χειριζόταν τα αρνητικά συναισθήματα το γονικό υποσύστημα, ποιοι κανόνες και σχήματα συμπεριφοράς μπορούν να αναγνωρισθούν τα οποία σχετίζονται με διαχείριση αρνητικού συναισθήματος.

Με τις ερωτήσεις οι οποίες ακολουθούν την κατασκευή του σχεδιαγράμματος επιδιώκει ο θεραπευτής να συγκεντρώσει πληροφορίες οι οποίες θα του αποκαλύψουν τα γεγονότα τα οποία επηρέασαν τα μέλη της οικογένειας, ώστε να έχουν υιοθετήσει αυτούς τους τρόπους επεξεργασίας και μετάδοσης των πληροφοριών (Carr, 1995).

Η κατασκευή του γενογράμματος είναι ένα ισχυρότατο εργαλείο, για να ενταχθεί στο πλαίσιο της οικογένειας το σύμπτωμα. Σε αυτήν την τεχνική δεν είναι τόσο σημαντικό η ολοκλήρωση του σχεδίου όσο η διαδικασία κατασκευής του και οι ερωτήσεις οι οποίες το συνοδεύουν, διότι δίνουν την ευκαιρία στα μέλη της οικογένειας να κάνουν νέες ανακαλύψεις και νέες συνδέσεις. Η αντιμετώπιση του συμπτώματος επιτυγχάνεται με τη σύνδεσή του με τη γενογραμματική ιστορία και τη διαγενεϊκή νοηματοδότησή του. Π.χ. νοηματοδοτείται ως μία συμπεριφορά η οποία στην προηγούμενη ή προπροηγούμενη γενεά είχε νόημα το οποίο δεν έχει πλέον τώρα και η συνέχιση της παρουσίας του είναι ένα κατάλοιπο στον χάρτη πεποιθήσεων της οικογένειας (Gladding, & Cox, 2008).

Η δημιουργία συνδέσεων αποτελεί θεραπευτικό στόχο, όπως στόχο αποτελεί και η αμοιβαία αποκάλυψη σημαντικών πληροφοριών, η οποία συμβαίνει κατά τη διάρκεια της χρήσης αυτής της τεχνικής, όπως και η διάθεση των μελών να αλληλοεμπιστευθούν πληροφορίες ζωτικής σημασίας. Αυτή η εισαγωγή στο σύστημα των πληροφοριών τα οποία ανακτώνται έχει από μόνη της θεραπευτικά αποτελέσματα (Forman, 2002).

Άλλος θεραπευτικός στόχος είναι να σκιαγραφηθούν τα σημεία ισχύος των μελών της οικογένειας. Όταν πραγματοποιούνται ερωτήσεις οι οποίες εστιάζουν στην ανάδειξη σημείων ισχύος μελών της οικογένειας, συχνά αυτό έχει ως αντίκτυπο την ανύψωση του ηθικού των μελών, τη μείωση του αισθήματος αβοηθητότητας και απελπισίας και ταυτόχρονα τη διευκόλυνση των οικογενειών στη δημιουργία περισσότερο ελπιδοφόρων αφηγήσεων για τους εαυτούς τους.

Στόχοι της πραγματοποίησης αυτής της παρέμβασης είναι ακόμα, με ερωτήσεις οι οποίες διερευνούν συμμαχίες μεταξύ των μελών της οικογένειας, η αναγνώριση τριγώνων και δυσλειτουργικών διαγενεϊκά αλληλεπιδραστικών σχημάτων.

Επίσης είναι η ανίχνευση σημαντικών προσώπων τα οποία ανήκουν στο κοινωνικό δίκτυο της οικογένειας και έχουν σημαντικό ρόλο ως παράγοντες αγχογόνοι ή υποστηρικτικοί (Carr, 1995).

Άλλος θεραπευτικός στόχος, ο οποίος επιτυγχάνεται με αυτού του είδους την παρέμβαση, είναι η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας διαχειρίστηκαν θέματα ανάπτυξης σε επίπεδο ατομικό και οικογενειακό. Για παράδειγμα πόσο καλά διαχειρίστηκαν την μετάβαση στις φάσεις των κύκλων ζωής (Carr, 1995). Η χρήση αυτής της παρέμβασης επιτρέπει στα μέλη της οικογένειας να μάθουν την «μεταπροοπτική» σχετικά με τον τρόπο οργάνωσής τους και τη συναισθηματική φόρτισή τους. Αποκτώντας τη γνώση της προοπτικής βοηθούνται να μειώσουν το έντονο άγχος και να διασαφηνίσουν καλύτερα τη φύση των προβλημάτων τους.

Πολύ μεγάλη σημασία έχουν οι ιστορίες οι οποίες συνοδεύουν τα γενογράμματα.

Αποτελούν το υπόβαθρο για μια νέα κατανόηση του παρόντος (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008). Η σύνδεση του παρόντος προβλήματος με διαγενεϊκά σχήματα αλληλεπιδραστικής συμπεριφοράς τα οποία ανάγονται ίσως και τρεις γενεές πίσω, μετριάξει τη βαθιά αίσθηση προσωπικής ακαταλληλότητας ή προσωπικής αποτυχίας το οποίο συνήθως φέρουν οι οικογένειες με πρόβλημα. Αυτή η σύνδεση

επιτρέπει στα μέλη να μειώσουν την αμοιβαία επίκριση και να εστιάσουν σε πιο δημιουργικούς τρόπους επικοινωνίας.

Τέλος, το γενόγραμμα και οι γενογραμματικές ερωτήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για να εμπλέξουν και κινητοποιήσουν ενδοσυνεδριακά ένα μέλος της οικογένειας το οποίο δυσκολεύεται αρχικά να εμπλακεί στη θεραπευτική διαδικασία. Για παράδειγμα, ένα παιδί το οποίο στην αρχική φάση της συνεδρίας είναι διστακτικό και ελάχιστα ομιλητικό, αν κληθεί να σχεδιάσει το γενόγραμμα σύμφωνα με δοσμένους κανόνες σχεδιασμού, μπορεί, απαντώντας σε σχετικές ερωτήσεις, να φέρει στο φως πολλές σημαντικές πληροφορίες (Carr, 1995).

Η κοινή αντίληψη των συστημικών θεραπειών είναι ότι η αποκατάσταση της οργάνωσης και της προσαρμοστικότητας του συστήματος σχετίζεται άμεσα με τη θεραπευτική αλλαγή. Αυτό προτείνεται ως θεραπευτικός στόχος από τις περισσότερες σχολές συστημικής ψυχοθεραπείας, αλλά τονίζεται ιδιαίτερα από τη δομική σχολή (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008). Ο δομικός θεραπευτής επιδιώκει την τροποποίηση της οργάνωσης της οικογένειας προς μία δομή, η οποία να είναι συμβατή με τη φάση του κύκλου ζωής στην οποία τώρα βρίσκεται η οικογένεια. Άλλη παρέμβαση, η οποία χρησιμοποιείται για τη διαφοροποίηση των μελών του συστήματος ώστε να επιτευχθεί η τροποποίηση της οργάνωσης της οικογένειας, είναι η επανεμβίωση.

Η επανεμβίωση

Η επανεμβίωση είναι μία ακόμη θεραπευτική παρέμβαση η οποία συνεισφέρει στην ανάπτυξη της πλαστικότητας των μελών του συστήματος. Πρόκειται για ενδοσυνεδριακή παρέμβαση, η οποία στοχεύει στην τροποποίηση του συστήματος πεποιθήσεων. Η παρέμβαση αυτή είναι ένας τρόπος για να εξασθενήσουν οι συνηθισμένοι τρόποι του σχετίζεσθαι και να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο στο οποίο τα μέλη της οικογένειας μπορούν να ξαναθυμηθούν και να αναβιώσουν καταστάσεις με υψηλό συναισθηματικό φορτίο εντός των οποίων έμαθαν τους δυσλειτουργικούς τρόπους σχετίζεσθαι. Η παρέμβαση αυτή δημιουργεί ένα πλαίσιο στο οποίο τα άτομα μπορούν να συνθέσουν αυτές τις ξεχασμένες και καταστροφικές εμπειρίες σε μία ενιαία και συνειδητή αφήγηση για τον εαυτό τους (Carr, 1995).

Αυτή η διαδικασία αναβίωσης και τροποποίησης της συμπεριφοράς με τρόπο διαφορετικό από αυτόν που ανέπτυξε στην πρώιμη ηλικία, βοηθά τον ασθενή να αποκτήσει έλεγχο των δυσλειτουργικών συμπεριφορικών συνηθειών (Carr, 1995).

Καλείται ο ασθενής κατά τη διάρκεια της συνεδρίας να κλείσει τα μάτια του και να οπτικοποιήσει μνήμες συγκεκριμένων καταστάσεων και να ανεχθεί τα έντονα αρνητικά συναισθήματα τα οποία συνοδεύουν τέτοιες οπτικοποιήσεις αναμνήσεων. Εναλλακτικά καλείται να λεκτικοποιήσει τις αυτοπροστατευτικές και συναισθηματικά φορτισμένες αντιδράσεις του, οι οποίες συνδέονται με καταστάσεις τις οποίες έζησε με τους γονείς ή τους συγγενείς του. Τέτοιοι διάλογοι μπορούν να γίνονται σε μια οπτικοποιημένη εικόνα των γονέων ή εμπρός σε ένα άδειο κάθισμα. Επίσης, ο ασθενής μπορεί να γράψει, αλλά να μη στείλει, λεπτομερείς επιστολές προς τους γονείς ή συγγενείς του, όπου εκφράζει με συναισθηματικούς όρους, πόσο δύσκολες ήταν οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας του, στις οποίες έμαθε τις καταστροφικές συμπεριφορικές συνήθειες. Η αρχή της κυκλικής αιτιότητας είναι άλλη μία σημαντική έννοια της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας.

Η αρχή της κυκλικής αιτιότητας στα συστήματα

Η κυκλική αιτιότητα αποτελεί μια σημαντική έννοια για τη συστημική ψυχοθεραπεία, διότι έχει επιδράσει στον τρόπο με τον οποίο οι οικογενειακοί ψυχοθεραπευτές εξηγούν την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας και την οργάνωση της θεραπευτικής διαδικασίας.

Η έννοια της κυκλικής αιτιότητας αντιπαραβάλλεται με την έννοια της γραμμικής αιτιότητας.

Η γραμμική αιτιότητα είναι ένας τεχνικός όρος στα μαθηματικά ο οποίος περιγράφει μία σχέση μεταξύ μεταβλητών όπου η μία «προκαλεί» την άλλη, ενώ στη συστημική σκέψη περιγράφει μία σχέση μεταξύ μιας σειράς αιτιών ή θεμάτων των οποίων η αλληλουχία δεν επιστρέφει στην αφετηρία, (Simon et al., 1985). Η έννοια της γραμμικής αιτιότητας εφαρμοσμένη στην αντίληψη της ψυχολογικής λειτουργίας οδήγησε στις ακόλουθες διατυπώσεις για την αιτιολόγηση της εκδήλωσης του συμπτώματος.

Το σύμπτωμα είναι μία δυσλειτουργία, η οποία οφείλεται είτε σε αιτίες φυσιολογίας ή βιολογικές είτε σε απωθημένα γεγονότα, βιώματα του παρελθόντος. Το άτομο, δηλαδή, είναι υποκείμενο στην δυσλειτουργία και η αιτιολογία είναι συνδεδεμένη με μία ατέλεια στα γονίδια του ή στη βιοχημεία του ή στην ενδοψυχική ανάπτυξή του.

Συνεπώς αν στο κλινικό χώρο εξεταζόταν ένα άτομο με ψυχιατρική διαταραχή, με αυτόν τον τρόπο κατανόησης των φαινομένων εύκολα θα κατέληγε ο εξεταστής στο συμπέρασμα ότι αυτό το άτομο πάσχει από μία ενδοψυχική διαταραχή η οποία προκλήθηκε από παρελθοντικά βιώματα (Hoffman, 1981).

Αντίθετη έννοια με τη γραμμική αιτιότητα είναι η κυκλική αιτιότητα. Αυτός ο όρος αναφέρεται σε μία αλληλουχία αιτιών και αποτελεσμάτων τα οποία οδηγούν πάλι στην αρχική αιτία και την επιβεβαιώνουν ή την ακυρώνουν (Simon et al., 1985). Η κυκλική διαδικασία είναι κεντρική έννοια στην κυβερνητική των συστημάτων. Σε αυτή την διαδικασία πολλά στοιχεία του συστήματος αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και διαμορφώνουν αμοιβαίως την συμπεριφορά τους με σύμπλοκο τρόπο. Πολλά φαινόμενα μπορούν να εξηγηθούν μόνο με την αναφορά στην αμοιβαία αλληλεπίδραση μεταξύ διαφορετικών μεταβλητών του συστήματος (Simon et al., 1985).

Η έννοια της κυκλικότητας είναι σημαντική συνεισφορά της συστημικής σκέψης στην ψυχοθεραπεία. Αυτός ο όρος αναφέρεται στην αλληλουχία αιτίας και αποτελέσματος το οποίο επιβεβαιώνει ή ακυρώνει και τροποποιεί το αρχικό αίτιο. Η πιο στοιχειώδης μονάδα κυκλικότητας είναι ο ανατροφοδοτικός, αναδραστικός κύκλος (Feedback loop) (Simon et al., 1985).

Η αναγνώριση της κυκλικότητας στα συστήματα είναι μια απόπειρα να περιγραφεί η συμπεριφορά των στοιχείων ενός συστήματος ως κύκλωμα ανάδρασης, ώστε κατ' αυτόν τον τρόπο να γίνει κατανοητό ότι η συμπεριφορά καθενός μέλους του συστήματος πάντα εμπλέκεται σε μια κυκλικά αλληλεπιδρούσα αλληλουχία συμπεριφορών και γενικότερα πληροφοριακών ανταλλαγών (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008). Για παράδειγμα, η μεμονωμένη συμπεριφορά ενός μέλους του συστήματος, εξεταζόμενη σε ένα χρονικό σημείο, γίνεται κατανοητή ως το αποτέλεσμα της επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης η οποία έχει προηγηθεί μεταξύ του μέλους υπό παρατήρηση και των υπολοίπων μελών του συστήματος.

Η κυκλικότητα οδηγεί τον μελετητή στον σχηματισμό υποθέσεων για την κατανόηση της αλληλουχίας των συμπεριφορών μέσα στην οικογένεια. Η συμπεριφορά ενός μεμονωμένου μέλους ερμηνεύεται με υποθέσεις που την συνδέουν με τη δράση των υπολοίπων μελών του συστήματος. Έτσι θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς άλλου μέλους αλλά και ταυτόχρονα αίτιο για συμπεριφορά ενός άλλου μέλους, του οποίου η συμπεριφορά γίνεται αίτιο μιας νέας

συμπεριφοράς του αρχικού μέλους στην αλληλουχία της παρατήρησης. Κατ' αυτό τον τρόπο οι υποθέσεις γίνονται κυκλικές.

Με τη νέα αντίληψη, αυτή της κυκλικής αιτιότητας, εξετάζεται το ίδιο άτομο με αρκετά διαφορετικό τρόπο. Καταρχήν ο εξεταστής μελετά το άτομο σε συνάρτηση με τις σχέσεις οι οποίες αναπτύσσονται με την οικογένειά του στο παρόν. Αυτή η θεώρηση οδηγεί τον μελετητή να σχηματίσει μία πολύ διαφορετική εικόνα για τη διαταραχή. Αναγνωρίζεται ότι οι επικοινωνίες και οι συμπεριφορές των παρόντων παράγουν πολλές αλληλεπιδράσεις, κυκλικές συνδέσεις και ότι τελικά η συμπεριφορά του διαταραγμένου ατόμου είναι μέρος μιας αλληλουχίας ευρύτερης και επαναλαμβανόμενης (Hoffman, 1981). Οι αλληλεπιδράσεις είναι μια φυσιολογική λειτουργία των συστημάτων, όπως η αναπνοή για ένα άτομο. Συντηρούν την υγεία στα μέλη του συστήματος, αφού μόνο με αυτό τον τρόπο ένα σύστημα είναι ζωντανό και λειτουργικό.

Όμως και η εμφάνιση συμπτωματικής συμπεριφοράς σχετίζεται με την έννοια της κυκλικότητας. Η κυκλικότητα του συστήματος επηρεάζει τα μέλη του και με τέτοιο τρόπο ώστε να δημιουργείται συμπτωματική συμπεριφορά. Για παράδειγμα, η απομάκρυνση του πατέρα στη σχέση με τη μητέρα δεν επηρεάζει μόνο τη μητέρα αλλά και τον γιό τον Γιάννη, ο οποίος συντονίζεται με την κατάσταση μεταξύ των γονέων και επηρεάζεται από τη μητέρα και ενδεχομένως πλησιάζει περισσότερο τη μητέρα η οποία δείχνει να υποφέρει από τη στάση του συζύγου. Συνακόλουθα η στάση του Γιάννη προς τον πατέρα η οποία μπορεί να είναι πιο εχθρική θα επηρεάσει τον πατέρα· μόλις αυτός ο κύκλος ολοκληρωθεί αρχίζει ένας νέος κύκλος αλληλεπίδρασης.

Περιγράφηκε, η κυκλικότητα στα οικογενειακά συστήματα γιατί είναι μια από τις σημαντικότερες αρχές της λειτουργίας των συστημάτων και έχει συνδεθεί με την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας αλλά και την θεραπευτική αλλαγή. Άλλη εξίσου σημαντική αρχή των συστημάτων αποτελεί η ανάδραση στα συστήματα.

Η ανάδραση στα συστήματα

Η ανάδραση αποτελεί μια χρήσιμη έννοια της συστημικής θεωρίας η οποία έχει χρησιμοποιηθεί από τους συστημικούς θεραπευτές για την ανάλυση της λειτουργίας των οικογενειών ως κυβερνητικών συστημάτων.

Η ανάδραση (*feedback*) ορίζεται ως η διαδικασία επεξεργασίας και διαχείρισης της πληροφορίας. Η ανάδραση είναι η παραδοχή ότι ένα σύστημα θα απαντήσει σε ένα ερέθισμα, το οποίο προέρχεται από κάποιο μέλος του ή από το περιβάλλον, με την ενίσχυση ή την απαλοιφή ενός προτύπου αλληλεπιδραστικής συμπεριφοράς (*pattern*) έτσι ώστε να εξασφαλίσει τη συνέχειά του (Jones, 1993).

α) Η ανάδραση είναι κυκλική διαδικασία η οποία ανατροφοδοτεί το σύστημα με πληροφορίες κατά τη διάρκεια της δράσης του, ώστε να έχει όσες πληροφορίες είναι απαραίτητες, για να πετύχει τον στόχο του. β) Η ανάδραση αναφέρεται, επίσης, στην επανεισαγωγή σε ένα σύστημα των αποτελεσμάτων της προηγούμενης απόδοσής του ως μια μέθοδος ελέγχου του συστήματος. Δηλαδή οι πληροφορίες αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ένα σύστημα εισάγονται εκ νέου από την έξοδο στην είσοδο με κυκλικό τρόπο, διατηρώντας ή τροποποιώντας και αυτοδιορθώνοντας τα επόμενα σήματα εισαγωγής. γ) Οι κύκλοι ανάδρασης (*Feedback loops*) αποτελούν κυκλικούς μηχανισμούς, οι οποίοι έχουν σκοπό την ανατροφοδότηση του συστήματος. Οι κύκλοι ανάδρασης ή ανατροφοδότησης βοηθούν τον μετριασμό των υπερβολικών διακυμάνσεων σε ένα σύστημα, συνεισφέροντας στη διατήρηση και παράταση της ζωής του. Οι κύκλοι ανάδρασης είναι δύο ειδών, οι αρνητικοί και οι θετικοί ανάλογα με τις πληροφορίες οι οποίες μπορεί να είναι ή αρνητικές ή θετικές.

Αρνητικές είναι εκείνες οι οποίες μηνύουν τη διατήρηση της υπάρχουσας τάξης πραγμάτων στο σύστημα και την ελαχιστοποίηση της αλλαγής. Οι αρνητικές πληροφορίες για την απόδοση του συστήματος στη διαδικασία της αρνητικής ανάδρασης (*Negative feedback*), προστατεύουν το σύστημα από τη διακύμανση και διατηρούν την κατάσταση σταθερή. Η αρνητική ανατροφοδότηση αποτελείται από μια διαδικασία η οποία ενεργοποιείται από σφάλματα, επανεισάγοντας στο σύστημα πληροφορίες σχετικά με την απόκλιση από μια προηγούμενη προκαθορισμένη κατάσταση. Για παράδειγμα, στα κλιματιστικά συστήματα, αν ο στόχος είναι να πέσει η θερμοκρασία στους 22° C, τότε οι 21° C είναι ο βαθμός ο οποίος σηματοδοτεί την οριακή απόκλιση και ειδοποιείται το σύστημα ότι ξεπέρασε τον στόχο, ώστε να ενεργοποιήσει τον διορθωτικό μηχανισμό, το «φρένο» του συστήματος.

Οι θετικές πληροφορίες σηματοδοτούν την αλλαγή στο σύστημα. Αυτές ενεργοποιούν θετική ανάδραση (*Positive feedback*). Οδηγούν δε σε περαιτέρω αλλαγή με την αύξηση ή την επιτάχυνση της αρχικής απόκλισης. Πρόκειται για πληροφορίες οι οποίες δείχνουν στο σύστημα ότι πρέπει να συνεχίσει τη συγκεκριμένη ενέργεια ή να την επιτείνει, διότι ο σκοπός δεν έχει επιτευχθεί. Η

πληροφορία γίνεται δεκτή (π.χ. μιλώντας για σύστημα κλιματισμού, το δωμάτιο δεν έχει αποκτήσει ακόμα την επιθυμητή θερμοκρασία των 22° C και βρίσκεται για παράδειγμα ακόμα στους 24° C) και το σύστημα συνεχίζει να δρα όπως είναι προγραμματισμένο, μέχρι να επιτευχθεί ο προκαθορισμένος στόχος (στο παράδειγμα οι 22° C). Τα συστήματα χρειάζονται και τα δύο είδη ανάδρασης, το ένα για να διατηρήσουν την υπάρχουσα κατάσταση και το δεύτερο για να προσαρμοστούν σε αλλαγές του περιβάλλοντος.

Με την εισαγωγή της έννοιας της ανάδρασης εισάγεται και η κυκλική ερμηνεία: έτσι η παραδοσιακή γραμμική ερμηνεία εγκαταλείπεται σταδιακά. Η κυκλική αναδραστικότητα σημαίνει ότι κάθε αιτιατό αναδρά στο αίτιό του σε μια συνεχιζόμενη αλληλουχία αναδράσεων. Κάθε διεργασία πρέπει να νοείται ως κύκλος. Η ιδέα είναι απλή αλλά οι συνέπειες σημαντικές, ιδίως όταν στην ανάλυση εισάγεται και η έννοια του συστήματος.

Η έννοια της αναδραστικής κυκλικότητας αναδεικνύει την ανάδραση ως βασικό μηχανισμό ρύθμισης της ομοιόστασης και εξετάζεται ενδελεχέστερα παρακάτω.

Η ομοιόσταση στα συστήματα και Α' Κυβερνητική

Η ομοιόσταση αποτελεί μια πολύ σημαντική έννοια της συστημικής θεωρίας, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί από τους συστημικούς θεραπευτές για την ανάλυση της λειτουργίας των οικογενειών ως κυβερνητικών συστημάτων, την κατανόηση της ανάπτυξης της ψυχοπαθολογίας στα μέλη των συστημάτων και τη διατύπωση της θεωρίας για τη θεραπευτική αλλαγή στα συστήματα.

Η ομοιόσταση (*Homeostasis*) (Jackson, 1957) αναφέρεται στην εσωτερική δυναμική σταθερότητα του συστήματος, η οποία διατηρείται παρά τις αλλαγές στα μέρη του συστήματος. Αναφέρεται στα συστήματα και την τάση τους για διατήρηση της εσωτερικής σταθερότητας μέσω της αυτορρύθμισης. Αυτός είναι ο τρόπος με τον οποίο οι παράμετροι ενός συστήματος μπορούν να διατηρούνται σταθερές κάτω από μεταβαλλόμενες συνθήκες.

Η έννοια της ομοιόστασης χρησιμοποιήθηκε αρχικά στη φυσιολογία από το 1932, όταν την εισήγαγε ο Cannon (Simon *et al.*, 1985). Στη θεωρία συστημάτων την έννοια της ομοιόστασης την εισήγαγε ο Asby (1952), ο οποίος αναφέρει ότι η ομοιόσταση διατηρείται με μορφοστατικούς μηχανισμούς. Αυτοί οι μηχανισμοί απομακρύνουν από το σύστημα οτιδήποτε διαταράσσει τη δομή του. Ο βασικός

μηχανισμός τον οποίο διαθέτουν τα συστήματα, για να διατηρήσουν ανέπαφη τη δομή τους από περιβαλλοντικές αλλαγές, είναι ο αρνητικός αναδραστικός κύκλος. Για παράδειγμα, ένας ακροβάτης όταν συναντά ένα απρόβλεπτο εμπόδιο από το περιβάλλον, αρχικά μπορεί να υιοθετήσει συμπεριφορά διακοπής της κίνησης ή να το αποβάλει από τον δρόμο του και, αν δεν αρκέσει αυτό, τότε προχωρά σε άλλον τρόπο ομοιόστασης.

Άλλος τρόπος διατήρησης της ομοιόστασης είναι με μηχανισμούς αλλαγής. Αυτοί οι μηχανισμοί αλλαγής επιβάλλουν τέτοιες τροποποιήσεις στο σύστημα, ώστε να διατηρείται η εσωτερική σταθερότητα, η ομοιόσταση, έστω με μια νέα ισορροπία.

Το τελικό αποτέλεσμα της ομοιοστατικής λειτουργίας είναι η δημιουργία κατάστασης σταθερότητας στο σύστημα. Αυτή η κατάσταση σταθερότητας δεν είναι στατική. Βρίσκεται σε εξέλιξη, μια διαρκώς κυμαινόμενη αλληλεπίδραση δυνάμεων ισορρόπησης και ανισορρόπησης και αυτή η αλληλεπίδραση παράγει τη σταθερότητα ως δυναμικό αποτέλεσμα. Μια εικόνα η οποία προσομοιώνει την έννοια της ομοιοστατικής λειτουργίας είναι του σχοινοβάτη, ο οποίος βρίσκεται διαρκώς σε κίνηση, εκτελώντας διαρκώς διορθώσεις στη σωματική του στάση και στην κατανομή του βάρους του, ώστε να επιτύχει ισορροπία (Bloch, 1985). Εκτός από την εικόνα του σχοινοβάτη ο Keeney (1983) προσθέτει και την εικόνα του οδηγού του κανό ο οποίος, για να διατηρήσει την ισορροπία του, πρέπει να κάνει το κανό να ταλαντεύεται.

Η ομοιόσταση είναι μια αρχή των συστημάτων με την οποία εξηγείται ο τρόπος συντήρησης της υπάρχουσας κατάστασης ενός συστήματος αλλά και της αλλαγής. Ένα σύστημα μπορεί να συντηρεί την ομοιόστασή του προωθώντας την ατομική αλλαγή μεταξύ των μελών του αλλά και τη συνολική του όλου συστήματος, ώστε να επιτύχει την προσαρμογή στο περιβάλλον και να διασφαλίσει την εσωτερική σταθερότητα και συνοχή.

Η έννοια της ομοιόστασης φάνηκε πολύ χρήσιμη στην κατανόηση των οικογενειακών συστημάτων, αν και έχει μεταβληθεί ο τρόπος με τον οποίο έγινε κατανοητή και αξιοποιήθηκε στη συστημική ψυχοθεραπεία από την εποχή κατά την οποία αρχικά διατυπώθηκε μέχρι σήμερα .

Η έννοια αυτή, όπως και η έννοια της αναδραστικής κυκλικότητας, αναπτύχθηκε στα πλαίσια της κυβερνητικής θεωρίας από τη δεκαετία του 1940 και εφαρμόσθηκε στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία στην δεκαετία του 1950.

Κυβερνητική είναι η επιστήμη της διακυβέρνησης (Winkin, 1981) και βασίστηκε στην υπόθεση ότι στα συστήματα η λειτουργία του ελέγχου, ρύθμισης, ανταλλαγής, επεξεργασίας και αποθήκευσης πληροφοριών, προσαρμογής, αυτοοργάνωσης, αυτοαναπαραγωγής και οι στρατηγικές συμπεριφοράς ακολουθούν τις ίδιες αρχές είτε αφορά μηχανές είτε οργανισμούς είτε κοινωνικές δομές (Simon *et al.*, 1985). Η κυβερνητική είναι περισσότερο ένας τρόπος σκέψης παρά μία συγκροτημένη και λεπτομερής θεωρία. Ο Αμερικανός μαθηματικός Norbert Wiener (1948) με τη μελέτη του για τη συμπεριφορά των βλημάτων των αντιαεροπορικών πυροβόλων κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου εισήγαγε την έννοια της κυβερνητικής και της ανάδρασης (Feedback) για τα τεχνικά συστήματα και ο Wiener (1948) επεξεργάστηκε, την κυβερνητική σε επιστήμη με αντικείμενο μελέτης τον έλεγχο και την επικοινωνία στις μηχανές αλλά και στους ζώντες οργανισμούς.

Την ίδια εποχή ο βιολόγος Ludwig von Bertalanffy (1950) προσπάθησε να καταρτίσει μια «γενική θεωρία των συστημάτων» μελετώντας συνολικά τις σχετικές με την ανάπτυξη συστημάτων επιστήμες ανεξαρτήτως αν τα συστήματα είναι φυσικά, βιολογικά ή κοινωνικά (Winkin, 1981).

Αλλά και ο βιολόγος Hardin (1966) μελέτησε στα «μαλακά» δηλαδή τα έμβια συστήματα την ίδια διαδικασία της ανάδρασης, την οποία μελετούσε ο Wiener στα «σκληρά» δηλαδή τα μηχανικά συστήματα. Έτσι δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις, ώστε να συνδυαστούν σταδιακά η γενική θεωρία των συστημάτων και η κυβερνητική, για να προκύψει ό,τι σήμερα αποκαλείται «συστημική σκέψη» και να αξιοποιηθούν στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Στους πρωτοποριακούς οικογενειακούς ψυχοθεραπευτές, οι οποίοι εφάρμοσαν αυτές τις έννοιες στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία ήδη από το 1959, συγκαταλέγεται ο Don Jackson, ο οποίος τότε ίδρυσε το MIR (Mental Institute Research). Σε αυτό το ίδρυμα αρχικά το προσωπικό αποτελούνταν από μία γραμματέα, έναν ψυχίατρο, τον Jules Riskin και μία ψυχολόγο, την Virginia Satir, της οποίας η φήμη έφτασε στις ΗΠΑ στο ίδιο επίπεδο με αυτό των δασκάλων της. Η ομάδα αυξήθηκε ραγδαία. Το 1961 ο Jackson προσέλαβε τον Jay Haley και το 1962 τους John Weakland και Paul Watzlawick (Broderick & Schrader, 1991).

Το έργο τους οργανώθηκε και εξειδικεύτηκε. Ο Don Jackson ταξίδευε, έκανε διαλέξεις και συνέγραφε για την οικογενειακή θεραπεία (Broderick & Schrader, 1991). Η θεωρητική συνεισφορά του στη θεραπευτική πρακτική της οικογενειακής συστημικής θεραπείας είναι σημαντική. Εισήγαγε ένα σύνολο εννοιών αναγκαίων για

την κατανόηση της λειτουργίας των οικογενειακών σχημάτων επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης, όπως οι έννοιες των οικογενειακών κανόνων και της ομοιόστασης. Αλλά η βοήθειά του ήταν καθοριστική και στη δημιουργία καινοτόμων τρόπων παρέμβασης στο οικογενειακό σύστημα, ώστε να παραχθεί θεραπευτική αλλαγή (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Αρχικά η έννοια της κυκλικής αναδραστικότητας και της ομοιόστασης στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία εφαρμόστηκε ως εξής:

Στην υποθετική οικογένεια του γνωστού ήδη παραδείγματος η προσοχή επικεντρώθηκε στον τρόπο με τον οποίο ο κύριος και η κυρία Παπαδοπούλου απάντησαν στα μηνύματα της έφηβης Μαρίας για αυτονόμηση, ώστε να την κρατήσουν στην οικογένεια, να αναστείλουν τις φυσικές για την ηλικία της τάσεις «φυγής» και να διατηρήσουν την ομοιόσταση του συστήματος (Jones, 1993). Στο παράδειγμα αυτό η έννοια της ομοιόστασης εφαρμόστηκε σε ένα σύστημα, όπως η οικογένεια, το οποίο απειλείται και ενεργοποίησε τους μορφοστατικούς μηχανισμούς, για να διατηρήσει την εσωτερική σταθερότητά του και να ανακτήσει την ισορροπία του. Αρχικά η ομοιόσταση κατανοούνταν ως ένας τρόπος αντίστασης της οικογένειας στην αλλαγή με την επιστροφή στην προ της απειλής σταθερή κατάσταση (Haley, 1963). Σε μερικές περιπτώσεις η εμφάνιση συμπτώματος σε ένα μέλος της οικογένειας εθεωρείτο μια ομοιοστατική προσπάθεια διατήρησης ή αποκατάστασης της οικογενειακής ισορροπίας, έστω εις βάρος ενός μέλους το οποίο εκδήλωνε τα συμπτώματα.

Η συντήρηση της ομοιόστασης μερικές φορές συνεπάγεται τη συντήρηση οικογενειακών σχημάτων αλληλεπιδραστικής συμπεριφοράς ιδιαίτερα δυσλειτουργικών. Μια λειτουργική οικογένεια θα προσπαθήσει να αποκαταστήσει ένα σταθερό περιβάλλον, όποτε αυτό διαταράσσεται. Οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί ενεργοποιούνται, όταν προκύπτει κάποιο λάθος ή υπερβολή, και οι συμπεριφορές οι οποίες διατηρούν την ομοιόσταση θα είναι περιορισμένες και σχετικά στερεότυπες. Για παράδειγμα ο διαπληκτισμός μεταξύ των δύο παιδιών της οικογένειας δεν επιτρέπεται να κλιμακωθεί πέραν ενός προκαθορισμένου για τη συγκεκριμένη οικογένεια σημείου, της λεκτικής βίας. Ο πατέρας θα επέμβει για να διασφαλίσει τον περιορισμό της αλληλεπίδρασης μέχρι το προκαθορισμένο σημείο. Η επέμβαση, όποια και αν είναι, θα έχει τον χαρακτήρα του κατευνασμού, ο οποίος θα επαναφέρει το σύστημα στην αρχική του ισορροπία.

Η ομοιόσταση επίσης μπορεί να επιτευχθεί και με αλλαγή δεύτερης τάξης. Μια λειτουργική οικογένεια μπορεί να διατηρεί την εσωτερική της συνοχή προωθώντας την αλλαγή και την ανάπτυξη των μελών της με αναδιατάξεις στο εσωτερικό του συστήματός της οι οποίες του επιτρέπουν την προσαρμογή στην περιβαλλοντική ή εσωτερική αλλαγή διατηρώντας τη συνοχή του. Στο παράδειγμα με την οικογένεια Παπαδοπούλου αυτό θα επιτυγχανόταν, αν όλα τα μέλη μπορούσαν να επεξεργαστούν νέους κανόνες, οι οποίοι αφορούν τον τρόπο της σχέσης τους στη φάση του κύκλου ζωής της οικογένειας η οποία έχει μέλη στην εφηβεία. Επίσης θα επιτυγχανόταν η ομοιόσταση, αν αναθεωρούσαν τους στόχους των υποσυστημάτων, ώστε να γίνουν πιο συμβατοί με τις ανάγκες της παρούσας φάσης κύκλου ζωής της οικογένειας.

Η έννοια της ανάδρασης και ομοιόστασης συνεισέφερε και στην κατανόηση του συμπτώματος. Για παράδειγμα, η προβληματική συμπεριφορά ενός παιδιού ή εφήβου κατανοείται ως μηχανισμός ο οποίος ρυθμίζει την ομοιόσταση του συστήματος, π.χ. την αστάθεια-σταθερότητα, όταν τίθεται θέμα αλλαγής στο οικογενειακό σύστημα (Τομαράς, 2001).

Για να διασαφηνισθεί αυτό, αναφέρεται το παράδειγμα ενός παιδιού το οποίο εκδηλώνει κάποια παραπτωματική συμπεριφορά, όπως η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, την περίοδο κατά την οποία τίθεται θέμα χωρισμού των γονέων · ο χωρισμός είναι μια έντονη αλλαγή για το οικογενειακό σύστημα, η οποία απειλεί την ομοιόστασή του. Τότε οι γονείς αναγκάζονται να ασχοληθούν με το θέμα το οποίο προέκυψε, της παραπτωματικής συμπεριφοράς, παραβλέποντας τα προβλήματά τους τα οποία τους οδηγούσαν σε διάλυση του γάμου και ως εκ τούτου σε μεγάλη αλλαγή του οικογενειακού συστήματος. Ακολούθως οι γονείς συσπειρώνονται στην προσπάθεια να βοηθήσουν το παιδί τους, ενδεχομένως προσφεύγουν στους ειδικούς, και παραβλέπουν τις μεταξύ τους διαφορές επιλέγοντας να εστιάσουν στο θέμα το οποίο θέτει το παιδί με την παραπτωματική συμπεριφορά. Η αλλαγή στο οικογενειακό σύστημα, ο χωρισμός, αποφεύχθηκε, η συνοχή του συστήματος αποκαταστάθηκε, η ομοιοστατική ισορροπία επήλθε με κόστος όμως την ψυχική υγεία ενός μέλους της οικογένειας, το οποίο αναλαμβάνοντας τον ρόλο του ασθενούς και για όσο διάστημα διατηρεί αυτόν τον ρόλο με την παθολογία του ή το σύμπτωμά του βοηθά τη συνοχή της οικογένειας. Είναι εμφανές στο παράδειγμα αυτό η συμβολή του συμπτώματος στην προσπάθεια αποκατάστασης της διαταραγμένης ισορροπίας-ομοιόστασης.

Ο Jackson (1957) για πρώτη φορά ανέφερε ότι γιαυτόν τον σκοπό, την ρύθμιση της ομοιόστασης, τα συμπτώματα ενός μέλους της οικογένειας είναι χρήσιμα (λειτουργικά) και για τον ίδιο λόγο κάποια συμπτώματα μετά την εμφάνισή τους δεν εξαφανίζονται, αλλά σταθεροποιούνται. Η συμπτωματική συμπεριφορά έχει συχνά διπλό χαρακτήρα: έχει γίνει συγχρόνως πρόβλημα και λύση. Προκαλεί πόνο και ταυτόχρονα εμποδίζει άλλον πόνο, ο οποίος στη φαντασία των εμπλεκομένων φαίνεται ότι είναι χειρότερος (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008). Ένα σύμπτωμα λειτουργεί σε μια σχέση προστατευτικά, σταθεροποιεί τις οικογενειακές σχέσεις, επιτρέπει, για παράδειγμα, να σταματήσει μια σύγκρουση σε μια σχέση ή αποσπά την προσοχή από άλλες συγκρουσιακές σχέσεις στην οικογένεια. Ο φορέας του συμπτώματος βοηθά ένα άλλο μέλος της οικογένειας, το οποίο αρχικά μένει στο παρασκήνιο.

Στις δυσλειτουργικές οικογένειες οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί παρουσιάζουν αυξημένη ακαμψία, γεγονός το οποίο συμβάλλει στην εμφάνιση συμπτωμάτων, π.χ. η επιμονή της οικογένειας σε κανόνες οι οποίοι δεν είναι αντίστοιχοι στις ανάγκες της φάσης στον κύκλο ζωής ενός μέλους της οικογένειας μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση συμπτωματολογίας στο μέλος αυτό. Η έφηβη κόρη, της οποίας η ανάγκη για κοινωνικοποίηση αντιμετωπίζεται με κανόνες οι οποίοι αντιστοιχούν σε ηλικία παιδική μπορεί να αντιδράσει με κάποιου είδους συμπτωματική συμπεριφορά, όπως υπερβολική αντιδραστικότητα στις σχέσεις με τους γονείς.

Οι οικογενειακοί θεραπευτές διαμόρφωσαν υποθέσεις για την ομοιοστατική λειτουργία του συμπτώματος, οι οποίοι έγιναν δημοφιλείς: πχ οι οικογένειες με σχιζοφρενές μέλος δεν θέλουν να εγκαταλείψουν το ψυχωτικό παιχνίδι (Palazzoli-Selvini *et al.*, 1988).

Η αρχική εικόνα την οποία σχημάτισαν οι συστημικοί ψυχοθεραπευτές ήταν ότι οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί ήταν πηγή της αντίστασης και η εμφάνιση θεραπευτικής αλλαγής συσχετιζόταν με την πραγματική παράκαμψή τους. Δινόταν στην παράκαμψη της ομοιόστασης ιδιαίτερη θεραπευτική σημασία. Αυτή η αντίληψη απηχούσε την επονομαζόμενη Α΄ Κυβερνητική θεωρία, η οποία αναπτύχθηκε από τις αρχές του 1950 έως το τέλος του 1970. Για παράδειγμα, αναγνωρίζοντας τη θεραπευτική αντίσταση ως έκφραση της ομοιόστασης του συστήματος ο Ackerman το 1957 ίδρυσε τη Family Mental Health Clinic στο Jewish Family Services of New York, η οποία οδήγησε στη δημιουργία του Family Institute of New York, το οποίο μετά τον θάνατό του, το 1971, ο Donald Bloch, ο διάδοχός του, το ονόμασε

Ackerman Institute of Family Therapy (Broderick & Schrader, 1991). Η ομάδα του Ackerman Institute of Family Therapy συνέχισε τη θεωρητική παράδοση του ιδρυτή της και εμβάθυνε τη συστημική σκέψη στη θεραπευτική πρακτική της. Ανέπτυξε και συστηματοποίησε τα διαγνωστικά κριτήρια για τον εντοπισμό των οικογενειών οι οποίες αντιστέκονται στη θεραπεία και αυτών οι οποίες δεν αντιστέκονται. Συστηματοποίησε τις παρεμβάσεις για τις οικογένειες οι οποίες δεν πρόβαλλαν ιδιαίτερη αντίσταση και επέλεξαν να χρησιμοποιούν ευθείες παρεμβάσεις: συμβουλές, προτροπές, εξηγήσεις, ερμηνείες και κατ'οίκον εργασίες για των οποίων την ακριβή εκτέλεσή επέμεναν. Για τις οικογένειες οι οποίες ανέπτυσαν αντίσταση στη πρόκληση της θεραπείας και στις προσπάθειες των θεραπειών λόγω του φαινομένου της ομοιόστασης πραγματοποιούσαν παρεμβάσεις με χρήση παραδόξου, όπως τις παράδοξες οδηγίες, κυρίως την συγκράτηση αλλαγής, την αναπλαισίωση και την χορήγηση του αλληλεπιδραστικού κύκλου ο οποίος παράγει το σύμπτωμα. (Broderick & Schrader, 1991).

Η ομοιόσταση έγινε αντιληπτή ως ο μηχανισμός εντός των συστημάτων ο οποίος σχετίζεται με την εμφάνιση των συμπτωμάτων αλλά και της αντίστασης στη θεραπευτική διαδικασία. Η έννοια της ομοιόστασης εντός της συστημικής θεωρίας μεταβλήθηκε, επεκτάθηκε με την εμφάνιση της Β' Κυβερνητικής.

Η ομοιόσταση στα συστήματα και Β' Κυβερνητική

Η Β' Κυβερνητική αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Η Α' Κυβερνητική η οποία μπορεί να κληθεί η κυβερνητική των παρατηρούμενων συστημάτων, ενώ η Β' Κυβερνητική η κυβερνητική των παρατηρούντων συστημάτων, διότι ο ρόλος του παρατηρητή αναγνωρίστηκε και μελετήθηκε ιδιαίτερα σε σχέση με το παρατηρούμενο σύστημα. Η Β' Κυβερνητική μπορεί να θεωρηθεί και ως νέο επιστημολογικό υπόδειγμα, διότι η μελέτη των συστημάτων περιλαμβάνει ως μελετώμενο και τον μελετητή/παρατηρητή. Αμφισβητείται η δυνατότητα για αντικειμενική παρατήρηση και ο παρατηρητής θεωρείται μέρος ενός νέου συστήματος το οποίο κατασκευάζει από κοινού με το παρατηρούμενο σύστημα το οποίο προτίθεται να παρατηρήσει. Αυτή η θέση εισάγει την προοπτική της αυτοπαρατήρησης και αυτοαναφοράς ως μέρος της συστημικής σκέψης. Κατά κάποιον τρόπο η Β' Κυβερνητική επιτρέπει το άνοιγμα του « μαύρου κουτιού» που δεν επέτρεπε η Α' Κυβερνητική, δηλαδή την μελέτη της αυταναφορικότητας των

συστημάτων. Η ανάπτυξη της Β΄ Κυβερνητικής σημαίνει ανάπτυξη της κατανόησης του εαυτού ως υποκειμένου μελέτης καθαυτό.

Άλλη συνέπεια της ανάπτυξης αυτής της κυβερνητικής είναι η διατύπωση της θέσης ότι καμιά παρατήρηση δεν μπορεί να γίνει χωρίς τη συμμετοχή του παρατηρητή. Αυτό σημαίνει ότι, όταν μελετάται η δυναμική της οικογένειας, πρέπει εφεξής να μελετάται και η δυναμική την οποία δημιουργεί το σύστημα θεραπευτής οικογένεια.

Αργότερα, υπό την επίδραση της Β΄ Κυβερνητικής θεωρίας η ομοιόσταση έγινε αντιληπτή και ως μηχανισμός αλλαγής.

Η αλλαγή είναι κατανοητή ως αλλαγή δεύτερης τάξης, ως ισορροπία της οικογένειας σε ένα νέο επίπεδο οργάνωσης του συστήματος, με νέου τύπου αλληλεπιδραστικές συμπεριφορές, όχι απλώς ως επιστροφή σε προηγούμενους τρόπους λειτουργίας και επίτευξης ισορροπίας, το οποίο θα ήταν αλλαγή πρώτης τάξης. Η νέα ισορροπία του συστήματος επιτυγχάνεται με τους ομοιοστατικούς μηχανισμούς να λειτουργούν για τη συνοχή του συστήματος η οποία προέκυψε από την αλλαγή οργάνωσης και δομής. Γενικότερα, φαίνεται ότι η συστημική οπτική για την κατανόηση της διεργασίας η οποία σχετίζεται με τη θεραπευτική αλλαγή οφείλει να λάβει υπ' όψη της τα χαρακτηριστικά του συστήματος (αλληλεπίδραση των μελών του συστήματος, δομή, κλπ), τον τρόπο επικοινωνίας, η οποία το χαρακτηρίζει, την κυκλικότητα των αλληλεπιδράσεων και την ομοιόσταση του συστήματος.

Με την εξέταση του τρόπου με τον οποίο οι συστημικές έννοιες της κυκλικότητας, της ανάδρασης και της ομοιόστασης επηρέασαν τη θεραπευτική διαδικασία είναι δυνατόν να διαπιστωθούν τα εξής.

Η ομοιόσταση αρχικά ήταν ένα φαινόμενο το οποίο θεραπευτικά όφειλε να παρακαμφτεί, αλλά αργότερα θεωρήθηκε ότι έπρεπε να αξιοποιηθεί θεραπευτικά. Για την πρώτη θεωρητική εκδοχή οι θεραπευτές έπρεπε το αναγνωρίσουν εντός της συνεδρίας και εν συνεχεία να πραγματοποιήσουν θεραπευτικούς χειρισμούς οι οποίοι θα το παρέκαμπταν. Τέτοιοι χειρισμοί ήταν παρεμβάσεις, όπως η χρήση του παραδόξου με τις παράδοξες οδηγίες και η αναπλαισίωση. Για τη δεύτερη θεωρητική εκδοχή έπρεπε να το αναγνωρίσουν και να το στρέψουν στην κατεύθυνση της θεραπευτικής αλλαγής. Τέτοιοι χειρισμοί ήταν παρεμβάσεις όπως η θετική σημασιοδότηση.

Με την εμφάνιση της Β΄ Κυβερνητικής και την αναγνώριση της ομοιόστασης ως φαινομένου το οποίο έχει και θετική σχέση με την αλλαγή και την διεύρυνση της

αντίληψης για την σύνθεση του θεραπευτικού συστήματος αναπτύχθηκαν διαφορετικοί τρόποι θεραπευτικού χειρισμού. Από αυτή την επιστημολογική αλλαγή μερικές σχολές συστημικής ψυχοθεραπείας επηρεάστηκαν και δέχθηκαν τις θέσεις της νέας επιστημολογίας με δημιουργικό τρόπο, όπως η σχολή του Milano από τη δεκαετία του 1980 και έπειτα. Η πρώτη αλλαγή εξαιτίας του επηρεασμού από την Β΄ Κυβερνητική και τον κονστρουκτιβισμό είναι η αναθεώρηση του ορισμού της έννοιας σύστημα. Έπαυσαν να θεωρούν το σύστημα ως έναν ομοιοστατικό μηχανισμό, ο οποίος κατά κύριο λόγο στοχεύει στη διατήρηση της ομοιόστασης και δευτερευόντως δέχεται αλλαγές, και θεώρησαν ότι διαρκώς εξελίσσεται, αν και εμφανίζεται σταθερό. Επομένως η θεραπεία της οικογένειας δεν μπορεί να στηρίζεται στις άμεσες θεραπευτικές παρεμβάσεις ή τις συστηματοποιημένες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως οι θεραπευτικές τεχνικές και η καθοδήγηση, στις οποίες αρχικά βασιζόνταν οι συστημικές οικογενειακές ψυχοθεραπείες, αλλά πρέπει να εστιάζει στη διευκόλυνση της έκφρασης του συστήματος. Ο θεραπευτής εισηγείται πολλές πιθανές εξηγήσεις και δεν προτείνει έτοιμες λύσεις, αλλά συγκατασκευάζει λύσεις μαζί με την οικογένεια μέσα από τη διαδικασία του θεραπευτικού διαλόγου, ούτε προβαίνει σε κάποια ιδιαίτερη θεραπευτική παρέμβαση πέραν της εγκαθίδρυσης και διατήρησης της θεραπευτικής σχέσης, του θεραπευτικού διαλόγου έχοντας επίγνωση ότι ως παρατηρητής επηρεάζει με τις πεποιθήσεις του και τις προκαταλήψεις του τον παρατηρούμενο, την οικογένεια.

Θεραπευτικές παρεμβάσεις τις οποίες χρησιμοποίησαν οι συστημικοί οικογενειακοί ψυχοθεραπευτές, για να παρακάμψουν την αντίσταση ακολουθώντας την Α΄ Κυβερνητική αντίληψη για την ομοιόσταση του συστήματος έχουν ήδη παρουσιασθεί. Μία άλλη παρέμβαση η οποία έχει χρησιμοποιηθεί συχνά στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι η αναπλαισίωση.

Η αναπλαισίωση

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες πραγματοποιούνται στις θεραπείες οικογενειακή συστημικής ψυχοθεραπείας προϋποθέτουν σκεπτικό και στόχευση. Για παράδειγμα, όταν η στόχευση κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας αφορά την παράκαμψη της ομοιόστασης και του φαινομένου της θεραπευτικής αντίστασης, πραγματοποιούνται οι κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις και μεταξύ αυτών ιδιαίτερη θέση έχει η αναπλαισίωση.

Η αναπλαισίωση (Reframing techniques) (Byng-Hall *et al.*, 1996) είναι ενδοσυνεδριακή παρέμβαση η οποία στοχεύει στην τροποποίηση του συστήματος πεποιθήσεων και ίσως να είναι μια από τις συνηθέστερες συστημικές παρεμβάσεις. Με αυτές ο θεραπευτής αλλάζει το γνωστικό και συγκινησιακό πλαίσιο μέσα στο οποίο βιώνεται η κατάσταση και τοποθετεί στη θέση του ένα άλλο πλαίσιο το οποίο αναδεικνύει τα δεδομένα καλύτερα και το οποίο αλλάζει το νόημα της όλης κατάστασης (Byng-Hall *et al.*, 1996). Μία από τις προθέσεις του θεραπευτή, όταν χρησιμοποιεί αυτή την παρέμβαση, είναι να μεταβάλει ένα νοητικό πλαίσιο άκαμπτο σε ένα άλλο πιο εύκαμπτο και δεκτικό αλλαγής (Byng-Hall *et al.*, 1996).

Πρόκειται για μια θεραπευτική παρέμβαση με την οποία σε ένα συμβάν αποδίδεται διαφορετικό νόημα καθώς τίθεται σε διαφορετικό πλαίσιο (Frame), το οποίο αλλάζει τη σημασία του συμβάντος (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008). Για παράδειγμα, σε μια περίπτωση ψυχογενούς ανορεξίας η ανικανότητα μπορεί να αναπλαισιωθεί ως ιδιαίτερη ικανότητα: *«Καταφέρνετε να μην ενδίδετε στην πείνα σας και να νηστεύετε, ανεξάρτητα από το πόσο δύσκολο είναι αυτό κάποιες φορές. Δείχνετε τεράστια δύναμη θελήσεως»*.

Με την αναπλαισίωση προσφέρεται στην οικογένεια ένα νέο πλαίσιο, εντός του οποίου η κατανόηση μιας αλληλουχίας γεγονότων μπορεί να γίνει κατανοητή με ένα νέο τρόπο, ο οποίος βοηθά περισσότερο στην επίλυση του προβλήματος (Carr, 2000). Όταν ο οικογενειακός θεραπευτής αναπλαισιώνει ένα πρόβλημα, το πρόβλημα ορίζεται κυρίως με όρους αλληλεπίδρασης και όχι ατομικής ψυχολογικής κατάστασης. Η αιτιολόγηση της εμπλοκής των μελών της οικογένειας στη διατήρηση της συμπεριφοράς, η οποία συντηρεί το πρόβλημα, είναι διατυπωμένη έτσι, ώστε να φαίνεται ότι προέρχεται από θετική πρόθεση και όχι αρνητική.

Στόχος της αναπλαισίωσης είναι να δημιουργήσει μια σημαντική διαφορά στον τρόπο με τον οποίο αναγνωρίζεται, νοηματοδοτείται και ορίζεται η πραγματικότητα από την πλευρά της οικογένειας. Πρέπει να εγείρει στον αποδέκτη της παρέμβασης μια αμφιβολία γι' αυτό το οποίο κάνει στην «πραγματικότητα». Η πιο σημαντική λειτουργία της αναπλαισίωσης είναι η διατάραξη της μέχρι τώρα θεώρησης των πραγμάτων. Αν «όλα μπορούσαν να είναι διαφορετικά», αν μπορούσαν να ιδωθούν διαφορετικά από την πλευρά της οικογένειας, τότε θα είχαν ήδη γίνει πολλά πράγματα, ώστε να μη βιώνονται τόσο στατικά και άκαμπτα τα γεγονότα και οι καταστάσεις όπως μέχρι τώρα (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008).

Ακολούθως παρουσιάζονται μερικές μορφές της τεχνικής αυτής.

Το περιεχόμενο της διατύπωσης της αναπλαισίωσης μπορεί να είναι η περιγραφή παρατηρήσεων, οι οποίες αφορούν τις αλληλεπιδράσεις και τα πρότυπα (patterns) επικοινωνίας με ειδική αναφορά στην ποιότητα, την ποσότητα, την κατεύθυνση της επικοινωνίας και τον συγκινησιακό τόνο πχ, *"παρατήρησα ότι δεν κοιτά ο ένας τον άλλον, όταν μιλάτε, είναι αυτό βοηθητικό;"* (Byng-Hall *et al.*, 1996), ή μπορεί να αφορά τους δεσμούς, τους συνασπισμούς και τις συμμαχίες μεταξύ των μελών του συστήματος πχ, *"όταν η μητέρα παθαίνει τις κρίσεις της ημικρανίας ο γιος δείχνει ότι ανησυχεί και αναστατώνεται για την υγεία της χωρίς να μπορεί να συγκεντρωθεί στο διάβασμά του ενώ η κόρη αναζητά την βοήθεια του πατέρα χωρίς να δείχνει ιδιαίτερα αναστατωμένη, ο πατέρας ανταποκρίνεται με ενδιαφέρον στην πρόσκληση της κόρης "*.

Άλλο θέμα μιας αναπλαισίωσης μπορεί να αφορά την υπογράμμιση και την ταυτοποίηση θετικών λειτουργιών του συμπτώματος. Πχ, *"αν εσύ αρχίσεις να είσαι λιγότερο λυπημένη ή γίνεις χαρούμενη, ο μπαμπάς μπορεί να μην είναι έτοιμος για κάτι τέτοιο και να γίνει καταθλιπτικός,"* (Byng-Hall *et al.*, 1996).

Αναπλαισίωση αποτελεί η διατύπωση εκ μέρους του θεραπευτή προωθημένων σκέψεων σχετικά με το ενδεχόμενο αποτέλεσμα για την οικογένεια, όταν δεν θα υφίσταται πλέον το σύμπτωμα. (Πχ, *η διάλυση του γάμου, αν δεν υπάρχουν παιδιά που να ζητούν φροντίδα για το σύμπτωμά τους*). Άλλη αναπλαισίωση αποτελεί η διατύπωση ότι μια γνώριμη δυστυχία είναι προτιμότερη από τον φόβο των συνεπειών της αλλαγής. (Πχ, *"ίσως φοβάσαι να γίνεις καλά τόσο γρήγορα, γιατί οι γονείς σου θα μπορούσαν να πουν: αν μπορείς να κάνεις αυτό, τότε μπορείς να κάνεις και εκείνο και το άλλο κλπ, και να ζητούν πάρα πολλά από σένα."*) (Byng-Hall *et al.*, 1996).

Η στασιμότητα στον κύκλο ζωής ενός μέλους της οικογένειας μπορεί να αναπλαισιωθεί ως συμπεριφορά αλληλεγγύης: *«αποφασίσατε να μην αφήσετε να πάει ο γάμος σας καλύτερα από ό,τι ο γάμος της μητέρας σας. Έτσι διευκολύνετε τη μητέρα σας να μεμψιμοιρεί λιγότερο για το δικό της δύσκολο γάμο, όταν εσείς την επιβεβαιώνετε σε αυτό το θέμα: και ο δικός μου γάμος δεν πάει καλά, αυτά συμβαίνουν πάντα σε ένα γάμο»*.

Μια ακόμη θεραπευτική παρέμβαση η οποία μοιάζει με την αναπλαισίωση και η οποία πραγματοποιείται για την παράκαμψη της αντίστασης και την τροποποίηση της ομοιοστατικής ισορροπίας είναι η θετική σημασιοδότηση.

Η θετική σημασιοδότηση (Positive connotation)

Η θετική σημασιοδότηση (Simon *et al.*, 1985) αποτελεί ενδοσυνεδριακή θεραπευτική παρέμβαση, η οποία στοχεύει στην τροποποίηση του συστήματος πεποιθήσεων. Αυτή η παρέμβαση αποτελεί θεωρητικό δημιούργημα της σχολής του Milano από την οποία έχει αναπτυχθεί.

Η θετική σημασιοδότηση δεν είναι απλά μια μορφή αναπλαισίωσης, διότι σημασιοδοτεί θετικά όλες τις συμπεριφορές όλων των μελών της οικογένειας, οι οποίες συσχετίζονται κυκλικά με το σύμπτωμα. Έχει ομοιότητες με την αναπλαισίωση, αλλά πρέπει να είναι σαφές ότι η αναπλαισίωση μπορεί να είναι θετική ή αρνητική και δεν προσπαθεί να συνδέσει όλα τα στοιχεία του συστήματος σε αντίθεση με τη θετική σημασιοδότηση, η οποία πρέπει να τονιστεί ότι συνδέει όλα τα μέλη του συστήματος με θετικό πάντοτε νόημα (Simon *et al.*, 1985).

Η θετική σημασιοδότηση αναφέρεται στη θετική αξιολόγηση μιας συμπεριφοράς από έναν οικογενειακό θεραπευτή, η οποία συνήθως θα αξιολογούνταν από άλλον θεραπευτή ως παθολογική. Ο συστημικός θεραπευτής ο οποίος πραγματοποιεί αυτήν τη θεραπευτική παρέμβαση επιδιώκει να δώσει μια κατά βάση θετική αξιολόγηση όλων των συμπεριφορών στην οικογένεια.

Αυτού του είδους η παρέμβαση στοχεύει στην παράκαμψη της αντίστασης της οικογένειας, την αλλαγή του συστήματος αξιών της οικογένειας και την τροποποίηση του μοντέλου με το οποίο η οικογένεια αντιλαμβάνεται τον κόσμο.

Όταν το νόημα και η αξιολόγηση μιας συμπεριφοράς αλλάζουν, η οικογένεια είναι κατά κάποιον τρόπο αναγκασμένη να αντιδράσει με τρόπο διαφορετικό, σε αυτή την συμπεριφορά από τον γνώριμο τρόπο της, ο οποίος παράγει δυσλειτουργία (Simon *et al.*, 1985).

Από μια συστημική οπτική όπου κάθε στοιχείο του συστήματος, όπως για παράδειγμα η συμπτωματική συμπεριφορά, σχετίζεται με τη λειτουργία του συστήματος και με τους κανόνες λειτουργίας του, φάνηκε ότι όντως η συμπτωματική συμπεριφορά έχει σταθεροποιητική λειτουργία σε όλη την οικογένεια.

Με βάση αυτήν τη διαπίστωση οι Pallazoli και συν. (1980) θεώρησαν ότι όχι μόνο η συμπεριφορά του φέροντος το σύμπτωμα έπρεπε να σημασιοδοτηθεί θετικά αλλά και όλων των μελών της οικογένειας. Όμως, για να μη χάσει την ουδετερότητά του ο θεραπευτής υιοθετώντας ανεπίγνωστα μία αντίληψη γραμμικής αιτιότητας, πρέπει να συνδέσει τη σημασιοδότηση αυτή πολύ προσεκτικά με την κυκλική αιτιότητα των οικογενειακών τρόπων αλληλεπίδρασης (Simon *et al.*, 1985).

Όταν η θετική σημασιοδότηση αναφέρεται στη διαδικασία η οποία βρίσκεται πίσω από το σύμπτωμα (δηλαδή, η οποία παράγει το σύμπτωμα), τότε δημιουργεί αναδόμηση των παθογόνων ακολουθιών με υγιείς όρους και γι' αυτό ονομάζεται θετική – αναδομητική σημασιοδότηση.

Αν η θετική σημασιοδότηση αναφέρεται στο σύμπτωμα, τότε δημιουργείται μια αναπλαισίωση με θετικούς όρους μεταβάλλοντας έτσι το αρνητικό του νόημα σε θετικό. Αυτή η σημασιοδότηση ονομάζεται θετική – αναπλαισιωτική σημασιοδότηση. Πρέπει να έχει ο θεραπευτής στο νου του ότι η θετική σημασιοδότηση δεν είναι απλά και μόνο μία τεχνική, αλλά απαιτεί να φτάσουν ο θεραπευτής και η θεραπευτική ομάδα σε μία κατανόηση του συστήματος, η οποία θα τους επιτρέψει να νοηματοδοτήσουν συμπεριφορές, οι οποίες αλλιώς θα φαίνονταν νοσηρές και παθολογικές.

Ο θεραπευτής αναφέρεται με διατυπώσεις για τα ψυχωτικά συμπτώματα ενός παιδιού ή την αδιαφορία του γονέα ή την αμφιθυμία της οικογένειας προς τη θεραπεία, οι οποίες νοηματοδοτούνται ως συνεισφορές στη συνοχή και την επιβίωση της οικογένειας, και με αυτόν τον τρόπο σέβεται την εσωτερική τους λογική και ταυτόχρονα προετοιμάζει ένα δρόμο αλλαγής και πρόκλησης της υπάρχουσας τάξης πραγμάτων του συστήματος (Jones, 1993).

Η θετική σημασιοδότηση φυσικά δεν είναι η μόνη δυνατή ερμηνεία του νοήματος του συμπτώματος· ένας θεραπευτής θα μπορούσε να επιλέξει αυτήν την «αλήθεια», η οποία δεν είναι περισσότερο ή λιγότερο «αληθινή» από άλλες, όπως, για παράδειγμα, η αρνητική σημασιοδότηση του συμπτώματος (Boscolo *et al.*, 1987).

Η θετική σημασιοδότηση έχει αναφερθεί από θεραπευτές και θεραπευόμενους σε μερικές περιπτώσεις ως αναποτελεσματική για την άρση της συμπτωματικής συμπεριφοράς. Ίσως αυτό να σημαίνει ότι σε αυτές τις περιπτώσεις η ενοχλητική ή συμπτωματική συμπεριφορά των μελών της οικογένειας μπορεί να ήταν λειτουργική ή ότι η οικογένεια χρειαζόταν ακόμα το σύμπτωμα (Simon *et al.*, 1985). Μπορεί να γίνει αναποτελεσματική στην περίπτωση κατά την οποία ο τρόπος διατύπωσής της από την πλευρά του θεραπευτή δεν είναι ορθός. Για παράδειγμα, μπορεί ο τρόπος με τον οποίο την διατυπώνει μερικές φορές να την κάνει να φανεί σαρκαστική ή αδιάφορη (Simon *et al.*, 1985). Στο ακόλουθο παράδειγμα παρουσιάζεται η αποτυχημένη απόπειρα να σημασιοδοτηθεί θετικά η συμπεριφορά ενός γιου ανυπάκουου και κακόβουλου. Ο θεραπευτής, ρωτάει τη μητέρα ενός ανυπάκουου γιου: «Πώς έμαθε ο γιος σας να είναι τόσο δημιουργικός ; Ποιος άλλος στην

οικογένεια είναι δημιουργικός ;» Με αυτή τη διατύπωση μάλλον αστόχησε ο θεραπευτής.

Οι θετικές σημασιοδοτήσεις διατυπώνονται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ή συνηθέστερα προς το τέλος της θεραπευτικής συνεδρίας ως τελική διαπίστωση, ώστε να μην σχολιασθεί ενδοσυνεδριακά από την οικογένεια και να λειτουργήσει στον νου των μελών της οικογένειας ανεπαισθήτως.

Παρουσιάστηκαν οι αναπλαισιώσεις και η θετική σημασιοδότηση, οι οποίες αποτελούν σημαντικές και συχνά χρησιμοποιούμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Πρόκειται για ενδοσυνεδριακές λεκτικές παρεμβάσεις, οι οποίες στοχεύουν στην παράκαμψη ή αξιοποίηση της ομοιόστασης για να επιτευχθεί η θεραπευτική αλλαγή.

Μία άλλη πολύ σημαντική έννοια η οποία αναδείχθηκε κυρίως από την Β΄ Κυβερνητική, είναι η έννοια της κυκλικότητας στα συστήματα.

Η Κυκλικότητα

Η κυκλικότητα είναι μια έννοια η οποία διαδραμάτισε πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της θεωρίας της ψυχοπαθολογίας στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, όπως και στην διαμόρφωση της θεραπευτικής διαδικασίας στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Η κυκλικότητα στα συστήματα είναι μια αρχή η οποία θεραπευτικά φάνηκε χρήσιμη.

Η αρχή αυτή αναφέρει ότι στα συστήματα η πληροφορία κινείται κυκλικά, αλληλεπιδραστικά μεταξύ των μελών του συστήματος χωρίς να μπορεί κάποιος να εντοπίσει ένα σημείο έναρξης της διαδικασίας. Υπάρχουν δύο πλευρές της κυκλικότητας στα συστήματα. Η πρώτη αναφέρεται στην κυκλικότητα του παρατηρούμενου συστήματος και η δεύτερη αναφέρεται στην κυκλικότητα της πράξης της παρατήρησης του συστήματος, η οποία είναι η παρατήρηση του παρατηρούμενου συστήματος από το παρατηρούμενο σύστημα.

Χάριν στην κυκλικότητα των συστημάτων είναι δυνατόν να εισάγονται σημαντικές πληροφορίες για το σύστημα παρακάμπτοντας την αντίσταση μεμονωμένων μελών. Επιδιώχθηκε από τους συστημικούς θεραπευτές κατά τη διάρκεια των συνεδριών να αναδειχθούν οι συσχετίσεις και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατομικών εκδηλώσεων των συμπτωμάτων και της στάσης ή

συμπεριφοράς των υπολοίπων μελών του συστήματος, ώστε να γίνεται φανερή στα μέλη της οικογένειας η μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Όσον αφορά την θεραπευτική αξιοποίηση της κυκλικότητας της ανάδρασης οι θεραπευτές της σχολής του Milano κατασκεύασαν τις κυκλικές ερωτήσεις οι οποίες αποτελούν τρόπο θεραπευτικής παρέμβασης, τον οποίο υιοθέτησε σχεδόν το σύνολο των συστημικών θεραπειών αργότερα.

Στην Ιταλία η τετράδα του Milano, M.Selvini Palazzoli, L.Boscolo, G.Prata, G. Checchin, από τη δεκαετία του '60 συνεργαζόμενη με την ομάδα του Bateson συνεισέφερε στη θεραπευτική πρακτική αλλά και στην εκπαίδευση συστημικών θεραπειών (Atwood, 1992). Η τετράδα αυτή των θεραπειών δημιούργησε μια σχολή η οποία είναι ίσως η σημαντικότερη ευρωπαϊκή και η οποία ιστορικά αναπτύχθηκε με τη θεωρία της Α' Κυβερνητικής, αλλά μετεξελίχθηκε πλήρως με την θεωρία της Β' Κυβερνητικής.

Η σχολή του Milano έχει συνεισφέρει στην ανάπτυξη της συστημικής ψυχοθεραπείας. Δικές της συνεισφορές στη θεραπευτική πρακτική, οι οποίες σήμερα αποτελούν κοινή κληρονομιά για όλες τις συστημικές προσεγγίσεις, είναι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μέσω των κυκλικών ερωτήσεων και της θετικής σημασιολόγησης, αλλά και η διατύπωση των τριών βασικών αξόνων της θεραπείας, του υποθέτειν, της κυκλικότητας και της ουδετερότητας.

Αυτά τα στοιχεία της συνεισφοράς της την διαφοροποιούν από τις άλλες σχολές, γιατί έκανε ιδιαίτερα συχνή χρήση των κυκλικών ερωτήσεων και της θετικής σημασιολόγησης, έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην ουδετερότητα του θεραπευτή, στη συνεχή κατασκευή υποθέσεων και τη διερεύνησή τους στο πεδίο, κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Ένα άλλο σημείο διαφοροποίησής της από άλλες σχολές αποτελεί η δόμηση της θεραπευτικής συνεδρίας σε πέντε χρονικές φάσεις σαφώς διακριτές μεταξύ τους. Για τον θεραπευτή της Σχολής του Milano η ουδετερότητά του μέσα στην οικογένεια θεωρείται σημαντική κατά την ενδεδειγμένη διερεύνηση σχέσεων, αλλαγών, γεγονότων κατά την περίοδο κατά την οποία εκδηλώθηκε το σύμπτωμα-πρόβλημα με παράλληλη αναφορά στην ιστορία της οικογένειας (Τομαράς, 2001). Κοινά σημεία με τις άλλες σχολές είναι ο τρόπος θεώρησης του προβλήματος ως έκφρασης της δυσλειτουργίας του συστήματος, καθώς και η έμφαση στην αλλαγή του συστήματος πεποιθήσεων της οικογένειας.

Αυτή είναι η εικόνα της σχολής του Milano πριν επηρεαστεί από την Β' Κυβερνητική και διασπαστεί σε δύο διαφορετικές κατευθύνσεις.

Οι κυκλικές ερωτήσεις

Οι κυκλικές ερωτήσεις (Circular Questioning) (Boscolo *et al.*, 1987) αποτελούν ίσως τη σημαντικότερη θεραπευτική παρέμβαση η οποία επινοήθηκε με σκοπό τη θεραπευτική αξιοποίηση της κυκλικότητας των οικογενειακών συστημάτων.

Πρόκειται για ενδοσυνεδριακή παρέμβαση, η οποία στοχεύει στην τροποποίηση του συστήματος πεποιθήσεων των μελών της οικογένειας και την συλλογή πληροφοριών εκ μέρους του θεραπευτή για τον ασθενή την οικογένειά του και τον κοινωνικό κύκλο του (Athanasiades, 2008).

Το βασικό σκεπτικό αυτής της παρέμβασης είναι ότι σε ένα κοινωνικό σύστημα κάθε εξωτερικευμένη συμπεριφορά μπορεί να γίνεται πάντοτε αντιληπτή ως πρόταση για επικοινωνία. Συμπεριφορές, συμπτώματα, αλλά και διαφορετικοί τρόποι έκφρασης των συναισθημάτων δεν γίνονται αντιληπτά μόνο ως συμβάντα τα οποία έχουν νόημα ως εκδηλώσεις της ενδοψυχικής λειτουργίας του ατόμου, αλλά θεωρούνται ότι έχουν πάντοτε μια λειτουργία σχετική με τον τρόπο με τον οποίο ορίζονται οι αμοιβαίες σχέσεις. Για τη συστημική ψυχοθεραπεία είναι σημαντικότερο να φέρει ο θεραπευτής στην επιφάνεια αυτές τις επικοινωνιακές πληροφορίες από το να ζητήσει απλώς από το άτομο την λεπτομερή έκφρασή τους. Κατά συνέπεια, και σε ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τα συμπτώματα στο επίκεντρο βρίσκεται ο τρόπος με τον οποίο γίνονται αντιληπτά τα συμπτώματα από κάθε μέλος της οικογένειας, η φύση των προσδοκιών και παρατηρήσεων τους οι οποίες συνδέονται με αυτά και το είδος των αντιδράσεών τους (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008).

Αυτού του είδους οι ερωτήσεις στηρίζονται στη συστημική αντίληψη ότι όλα τα μέλη της οικογένειας και όλες οι συμπεριφορές τους είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους με συνεχείς ανταλλαγές πληροφορίας εντός του συστήματος και ότι τα μέλη των οικογενειών δείχνουν τη σύνδεσή τους μέσω της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. Η γλώσσα την οποία χρησιμοποιούν περιγράφει την ανταλλαγή μηνυμάτων, τα οποία σε προβληματικά συστήματα είναι συχνά συγκεχυμένα και μη αποδεκτά από τα άλλα μέλη.

Οι κυκλικές ερωτήσεις αποσαφηνίζουν και ορίζουν αυτές τις συγκεχυμένες ιδέες και τις συμπτωματικές συμπεριφορές και επιπλέον εισάγουν πληροφορίες στο οικογενειακό σύστημα. Με αυτόν τον τρόπο το θεραπευτικό και το οικογενειακό

σύστημα συνδημιουργούν πολλαπλά νοήματα, τα οποία συχνά επιτρέπουν την δημιουργία πολλαπλών εναλλακτικών λειτουργικών συμπεριφορών (Boscolo *et al.*, 1987).

Η κυκλικότητα αναφέρεται στις ακολουθίες της συνδιαλλαγής ως ένα πλαίσιο συνεχών, εξελισσόμενων κύκλων. Η ουσία της κυκλικότητας βρίσκεται στην πλοκή της και όχι στο σχήμα της. Όλες οι κυκλικές ερωτήσεις αναδεικνύουν την πλοκή της κυκλικότητας αλλά και την σύνδεση μεταξύ των εξελισσόμενων κύκλων. Αυτό το επιτυγχάνουν διότι το περιεχόμενο των κυκλικών ερωτήσεων αναφέρεται στις σχέσεις, στις συμπεριφορές, στα συναισθήματα, στις προθέσεις, στις πεποιθήσεις, στις αντιλήψεις των μελών του συστήματος για να αναδειχθεί ό,τι «διαφοροποιεί» ή «συνδέει» τα μέλη μεταξύ τους (Palazzoli *et al.*, 1980). Πρόκειται για ερωτήσεις οι οποίες παρέχουν πληροφορίες για διαφορά ή οι οποίες καθορίζουν μία σχέση η οποία στηρίζεται στη διαφορά (Hoffman, 1981), αλλά και οι οποίες αναδεικνύουν τη σύνδεση. Οι κυκλικές ερωτήσεις απαιτούν συγκρίσεις δύο ή περισσότερων οντοτήτων οι οποίες είναι έξω (εξωτερικά) από τον αντιλαμβανόμενα οργανισμό. Έτσι, η ερώτηση «σε τι διαφέρει η συμπεριφορά σου από του αδερφού σου;», αν και διερευνά τη διαφορά, δεν είναι κυκλική ερώτηση, επειδή δεν αφορά σύγκριση μεταξύ δύο ή περισσότερων οντοτήτων του εξωτερικού κόσμου του ερωτηθέντος (Byng-Hall *et al.*, 1996)· θα ήταν κυκλική αν διατυπωνόταν ως εξής: «πώς φέρεται ο πατέρας σου, όταν βλέπει διαφορές στη συμπεριφορά σου από αυτήν του αδελφού σου;».

Μία ερώτηση είναι κυκλική, όταν ερωτώνται όλα τα μέλη της οικογένειας για ένα θέμα ή όταν ερωτάται ένα μέλος της οικογένειας για τη συμπεριφορά όλων των υπόλοιπων μελών με τρόπο τέτοιο ώστε να συνδέονται μεταξύ τους όλα τα μέλη (Simon *et al.*, 1985).

Μια κυκλική οπτική δίνει έμφαση στις κυκλικές ακολουθίες αλληλεπιδράσεων, οι οποίες αναδρούν με τις πεποιθήσεις της οικογένειας. Αυτά τα σχήματα των σχέσεων και των πεποιθήσεων, ιδεών συναισθημάτων και πράξεων μπορούν να διαιωνίζουν δυσλειτουργικές συμπεριφορές και αντιλήψεις. Οι κυκλικές ερωτήσεις ερευνούν τόσο αυτά τα επανεμφανιζόμενα σχήματα τα οποία αποτελούν το οικογενειακό σύστημα (Fleuridas, Nelson, & Rosenthal, 1986) όσο και το πλαίσιο δηλαδή τα κυβερνητικά ή αμφίδρομα (recurrent) κυκλώματα μέσα στα οποία εκδηλώνονται (Karl Tomm, 1988).

Οι θεραπευτικοί σκοποί των κυκλικών ερωτήσεων είναι:

1. Να εισαγάγουν την οικογένεια σε μια συστημική θεώρηση του εαυτού της, παρέχοντας νέες πληροφορίες σχετικά με τις ανησυχίες, τις πεποιθήσεις, τις συμπεριφορές και τις σχέσεις τους. Σε όλα τα εμπλεκόμενα μέλη οι κυκλικές ερωτήσεις δίνουν το ερέθισμα για νέους τρόπους κατανόησης και νέες διεργασίες σκέψης (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008).
2. Να διευρύνουν το πλαίσιο αναφοράς της οικογένειας από το μεμονωμένο άτομο στην αλληλεπίδραση των μελών.
3. Να αναδείξουν τη σημασία του τρόπου σχέσης μεταξύ των μελών της οικογένειας για την παρούσα δυσλειτουργική κατάσταση και να δημιουργήσουν συνδέσεις μεταξύ του νοήματος σημαντικών γεγονότων.
4. Να αναπτύξουν, να επιβεβαιώσουν ή να απορρίψουν τις υποθέσεις της θεραπευτικής ομάδας σχετικά με την οικογένεια και τη λειτουργία του προβλήματος.
5. Να προσανατολίσουν την παρέμβαση της θεραπευτικής ομάδας, είτε έμμεσα, θέτοντας ζητήματα παραμελημένα από την οικογένεια, όπως, για παράδειγμα, η έκφραση της εκτίμησης, η παροχή ανεξαρτησίας, η βοήθεια προς το παιδί, ώστε η οικογένεια να μάθει μέσα από την παρατήρηση. Είτε άμεσα, με παρεμβάσεις οι οποίες αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα των λύσεων τις οποίες προτείνει η οικογένεια για το ζήτημά της.

Οι κυκλικές ερωτήσεις ενισχύουν την ευχέρεια του θεραπευτή να αναδείξει αφενός τις προσωπικές πεποιθήσεις του θεραπευόμενου, σχετικά με την κοινωνία, την οικογένεια, τον πολιτισμό, θέματα υγείας και βελτιώνουν την ικανότητά του αφετέρου για τον προσδιορισμό της αιτιολογίας της ασθένειας, την πορεία και την αντιμετώπισή της. Αυτού του είδους οι ερωτήσεις επιτρέπουν ακόμη σε θεραπευτές, πάσχοντες και τις οικογένειες να κατανοήσουν διαφορές και ομοιότητες στα ερμηνευτικά μοντέλα τους, γεγονός που διευκολύνει τη διατύπωση και υποστήριξη ενός ικανοποιητικού θεραπευτικού σχεδίου εκ μέρους των θεραπειών (Mauksch & Roesler, 1990).

Οι κυκλικές ερωτήσεις διευκολύνουν την ανάδυση «φωνών» οι οποίες παρέμεναν ανέκφραστες, δημιουργούν δεσμούς μεταξύ τωρινών και μελλοντικών ελπίδων και περασμένων ιστοριών, κρατούν ζωντανή την τάση για διερεύνηση του θεραπευτή και βοηθούν τον θεραπευόμενο να είναι πιο διερευνητικός για τη ζωή του, επίσης εισάγουν νέες «διαφορές» και ανοίγουν χώρο για νέες συνδέσεις και τέλος αλλάζουν τις αφηγήσεις οι οποίες κατευθύνουν τα συστήματα (Hedges, 2005).

Έχουν γίνει διάφορες ταξινομήσεις αυτού του είδους των ερωτήσεων (Benson, Zimmerman, Martin, 1991; Fleuridas *et al.*, 1986; Tomm, 1988), οι οποίες διαχωρίζουν τις κατηγορίες κυκλικών ερωτήσεων με βάση τη χρονική διάσταση: δηλαδή παρόν, παρελθόν και υποθετικό μέλλον. Οι κατηγορίες των κυκλικών ερωτήσεων καθορίζονται οι οποίες αναδεικνύουν:

1. Διαφορές στις σχέσεις.

Αυτές οι ερωτήσεις ονομάζονται και παρεμβατικές κυκλικές ερωτήσεις και απαιτούν μία σύγκριση δύο ή περισσότερων σχέσεων οι οποίες είναι εξωτερικές για τον ερωτηθέντα (Benson, 1991). Πχ "όταν εσύ κλείνεις στο σπίτι, τι κάνει ο μπαμπάς; τι κάνει η μαμά; τι κάνει η αδελφή σου; "

2. Διαφορά βαθμού συγκρίσεως. Αυτές είναι ταυτόχρονα και ερωτήσεις ορισμού του προβλήματος.

Οι ερωτήσεις διαφοράς βαθμού συγκρίσεως είναι σχεδιασμένες για να προσδιοριστεί ένας αριθμητικός βαθμός σύγκρισης, ώστε να μεγιστοποιηθεί η αντίληψη των διαφορών, αλλά και να ορισθεί έτσι το πρόβλημα σαφέστερα. Παράδειγμα τέτοιας ερώτησης είναι: «σε κλίμακα από ένα έως δέκα πόσο ευτυχισμένη είναι η μητέρα σου με τον εαυτό της; (Benson, 1991) ή "ποιος λυπάται περισσότερο; ποιος λιγότερο; από τους γονείς σου και τα αδέρφια σου; ".

3) υποθετικής / μελλοντικής διαφοράς

Αυτές οι ερωτήσεις εστιάζονται στο υποθετικό μέλλον. Π.χ. «πώς θα είναι ο πατέρας σου όταν θα έχεις φύγει από το σπίτι ;» ή «τι θα άλλαζε, αν οι γονείς σου σταματούσαν να διαπληκτίζονται;» Το συστατικό της διαφοράς σ' αυτές τις υποθετικές ή μελλοντικές ερωτήσεις είναι η σύγκριση του παρόντος με το μέλλον ή η σύγκριση μεταξύ δύο μελλοντικών καταστάσεων. Οι υποθετικές / μελλοντικές ερωτήσεις παρακινούν τα μέλη της οικογένειας να αναγνωρίσουν τη δυναμική και μεταβλητή φύση του οικογενειακού τους συστήματος (Benson, 1991).

4. Διαφορά στο τώρα και στο τότε.

Αυτές οι ερωτήσεις απαιτούν τη σύγκριση του παρελθόντος με το παρόν. Π.χ. «οι γονείς σου τσακώνονταν περισσότερο τον προηγούμενο χρόνο από όσο τώρα ;» .

Αυτές οι ερωτήσεις μπορεί επίσης να συγκρίνουν ανάμεσα σε δύο σημεία στο παρελθόν, π.χ. «πότε ο πατέρας σου δούλευε περισσότερο, πριν ή μετά τη γέννηση της αδερφής σου ;» (Benson, 1991).

5. Συμπεριφοριστικές ακολουθίες.

Αυτό το είδος ερωτήσεων, τις οποίες πρόσθεσε ο Karl Tomm (1988) προωθεί την αντίληψη ότι η συμπεριφορά συμβαίνει μέσα σε ένα πλαίσιο άλλων συμπεριφορών. Ο θεραπευτής καλεί την οικογένεια να αντιπαραθέσει μια συμπεριφορά με την αμέσως προηγούμενη αλλά και με τις συνέπειες της συμπεριφοράς, π.χ. «τι συνέβη ακριβώς πριν η μητέρα σου θυμώσει ; τι συνέβη μετά ; ποια ήταν η διαφορά ;». Αυτές οι ερωτήσεις βοηθούν τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τις αμφίδρομες ή κυκλικές αλληλεπιδράσεις τους (Tomm, 1987b). Η τεχνική της βιντεοσκόπησης είναι μία τεχνική η οποία χρησιμοποιείται, για να αυξήσει την κατανόηση των συμπεριφοριστικών ακολουθιών . Τα μέλη της οικογένειας, δηλαδή, βλέπουν μια θεραπευτική συνάντησή τους βιντεοσκοπημένη και έπειτα απαντούν σε κυκλικές ερωτήσεις τις οποίες θέτει ο θεραπευτής. Έτσι ενισχύεται η κατανόηση της συμπεριφορικής ακολουθίας (Tomm, 1988).

Όλες οι άλλου τύπου κυκλικές ερωτήσεις διατυπώνονται κατά την διάρκεια της συνεδρίας από τον θεραπευτή. Μπορεί να υποβάλει πολλές τέτοιες ερωτήσεις, αλλά είναι προτιμότερο να αποφύγει να υποβάλει πολλές και συνεχώς σε μια συνεδρία, να στοχεύει στο «μέτρον άριστον». Όταν υποβάλλονται πολλές τέτοιες ερωτήσεις, εισάγεται πολλή πληροφορία στο σύστημα με αποτέλεσμα αρκετό μέρος αυτής της πληροφορίας να μετατρέπεται σε πληροφοριακό θόρυβο, αφού το σύστημα αδυνατεί να την επεξεργαστεί και να την αφομοιώσει. Έτσι, πολλές από τις σημαντικές πληροφορίες, οι οποίες αναδύονται δεν αξιοποιούνται από το σύστημα και χάνονται, ενώ ένας στόχος αυτής της τεχνικής είναι ακριβώς το αντίθετο, δηλαδή εισαγωγή πληροφορίας.

Η έννοια της κυκλικότητας αξιοποιήθηκε από τους συστημικούς οικογενειακούς ψυχοθεραπευτές. Οι κυκλικές ερωτήσεις αποτελούν μια μορφή θεραπευτικής παρέμβασης η οποία αν και αρχικά αναπτύχθηκε από την σχολή του Μιλάνο έγινε αποδεκτή από σχεδόν το σύνολο των συστημικών θεραπειών σήμερα . Με την παρέμβαση αυτή αξιοποιώντας την κυκλικότητα των συστημάτων εισάγει ο θεραπευτής πληροφορίες στα συστήματα παρακάμπτοντας την αντίσταση και συνεισφέρει στην ομοιοστατική μεταβολή προωθώντας με την συνεργασία του συστήματος την θεραπευτική αλλαγή. Άλλη σημαντική έννοια την οποία αξιοποίησαν οι συστημικοί ψυχοθεραπευτές είναι η έννοια του ισομορφισμού.

Ο ισομορφισμός στα συστήματα

Αυτή η έννοια αξιοποιήθηκε από τους οικογενειακούς συστημικούς ψυχοθεραπευτές κυρίως στη θεραπευτική διαδικασία.

Σε ένα σύστημα μπορεί να μελετάται κάθε μονάδα του ωσάν να είναι αυτή το ίδιο σύστημα. Αυτό μας εισάγει στην έννοια του ισομορφισμού. Την έννοια του ισομορφισμού δανείστηκαν από τα μαθηματικά και έφεραν στη θεωρία των συστημάτων οι συστημικοί θεωρητικοί. Η θεωρία των fractals αναφέρεται στον ισομορφισμό.

Ισομορφικές ονομάζονται δύο σύνθετες δομές, όταν η μία μπορεί να «καθρεφτίσει» την άλλη με τέτοιον τρόπο ώστε για κάθε τμήμα της μιας να υπάρχει ένα αντίστοιχο τμήμα στην άλλη (Bertalanffy, 1956). Αυτή η αντιστοίχιση σημαίνει ότι και τα δύο τμήματα, το «πρωτότυπο» και το «είδωλο», έχουν όμοιους ρόλους στις αντίστοιχες δομές. Το αντίγραφο διατηρεί όλες τις πληροφορίες του πρωτοτύπου, με την έννοια ότι το θέμα που περιγράφουν οι πληροφορίες είναι πλήρως αναγνωρίσιμο σε οποιοδήποτε αντίγραφο (Simon et al., 1985). Η έννοια του ισομορφισμού φάνηκε χρήσιμη στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία όσον αφορά τη θεραπευτική διαδικασία, και ειδικότερα στη διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Όταν σε ένα υποσύστημα αναγνωρίζει ο θεραπευτής μία δομή με χαλαρά όρια, λόγω της αρχής του ισομορφισμού μπορεί με ασφάλεια να συναγάγει ότι αυτή η χαλαρότητα υπάρχει και σε άλλα ανώτερα υποσυστήματα, π.χ. στο γονικό υποσύστημα. Έτσι στρέφει τη διερεύνησή του συστήματος σε αντίστοιχα θέματα στο γονικό υποσύστημα. Στη θεραπευτική διαδικασία αξιοποιώντας την αρχή του ισομορφισμού μπορεί ο θεραπευτής να πραγματοποιήσει παρεμβάσεις έμμεσες, διότι παρεμβαίνοντας σε ένα μέρος του συστήματος, ισομορφικά, η παρέμβαση αντανακλάται σε άλλο μέρος του. Για παράδειγμα, μια παρέμβαση η οποία θα ρύθμιζε την απόσταση των γονέων μεταξύ τους ισομορφικά θα επιδρούσε στη ρύθμιση της απόστασης μεταξύ των γονέων και των παιδιών. Τυπικό παράδειγμα θεραπευτικής παρέμβασης, η οποία στηρίζεται στον ισομορφισμό των συστημάτων είναι η τεχνική της τυπολογικής αναδόμησης του συστήματος, την οποία χρησιμοποιούν συχνά οι δομικοί θεραπευτές. Ο θεραπευτής σε κάποια χρονική στιγμή της συνεδρίας δίνει ένα μη λεκτικό μήνυμα το οποίο αφορά τα όρια, την ιεραρχία και την οργάνωση των υποσυστημάτων στο εσωτερικό του συστήματος. Αυτό το μήνυμα δίνεται στην οικογένεια με την αναδιάταξη του τρόπου με τον οποίο έχουν καθίσει τα μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Για

παράδειγμα, αναλαμβάνει ο θεραπευτής την πρωτοβουλία και καθίζει τους δύο γονείς τον ένα δίπλα στον άλλο, ενώ τον μικρότερο γιο, ο οποίος καθόταν ανάμεσά τους, τοποθετεί δίπλα στα υπόλοιπα αδέλφια του. Πρόκειται για μια τοπολογική αναδιοργάνωση, η οποία ισομορφικά είναι αναδιοργάνωση των δομικών χαρακτηριστικών του συστήματος.

Η ισοτέλεια στα συστήματα

Η ισοτέλεια (*equifinality*), λέγεται η αρχή κατά την οποία ίδιες συνέπειες ή αποτελέσματα είναι δυνατόν να προκύψουν από διαφορετικά σημεία εκκίνησης ή αίτια. Το σημαντικό στα συστήματα είναι η οργάνωση και η διαδικασία του συστήματος, η οποία προκαλεί, σε ένα διαρκές παρόν, το φαινόμενο, και όχι η αρχική κατάσταση ή κάθε άλλη αναγνωρίσιμη "αιτία" σε ένα γραμμικό χρόνο (Jones, 1993). Το αποτέλεσμα παράγεται από την οργάνωση και τη διαδικασία του συστήματος και όχι μόνο από πρωταρχικές αιτίες και κάποιες αρχικές αιτιοπροσδιοριστικές εμπειρίες των μελών του. Γι' αυτό, το αποτέλεσμα, π.χ. συμπτώματα (μία φοβία), δεν θα διερευνηθεί στο επίπεδο του αρχικού αιτίου, π.χ. ενός τραυματικού γεγονότος, αλλά θα κατανοηθεί ως παράγωγο της διαδικασίας του συστήματος, το οποίο παράγει και συντηρεί το σύμπτωμα στο παρόν ως φαινόμενο, το οποίο επιτελεί σημαντική και χρήσιμη λειτουργία στην οργάνωση του συστήματος. Παράδειγμα μιας τέτοιας διαδικασίας είναι ο μηχανισμός συντήρησης της εσωτερικής σταθερότητας του συστήματος, η ομοιόσταση, η οποία απαιτεί τη δημιουργία κάποιου συμπτώματος, όπως το σύμπτωμα του παραδείγματος, ως μηχανισμού μορφόστασης. Η συμπτωματική φοβική συμπεριφορά αποκωδικοποιημένη σε λόγο θα είναι: «αν το φοβικό σύμπτωμα σε εμποδίζει να βγεις από το σπίτι και γενικότερα σε παλινδρομεί σε πρότερες φάσεις της ψυχολογικής σου ανάπτυξης και σε κάνει να περιέλθεις σε κατάσταση εξάρτησης ή σε «αναπηροποιεί», τόσο το καλύτερο, γιατί έτσι θα είσαι περισσότερο παρών στο σπίτι και σε κατάσταση ανάγκης, ως «υιός πάσχων», κι' έτσι εμείς οι γονείς σου θα συσπειρωθούμε, για να ασχοληθούμε με το θέμα της ψυχικής σου υγείας, το οποίο προέκυψε, παραμερίζοντας τα άλυτα θέματά μας, για τα οποία θα χωρίζαμε ως ζεύγος (διαλύοντας το σύστημα της οικογένειας)». Κατ' αυτό τον τρόπο το σύμπτωμα συντηρεί τη συνοχή του συστήματος, επιτελεί ομοιοστατική λειτουργία και αυτή η λειτουργία τελείται με σταθερότητα και χρονική συνέχεια στο εσωτερικό του συστήματος. Επομένως, από όποια χρονική στιγμή ή από όποιο

γεγονός και αν εκκινεί η μελέτη του πάσχοντος μέλους, λόγω της ισοτέλειας, θα οδηγηθεί ο θεραπευτής από το σύμπτωμα ή το τραυματικό γεγονός στην οργάνωση του συστήματος, ώστε να κατανοήσει σφαιρικά και να παρέμβει θεραπευτικά στο σύστημα, για να θεραπεύσει το άτομο.

Η έννοια της ισοτέλειας αξιοποιήθηκε και στην κυβερνητική των ανθρώπινων συστημάτων, αλλά κυρίως είναι χρήσιμη στη διάγνωση και την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στα οικογενειακά συστήματα. Λόγω της αρχής της ισοτέλειας των συστημάτων, ο θεραπευτής, θα καταλήγει στην αναγνώριση του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος από οποιουδήποτε μέλους τη συμπεριφορά και αν αρχίζει τη διερεύνηση του. Στο παράδειγμα της οικογένειας Παπαδοπούλου, είτε εστιάζει στην τάση του μικρού Γιάννη να θέλει τα βράδια να κοιμάται ανάμεσα στους γονείς, είτε στην τάση του πατέρα να αποφεύγει το συζυγικό κρεβάτι και να κοιμάται στο σαλόνι, θα αναγνωρίσει τη δυσκολία στη σχέση του ζεύγους. Ο τρόπος με τον οποίο χωροταξικά θέτει τον εαυτό του το παιδί ή ο πατέρας, δηλαδή σε ποιο κρεβάτι κοιμούνται, απηχεί τη δομή του συστήματος και αυτή η δομή είναι ισομορφική με την δομή της συναισθηματικής σχέσης των μελών της οικογένειας. Το ποιος σε αυτήν την οικογένεια είναι πιο κοντά σε ποιόν και με ποιο τρόπο εκφράζει τη συναισθηματική τους σχέση.

Οι συνέπειες των ανωτέρω για μια συστημική θεωρητική κατανόηση της θεραπευτικής αλλαγής είναι η ενίσχυση της άποψης, ότι η αλλαγή είναι μια διαδικασία, η οποία θα πρέπει να καταλήγει σε μεταβολές στην οργάνωση του συστήματος, δομικές μεταβολές, και σε αλλαγές στα επικοινωνιακά μοντέλα, ασχέτως αν στις θεραπευτικές συνεδρίες οι συζητήσεις αφορούν επίκαιρα γεγονότα ή τραυματικές μνήμες του παρελθόντος. Ο θεραπευτής θα λάβει υπόψη του το θεραπευτικό αίτημα με το οποίο προσέρχεται στη θεραπεία η οικογένεια και το οποίο μπορεί να αφορά κάποιο υποσύστημα, π.χ. το ζεύγος, ή κάποιο μέλος π.χ. ένα παιδί. Αλλά κατά τον σχεδιασμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων, ο στόχος τους λόγω της αρχής της ισοτέλειας θα επικεντρώνεται στην τροποποίηση της οργάνωσης, της δομής και του τρόπου επικοινωνίας εντός του συστήματος.

Τα ανοικτά και κλειστά συστήματα

Ανοικτό σύστημα ορίζεται ένα σύστημα, το οποίο επιτρέπει την ανταλλαγή πληροφορίας με το περιβάλλον, με άλλα συστήματα από το περιβάλλον του και την ελεύθερη ροή πληροφορίας εντός του προς όλες τις κατευθύνσεις, ιεραρχικά ανώτερες και κατώτερες (Nichols & Evertett, 1986).

Στον βαθμό στον οποίο το σύστημα είναι ανοικτό, η αλληλεπίδραση με στοιχεία έξω από αυτό προκαλεί τροποποίηση και στο περιβάλλον και στο σύστημα (Jones, 1993). Βασισμένοι στο έργο του Von Bertalanffy (1956) οι οικογενειακοί θεραπευτές υιοθέτησαν την άποψη ότι η οικογένεια είναι ένα ανοικτό σύστημα, το οποίο ανταλλάσσει υλικό με το περιβάλλον, μέσω εισαγωγής και εξαγωγής πληροφορίας, αποδομώντας και αναδομώντας τη δομή του και τους κανόνες ροής της πληροφορίας στο εσωτερικό του (Von Bertalanffy, 1956).

Αντίθετα κλειστό χαρακτηρίζεται ένα σύστημα, όταν δεν ανταλλάσσει πληροφορίες με το περιβάλλον ή η ροή πληροφορίας μέσα στο σύστημα είναι πολύ περιορισμένη και ρυθμισμένη ιεραρχικά άκαμπτα, δηλαδή έχει μονοδιάστατη ροή από τα ανώτερα ιεραρχικά υποσυστήματα προς τα κατώτερα (Nichols, 1986).

Οι έννοιες του ανοικτού και του κλειστού συστήματος φάνηκαν χρήσιμες για τους συστημικούς οικογενειακούς ψυχοθεραπευτές εφαρμοσμένες στα ανθρώπινα συστήματα. Για παράδειγμα, υπό το πρίσμα αυτών ερευνάται αν η οικογένεια Παπαδοπούλου τείνει να είναι ένα κλειστό ή ανοικτό σύστημα, αν σ' αυτήν υπερισχύουν τα χαρακτηριστικά του ανοικτού ή του κλειστού συστήματος· εξετάζονται οι συνέπειες για τα μέλη των συστημάτων και η σημασία τους για την ψυχική τους λειτουργία. Οι απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας, αν η επικοινωνία είναι άμεση, σαφής, προσδιορισμένη. Όταν οι κανόνες, οι οποίοι ρυθμίζουν αυτό το οποίο πρέπει ή δεν πρέπει να αισθάνεται, να πράττει και να σκέφτεται το άτομο μπορούν να αλλάζουν, να εκσυγχρονίζονται και να προσαρμόζονται στις εξελίξεις του περιβάλλοντος και στις νέες ανάγκες επιβίωσης του συστήματος, τότε η οικογένεια αυτή τείνει προς το ανοικτό σύστημα. Όταν το σύστημα είναι ανοικτό, οι πληροφορίες μπορούν να κινηθούν και μεταξύ των υποσυστημάτων τα οποία είναι ιεραρχικά κατώτερα αλλά και από τα κατώτερα ιεραρχικά υποσυστήματα προς τα ανώτερα, τα μέλη της οικογένειας έχουν ανεβασμένο επίπεδο αυτοεκτίμησης και καλύτερη επαφή με την πραγματικότητα, το εσωτερικό κλίμα στην οικογένεια θα ευοδώνει την ανάπτυξη τους και την ψυχολογική τους υγεία (Satir, 1988). Ένας

άμεσος θεραπευτικός στόχος είναι η αποκατάσταση της ροής της πληροφορίας μέσα στο σύστημα και γι' αυτόν τον στόχο οι θεραπευτές εντοπίζουν τα δυσλειτουργικά σχήματα αλληλεπιδραστικής συμπεριφοράς, τα οποία συνήθως παρεμποδίζουν την επικοινωνία, και πραγματοποιούν τις ανάλογες παρεμβάσεις.

Η θεραπευτική παρέμβαση της πρόκλησης

Η παρέμβαση η οποία αποτελεί πρόκληση είναι ενδοσυνεδριακή παρέμβαση, η οποία στοχεύει στην τροποποίηση του δυσλειτουργικού σχήματος αλληλεπιδραστικής συμπεριφοράς. Με την παρέμβαση αυτή ο θεραπευτής προκαλεί την εκδήλωση του συνήθους τρόπου επικοινωνίας της οικογένειας. Μεγεθύνει ή υπερβάλλει έναν δυσλειτουργικό τρόπο επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών ως πρόκληση της υπάρχουσας δομής του συστήματος (Draper, Gower, Huffington, 1990). Ο στόχος είναι να προκληθεί αύξηση της επίγνωσης της δυσλειτουργικότητας του τρόπου επικοινωνίας και συμπεριφοράς, ώστε να κινητοποιηθεί η δυναμική της αλλαγής σε σχέση με τα επικοινωνιακά θέματα που αναδείχθηκαν. Η παρέμβαση αυτή έχει τρία χαρακτηριστικά: την εντατικοποίηση, τη διακοπή και την απόσπαση της προσοχής.

Η εντατικοποίηση πραγματοποιείται, όταν αυξάνει ο συγκινησιακός παράγοντας μιας αλληλεπίδρασης. Αυτό επιτυγχάνεται με διάφορους τρόπους, όπως με την παράταση του χρόνου κατά τον οποίο η οικογένεια εμπλέκεται σε αυτή την αλληλεπίδραση ή με συνεχή επανάληψη ενός συγκεκριμένου μηνύματος, το οποίο αναδεικνύεται από τον θεραπευτή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, με τη φυσική αύξηση της απόστασης των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια της συνεδρίας η οποία επιτυγχάνεται με την αναδιάταξη της θέσης κάποιου μέλους στο χώρο της συνεδρίας.

Η διακοπή πραγματοποιείται όταν ένα μέλος της οικογένειας επιδίδεται σε μονολόγους, διακόπτεται από τον θεραπευτή και καλείται ένα άλλο μέλος να μετάσχει στη συζήτηση.

Η απόσπαση προσοχής πραγματοποιείται όταν ο διάλογος φτάσει σε δύσκολο σημείο, για παράδειγμα ένα από τα παιδιά της οικογένειας αποκεντρώνει προκαλώντας απόσπαση της προσοχής, και τότε ο θεραπευτής συνδέει αυτή τη συμπεριφορά με τους γονείς.

Μέχρι τώρα έχει φανεί ότι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία αποτελεί σύνθεση των θεωριών της επικοινωνίας και της θεωρίας των συστημάτων αλλά και ότι διαρκώς εξελίσσεται, όπως και οι θεωρίες από τις οποίες προήλθε.

Εδώ θα ήταν χρήσιμο για την οικονομία της παρουσίασης και για να είναι σαφέστερο το πλαίσιο των οικογενειακών ψυχοθεραπειών στο οποίο εντάσσεται η συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία οι παρεμβάσεις της οποίας μελετήθηκαν σε αυτή την έρευνα, να τονιστεί ότι από την πρώτη χρονικά φάση εμφάνισης της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας αναπτύχθηκαν αρκετές διαφορετικές μεταξύ τους σχολές συστημικής ψυχοθεραπείας, οι οποίες είχαν κοινό σημείο την αναφορά στη συστημική σκέψη της Α΄ Κυβερνητικής θεωρίας οι οποίες ανέπτυξαν και διαφορετικές θεραπευτικές αντιλήψεις (Hoffman, 2002), π.χ. η δομική σχολή (Rockinson-Szapkiw, Payne, & West, 2011) , η στρατηγική σχολή (Robbins, Szapocznik, & Gonzalo, 2007), η σχολή του Μιλάνο, η συνθετική (Lebow, 1997). Ανάμεσα στις συστημικές προσεγγίσεις αναπτύχθηκαν διαφορές και αυτό έγινε από διάφορες αιτίες. Μία αιτία είναι ότι η συστημική σκέψη και θεραπευτική πρακτική αναπτύχθηκε ταυτόχρονα και παράλληλα σε διάφορα γεωγραφικά μήκη και πλάτη του πλανήτη χωρίς να υπάρχει αρχικά επικοινωνία μεταξύ των πρωτεργατών.

Άλλη αιτία είναι οι φιλοσοφικές διαφορές των πρωτεργατών της θεραπείας αυτής. Χαρακτηριστικά, αναφέρει η Hoffman (2002) ότι οι φιλοσοφικές διαφορές μεταξύ του Haley και του Bateson ήταν τόσο πολλές και η ασυμφωνία μεταξύ τους τόσο έντονη, ώστε ο Bateson να αναφερθεί σε αυτές στα μετέπειτα γραπτά του (Hoffman, 2002). Αυτές οι φιλοσοφικές διαφορές προξενούσαν τη διαφορετικότητα με την οποία αντιλαμβάνονταν θέματα ψυχοθεραπείας. Για παράδειγμα, ο Haley (Haley, 1968) είχε τοποθετήσει τη δύναμη στο κέντρο των θεωριών του για τα οικογενειακά συστήματα. Πίστευε ότι στα “ παθολογικά ” οικογενειακά συστήματα κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί να ελέγχει τη συμπεριφορά των άλλων αναγκάζοντας τον θεραπευτή να αναλαμβάνει τον έλεγχο στο επίπεδο της θεραπευτικής διαδικασίας. Αντιθέτως ο Bateson είχε διαφωνήσει με την έμφαση στη δύναμη (Hoffman, 2002). Αποκαλούσε τέτοιες διατυπώσεις επιστημολογικά λάθη, διότι αυτές οι διατυπώσεις μετέτρεπαν πολύπλοκες διαδικασίες σε ονομαστικού τύπου αφηρημένες έννοιες, ενώ αγνοούσαν το πλαίσιο το οποίο προσέδιδε το νόημά τους (Hoffman, 2002).

Η συνεισφορά της Β΄ Κυβερνητικής όπως έχει αναφερθεί αφορά σε μεγάλο βαθμό την τροποποίηση της αντίληψης αναφορικά με τον ρόλο του θεραπευτή στη θεραπευτική διαδικασία. Το θεραπευτικό σύστημα αποτελείται από τους θεραπευτές

και την οικογένεια, αυτό επιβάλει να μην γίνεται η εστίαση μόνο προς την οικογένεια αλλά και προς τους θεραπευτές. Η Β΄ Κυβερνητική ανέδειξε τη σημασία του ρόλου του θεραπευτή με έναν ιδιαίτερο τρόπο.

Η ανάπτυξη της Β΄ Κυβερνητικής

Η Β΄ Κυβερνητική αποτελεί εξέλιξη στη συστημική σκέψη η οποία επηρέασε βαθύτατα την οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία, όσον αναφορά τη θεραπευτική διαδικασία, τον τρόπο διεξαγωγής της θεραπείας και το είδος των θεραπευτικών παρεμβάσεων, γι' αυτό απαιτείται σύντομη αναφορά στην ιστορία και τη θεωρητική διάσταση αυτής της επιστημολογικής εξέλιξης.

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 αλλά κυρίως στη δεκαετία του 1980 εκδηλώθηκε η επιστημολογική αλλαγή της Β΄ Κυβερνητικής.

Αυτή η νεότερη συστημική αντίληψη έχει προέλθει από τις εξελίξεις της κβαντικής φυσικής (Capra, 1975) και της φιλοσοφίας της επιστήμης (Simon *et al.*, 1985), αλλά πιο συγκεκριμένα από τις εργασίες ερευνητών από διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα, οι οποίοι εισήγαγαν στη μελέτη των γνωστικών αντικειμένων τη νέα επιστημολογία.

Τέτοιοι ερευνητές ήταν ο Χιλανός βιολόγος Maturana (1978) και ο μαθητής του Varela (Maturana, & Varela, 1987), ο ερευνητής της κυβερνητικής Foerster (1981) και ο γνωστικός ψυχολόγος Glaserfeld (1987), οι δύο τελευταίοι μπορούν να θεωρηθούν οι πατέρες της Β΄ Κυβερνητικής. Αυτοί υποστήριξαν την εγκατάλειψη της απλής κυβερνητικής αντίληψης σύμφωνα με την οποία ένα ζωντανό σύστημα μπορεί να παρατηρηθεί και να μελετηθεί αντικειμενικά από έναν εξωτερικό παρατηρητή και να μεταβληθεί με έξωθεν παρέμβαση. Αντίθετα τοποθέτησαν τον παρατηρητή μέσα στο παρατηρούμενο (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Ο καθένας από αυτούς στο δικό του γνωστικό αντικείμενο εφάρμοσε αυτή τη νέα επιστημολογική αντίληψη. Αρχιτέκτονας αυτής της κυβερνητικής υπήρξε ο Von Foerster (1981). Ο Foerster επηρεάστηκε από τον κύκλο της Βιέννης, ο οποίος ήταν μια ομάδα φιλοσόφων τη δεκαετία του 1920 στο πανεπιστήμιο της Βιέννης. Δύο ήταν οι βασικές παραδοχές τους: πρώτον ότι η εμπειρία είναι η μόνη πηγή γνώσης και δεύτερον ότι η λογική ανάλυση η οποία πραγματοποιείται με τη βοήθεια της συμβολικής λογικής είναι η προτιμητέα μέθοδος, για να επιλύονται τα φιλοσοφικά προβλήματα (Ρουσόπουλος, 2010).

Η συμμετοχή του Von Foerster (1990) στη δημιουργία της κατασκευαστικής θεωρίας είναι μεγάλη. Μερικές από τις γνωστότερες θέσεις του είναι ότι ο «θόρυβος», η περισσή και άχρηστη πληροφορία στα σύμπλοκα συστήματα μπορεί να οδηγήσει το σύστημα σε ένα παράδοξο αποτέλεσμα, το οποίο ο ίδιος ονόμασε ως: το αξίωμα της τάξης μέσα από το χάος. Αλλά είναι σημαντική η ιδέα του σχετικά με την αυτοαναφορά των συστημάτων, ότι ο παρατηρών το σύστημα επιδρά σε αυτό το οποίο παρατηρεί και ως εκ τούτου το σύστημα, το οποίο παρατηρεί είναι διαφορετικό από αυτό το οποίο ήταν πριν ασχοληθεί με την παρατήρησή του.

Ο Humberto Maturana (1978) είναι από τους θεμελιωτές της κονστρουκτιβιστικής επιστημολογίας ή του ριζοσπαστικού κονστρουκτιβισμού, η οποία στηρίχτηκε σε εμπειρικά ευρήματα στη νευροβιολογία. Ο Maturana και ο μαθητής του ο Francisco Varela (Maturana & Varela, 1987) στον χώρο της βιολογίας και της θεωρίας της μάθησης αναφέρθηκαν στα έμβια συστήματα ως συστήματα κλειστά και αυτοποιητικά. Ήταν οι πρώτοι οι οποίοι ανέφεραν τον όρο αυτοποίηση και τον εφάρμοσαν σε θεωρητικές κατασκευές. Αυτοποιητικά συστήματα είναι τα συστήματα τα οποία είναι αυτόνομα και λειτουργικά κλειστά, με την έννοια ότι η εσωτερική, ανεξάρτητη από το περιβάλλον, διεργασία τους αρκεί, για να συντηρήσουν την ολότητα τους. Τα αυτοποιητικά συστήματα κατασκευάζουν τον εαυτό τους, όπως, για παράδειγμα, το ανθρώπινο κύτταρο. Σε αντίθεση με τα αλλοποιητικά συστήματα, τα οποία δεν κατασκευάζουν τον εαυτό τους, αλλά κατασκευάζονται από άλλη δομή, π.χ. τα αυτοκίνητα, θεώρησαν ότι τα έμβια συστήματα είναι αυτοποιητικά και επομένως κλειστές πληροφοριακές οντότητες και επομένως οι εξωτερικές παρεμβάσεις στις οικογένειες έχουν μικρή έως μηδαμινή επίδραση. Αυτή η άποψη, αν μεταφερθεί στη ψυχοθεραπεία αλλάζει τη θεωρία για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να γίνεται η θεραπευτική παρέμβαση. Ο θεραπευτής, για να έχει θεραπευτική επίδραση, δεν πρέπει να είναι ένα εξωτερικό σύστημα ως προς την οικογένεια, αλλά μέρος του συστήματος το οποίο θέλει να αλλάξει. Οι ιδέες τους για τα οικογενειακά συστήματα ως κλειστές πληροφοριακές δομές οδήγησαν στην άποψη ότι, αν και από πλευράς πληροφορίας είναι απροσπέλαστα, η οργανωτική δομή του συστήματος διατηρείται από τη γλωσσική αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών (Mince, 1992). Επομένως η γλώσσα και η διαχείρισή της κατά τη θεραπευτική συνεδρία αποκτούν αξία εργαλείου θεραπευτικής επίδρασης στο σύστημα.

Αυτή η παραδοχή αποτελεί διαφοροποίηση από την πρώτη κυβερνητική, όπου δεν σημασιοδοτούνταν τόσο αυτό το οποίο λεγόταν από τα μέλη όσο το αλληλεπιδραστικό μήνυμα της συμπεριφοράς τους.

Άλλη σημαντική συνεισφορά αποτελεί η ιδέα ότι αυτό το οποίο αποκαλείται εξωτερική πραγματικότητα είναι απλώς κατασκευή, αποτέλεσμα γνωστικών και αντίληπτικών δομών του ατόμου (Maturana & Varela, 1987).

Αυτή η επιστημολογική αλλαγή της Β΄ Κυβερνητικής εκφράστηκε στον χώρο της οικογενειακής ψυχοθεραπείας από νέες θεραπευτικές σχολές. Η Β΄ κυβερνητική ενέπνευσε τους κοινωνικούς κονστρουκτιβιστές (Goolishian & Anderson, 1988), τους κονστρουκτιβιστές (Boscolo & Bertrando, 1996) και την αφηγηματική θεραπεία (White & Epston, 1990) καθώς και σχολή του Μιλάνο, η οποία ήταν η μοναδική πρωτοκυβερνητική σχολή, η οποία αφομοίωσε τις έννοιες της Β΄ Κυβερνητικής και αφομοιώθηκε από αυτές.

Οι έννοιες της Β΄ Κυβερνητικής θεωρίας επηρέασαν σε μικρό βαθμό τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία στη διαμόρφωση της αντίληψης για τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνεται η υγεία ή η ψυχοπαθολογία στα συστήματα· σ' αυτά διατηρήθηκαν οι απαντήσεις της Α΄ Κυβερνητικής. Αντίθετα επέδρασαν δραστικά στον τρόπο αντίληψης για τη θεραπευτική αλλαγή και κυρίως στη θεραπευτική διαδικασία.

Οικογενειακοί θεραπευτές, όπως η Hoffman (1990) και ο Keeney (1983), εφάρμοσαν πολλές από τις ιδέες αυτές στην εργασία τους υιοθετώντας ένα μοντέλο Β΄ Κυβερνητικής, στο οποίο ο θεραπευτής ο οποίος παρατηρεί αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του υπό παρατήρηση οικογενειακού συστήματος.

Κατασκευάζοντας από κοινού με τα μέλη της οικογένειας το νόημα της ζωής τους, αντί να δίνει απαντήσεις ο θεραπευτής στα προβλήματα της οικογένειας, αναζητά μαζί με τα μέλη της νόημα και στη συνέχεια «επανασχεδιάζουν» ζωές και σχέσεις (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Η ιδέα ότι τα συστήματα αλλάζουν από εσωτερικές διεργασίες αυτοποίησης ενέπνευσε στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία την αντίληψη ότι ο θεραπευτής πρέπει να επιδιώκει την ενεργητική συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία, διότι αυτή η κινητοποίησή της μπορεί να φέρει τη θεραπευτική αλλαγή (Blume, 2008). Αυτή η παραδοχή οδήγησε στην κατασκευή θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες εξυπηρετούν τη θεραπευτική επιδίωξη της ενεργητικής συμμετοχής. Τέτοια παρέμβαση είναι η αναστοχαστική ομάδα (Reflecting Team).

Η θεραπευτική παρέμβαση της αναστοχαστικής ομάδας

Αυτή είναι μια σημαντική θεραπευτική παρέμβαση και αποτελεί νεωτερισμό για τη θεραπευτική διαδικασία στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία και οφείλεται στην αλλαγή, την οποία επέφερε η Β΄ Κυβερνητική.

Αναστοχαστική ομάδα είναι η καινοτόμος θεραπευτική παρέμβαση την οποία εισήγαγε στην ψυχοθεραπευτική πρακτική ο Andersen και Goolishian (1988).

Πρόκειται για ένα είδος ενδοσυνεδριακής παρέμβασης το οποίο στοχεύει στην αλλαγή του συστήματος πεποιθήσεων της οικογένειας.

Η θεραπευτική παρέμβαση δομείται ως εξής: Μία ή περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με την οικογένεια ο θεραπευτής θα ζητήσει σχόλια από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι παρακολουθούν τη συνεδρία πίσω από μονόδρομο καθρέφτη. Τότε τα συστήματα φωτισμού και ήχου αντιστρέφονται και η οικογένεια με τον θεραπευτή γίνονται παρατηρητές της συζήτησης των ειδικών οι οποίοι παρακολουθούσαν πίσω από τον καθρέφτη. Η συζήτησή τους είναι σχετική με την οικογένεια και το θέμα το οποίο τους τέθηκε. Δεν χρειάζεται να έχουν κάποια πρότερη γνώση για την οικογένεια ή τη στρατηγική προσχεδιασμού του θεραπευτή και δεν βαρύνονται με τις θεραπευτικές υποθέσεις τις οποίες διερευνά ο θεραπευτής. Προσφέρουν αυθόρμητα τις απόψεις τους γι' αυτό το οποίο διαδραματίζεται ενώπιόν τους, πραγματοποιώντας ένα ζωντανό διάλογο εις επήκοον της οικογένειας. Αποφεύγουν τις ερμηνείες, τις οδηγίες προς την οικογένεια δεν εκφέρουν κρίσεις και χρησιμοποιούν λόγο φιλικό προς την οικογένεια, ο οποίος δεν πληγώνει, και λιγότερο «επαγγελματικό». Αφού η ομάδα ανακοινώσει τις σκέψεις της και ολοκληρώσει τον διάλογό της, τα φώτα στρέφονται στην οικογένεια και τον θεραπευτή οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα να συζητήσουν για τις συζητήσεις της ομάδας αναστοχασμού σχετικά με τις αρχικές συζητήσεις της οικογένειας. Η οικογένεια νιώθει ότι την υπολογίζουν, δεν την κρίνουν και ότι είναι σημαντική για τη θεραπευτική διαδικασία· αυτό βοηθά στη δημιουργία της θεραπευτικής συμμαχίας (Fredman, Christie, & Bear, 2007) .

Άλλος στόχος ο οποίος επιτυγχάνεται είναι η ανάπτυξη νέων αφηγήσεων από την οικογένεια και η διευκόλυνση αποδόμησης περιγραφών διαποτισμένων με προβλήματα. Αυτές οι δύο διεργασίες διευκολύνονται με την ενθάρρυνση, την οποία δίνει αυτή η θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια, ώστε να δείχνει περισσότερη

συμμετοχή στη διεργασία της συνεδρίας. Το γεγονός ότι οι ειδικοί μιλούν ως άτομα και η οικογένεια ακούει της επιτρέπει να προσαρμόσει τις εμπειρίες της στις δικές τους ιδέες χωρίς ιδιαίτερη αντίσταση (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Η ενδεχομενικότητα στα συστήματα

Από τη Β΄ Κυβερνητική προήλθε και η σημαντική για τα συστήματα έννοια της ενδεχομενικότητας, η οποία αλλάζει την εικόνα της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και των θεραπευτικών προσδοκιών για τους συστημικούς οικογενειακούς ψυχοθεραπευτές. Η Β΄ Κυβερνητική επιβάλλει στον θεραπευτή τη στάση να αποδέχεται την ενδεχομενικότητα μέσα στο σύστημα και να μην επιδιώκει απαιτητικά συγκεκριμένες αλλαγές μέσα σε αυτό. Οι Hoffman (1990) και ο Keeney (1983) θεώρησαν ότι το επιθυμητό αποτέλεσμα στη θεραπεία θα προκύψει, αν ο θεραπευτής παρατηρεί τον εαυτό του ενόσω παρατηρεί την οικογένεια και αυτή η αυτοαναφορικότητα θα συντελέσει στην αλλαγή μαζί με την απρόβλεπτη κινητοποίηση των μελών της οικογένειας.

Ο όρος ενδεχομενικότητα (contingency) δηλοί τη δυνατότητα του συστήματος να έχει διαφορετικές πιθανές αντιδράσεις κάθε φορά που δέχεται το ίδιο ερέθισμα. Αυτό αυξάνει την απροβλεπτότητα των απαντήσεων του συστήματος (Willke, 1993) και ταυτόχρονα συνεπάγεται μειωμένη δυνατότητα πρόβλεψης για τον μελετητή του συστήματος.

Τα κοινωνικά/ανθρώπινα συστήματα είναι ανοικτά, οι σχέσεις μεταξύ των μερών τους είναι πολύπλοκες και επομένως το αποτέλεσμα των διαδικασιών στις οποίες εμπλέκονται είναι σε μεγάλο βαθμό μη προβλέψιμο. Αυτό ισχύει και για το αποτέλεσμα της θεραπευτικής αλληλεπίδρασης μεταξύ θεραπευτών και οικογένειας, το οποίο είναι πάντοτε απρόβλεπτο παρά την ομοιογένεια των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αλλά το ίδιο απρόβλεπτος και άμεσα σχετιζόμενος με το συγκεκριμένο υπό θεραπεία σύστημα είναι και ο ορισμός του θετικού θεραπευτικού αποτελέσματος. Συχνά ο ορισμός της επίτευξης του στόχου διαφέρει μεταξύ των μελών της οικογένειας, η οποία ζήτησε τη θεραπευτική συνεργασία και των θεραπευτών. Ο θεραπευτής αποδέχεται την ενδεχομενικότητα και ως δυνατότητα για διεύρυνση των πιθανών κατασκευών της θεραπευτικής πραγματικότητας, την οποία θα συγκατασκευάσει με την οικογένεια.

Η αρνητική εντροπία στα συστήματα

Η έννοια αυτή είναι σημαντική, διότι επιτρέπει την ανάπτυξη της αισιοδοξίας μέσα στο σύστημα θεραπευτής-θεραπευόμενος και αυτό βοηθά τη θετική θεραπευτική έκβαση. Η αρνητική εντροπία (negentropy) είναι το αντίθετο της εντροπίας βασικής έννοιας στη θερμοδυναμική. Ενώ η εντροπία αναφέρεται στην τάση για απώλεια ενέργειας και αποδιοργάνωσης στο σύμπαν, η αρνητική εντροπία είναι η τάση των ανοικτών, έμβιων συστημάτων για αναβάθμιση και αύξηση της οργάνωσης, της συμπλοκότητας, της πολυπλοκότητας και του ενεργειακού δυναμικού.

Η ενδεχομενικότητα με τη διεύρυνση των πιθανοτήτων για λύση του προβλήματος και η αρνητική εντροπία με την αισιοδοξία την οποία εμπνέει έχουν αξιοποιηθεί από την οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία. Μια άλλη έννοια η οποία έχει διαδραματίσει κάποιο ρόλο σε αυτή τη θεραπεία είναι η έννοια της ηνιόχησης.

Η ηνιόχηση στα συστήματα

Αυτή η έννοια χρησίμευσε στους οικογενειακούς συστημικούς ψυχοθεραπευτές συμπληρωματικά με τις έννοιες οι οποίες αφορούσαν τη δομή του συστήματος.

Η ηνιόχηση (steering) είναι μία δυναμική μορφή ρύθμισης του συστήματος με πολλαπλές θετικές και αρνητικές αναδράσεις (Willke, 1993), ο τρόπος με τον οποίο καθοδηγείται ένα σύστημα στις λειτουργίες του και στον στόχο του. Η καθοδήγηση πραγματοποιείται με τη χρήση μιας ιδιότυπης λογικής τάξης η οποία επηρεάζει, κατευθύνει και ρυθμίζει το σύστημα. Τα μέσα με τα οποία διαμορφώνεται αυτή η λογική τάξη είναι διαφορετικά σε κάθε σύστημα: αναφέρονται και ως ειδικές γλώσσες του συστήματος (Hardware-codes). Μερικές ηνιοχητικές γλώσσες ή μέσα είναι η ισχύς, η γνώση, ο γενετικός κώδικας, τα χρήματα, η πίστη ή η εμπιστοσύνη. Για παράδειγμα, σε ένα οικογενειακό σύστημα η ηνιόχηση πραγματοποιείται μέσω της κοινής πίστης σε ένα σύστημα ιδεών και αξιών το οποίο όλοι μοιράζονται (π.χ. θρησκεία) με αυτή την ηνιοχητική γλώσσα «ηνιοχούνται» οι συμπεριφορές των μελών σε πολλά θέματα: στο σεξ, στις διατροφικές συνήθειες, στη σχέση με τα χρήματα, στον επαγγελματικό προσανατολισμό, στους προσωπικούς στόχους των μελών.

Ας αναφερθεί ακόμη ο τρόπος ηνιόχησης μίας οικογένειας μέσω των χρημάτων. Η επιδίωξη των χρημάτων ρυθμίζει τον τόπο στον οποίο κατοικούν, τον χρόνο τον οποίο διαθέτει το ζεύγος για τη σχέση τους, αλλά και την ποιότητα κοινωνικοποίησής τους, δηλαδή με ποιους σχετίζονται εκτός οικογενειακού πλαισίου και πόσον χρόνο διαθέτουν γι' αυτές τις σχέσεις.

Θεραπευτικά η ηνιοχητική ρύθμιση της οικογένειας αναγνωρίζεται από τον θεραπευτή και λαμβάνεται υπόψη σε θεραπευτικές οδηγίες, οι οποίες σχετίζονται με την αποκατάσταση της ιεραρχίας στο σύστημα και την ενίσχυση της ταυτότητας των υποσυστημάτων.

Η Β' Κυβερνητική με την αναφορά της στην κυκλική αιτιότητα, η οποία ανέδειξε την ιδέα ότι ο παρατηρητής αποτελεί μέρος αυτού το οποίο παρατηρεί και η παρατήρησή του το διαμορφώνει, άλλαξε τον τρόπο με τον οποίο κάποιοι οικογενειακοί συστημικοί ψυχοθεραπευτές πραγματοποιούσαν την ψυχοθεραπεία. Νέου τύπου ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις δημιουργήθηκαν όπως αυτές που αναφέρθηκαν πάρα πάνω αλλά και η αναστοχαστική ομάδα, έδωσαν μεγαλύτερη σημασία στο περιεχόμενο του λόγου, σε αντίθεση με την στην Α' Κυβερνητική όπου δινόταν περισσότερη σημασία στις πράξεις των μελών της οικογένειας. Επίσης με την Β Κυβερνητική αναθεωρήθηκε η σημασία και το είδος της συμμετοχής στη θεραπευτική διαδικασία με τις έννοιες της ενδεχομενικότητας ο θεραπευτής συνοδεύει τη θεραπευτική διαδικασία συμμετέχει αλλά δεν την καθορίζει, μάλλον συγκατασκευάζει τη θεραπευτική αλλαγή με την οικογένεια, ενώ με την έννοια της ηνιόχησης αναγνωρίζεται η αυτοηνιοχητική ικανότητα των συστημάτων και αξιοποιείται θεραπευτικά.

Μέχρι εδώ παρουσιάστηκε η εφαρμογή των συστημικών εννοιών στην ψυχική ζωή των ανθρώπινων οικογενειακών συστημάτων. Αναπτύχθηκαν οι βασικές έννοιες του κύκλου ζωής του οικογενειακού συστήματος, της αλληλεπίδρασης των συστημάτων, των χαρακτηριστικών τους, όπως η ομοιόσταση, τα δομικά χαρακτηριστικά τους και χαρακτηριστικά των συστημάτων, τα οποία ρυθμίζουν τη ροή πληροφορίας εντός τους, όπως τα κλειστά ή ανοικτά συστήματα, η πολυπλοκότητα και η περιπλοκότητα των συστημάτων και οι κανόνες τους οποίους θέτουν οι οικογένειες ως συστήματα.

Από τη μέχρι τώρα μελέτη έχει περιγραφεί η εικόνα την οποία η συστημική θεωρία διαμορφώνει για την εμφάνιση συμπτωμάτων στα μέλη των συστημάτων. Αναλυτικότερα το σύμπτωμα κατανοείται ως εκδήλωση του ομοιοστατικού

μηχανισμού της οικογένειας ή της δυσπροσαρμοστικότητάς της στον κύκλο ζωής ή και ως δυσλειτουργία των δομικών χαρακτηριστικών της και του τρόπου αλληλεπίδρασης των μελών του συστήματος. Ως προς τη λειτουργία του συμπτώματος αναφέρθηκαν αρχές της θεωρίας οι οποίες την εξηγούν. Το σύμπτωμα θεωρείται από πλευράς θεωρίας συστημάτων ως εκδήλωση η οποία υποδηλώνει ότι κάτι συμβαίνει μέσα στο σύστημα και αυτό σχετίζεται και εξηγείται με κάποια από τις αρχές της θεωρίας των συστημάτων, οι οποίες έχουν ήδη αναφερθεί. Το σύμπτωμα από πλευράς θεωρίας επικοινωνίας θεωρείται ως αποτέλεσμα της δυσλειτουργικής επικοινωνίας, ταυτόχρονα ως μήνυμα το οποίο εκπέμπει ο ασθενής προς τα άλλα μέλη του συστήματος ή και ως ρυθμιστής κάποιας δυσλειτουργίας στην επικοινωνιακή αλληλεπίδραση, ως μια απάντηση στη δυσκολία του συστήματος. Παρουσιάστηκαν τα είδη των θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες σχετίζονται θεωρητικά με τις διάφορες αρχές της θεωρίας των συστημάτων και με τα αξιώματα της επικοινωνίας. Τονίστηκε ο θεραπευτικός στόχος αυτών των παρεμβάσεων και ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιούνται. Στη συνέχεια θα παρουσιασθεί η τωρινή οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία ως κοινός τόπος διαφόρων σχολών και θεωρητικών εξελίξεων και ο τρόπος πραγματοποίησης της ψυχοθεραπείας αυτής.

Τα βασικά ερωτήματα τα οποία θα μας απασχολήσουν είναι τα ακόλουθα:

- 1) Η παρούσα κατάσταση της συστημικής ψυχοθεραπείας πέρα από τις ιδιαιτερότητες της κάθε σχολής μπορεί να αναγνωρισθεί σε κάποιο συνθετικό μοντέλο, το οποίο να είναι αναγνωρίσιμο ως συστημική προσέγγιση από όλους τους συστημικούς θεραπευτές ανεξάρτητα από την ιδιαίτερη σχολή στην οποία ανήκουν;
- 2) Επίσης, είναι δυνατόν να γίνει μια αποκρυστάλλωση των τωρινών κοινών θεωρητικών συνισταμένων των συστημικών θεραπειών;
- 3) Υπάρχουν κοινές βασικές θεωρητικές αρχές και κοινοί θεραπευτικοί άξονες μεταξύ των σχολών οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας;
- 4) Μπορεί κάποιος να υποστηρίξει ότι το παρόν της συστημικής ψυχοθεραπείας είναι η σύνθεση των διαχρονικών εξελίξεων της συστημικής σκέψης και ψυχοθεραπευτικής εφαρμογής; Έχουν οι συστημικοί θεραπευτές σήμερα την ετοιμότητα να αξιοποιήσουν ότι νέο έχει να προσφέρει η επιστημονική εξέλιξη σε άλλα γνωστικά πεδία και στη φιλοσοφία; Αν ναι, μέχρι ποιο βαθμό και σε ποιες πλευρές της θεωρίας υπάρχει συναίνεση, έστω από τους περισσότερους συστημικούς ψυχοθεραπευτές; Με αυτά τα ερωτήματα θα ασχοληθεί η μελέτη αυτή στη συνέχεια.

Οι βασικοί άξονες και έννοιες στις οποίες στηρίζεται η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία σήμερα

Μία απάντηση στο πρώτο ερώτημα της ύπαρξης συνθετικού μοντέλου στον χώρο της συστημικής ψυχοθεραπείας θα μπορούσε να είναι η προσέγγιση της συνθετικής συστημικής ψυχοθεραπείας. Το συνθετικό μοντέλο (Integrative), είναι ένα μοντέλο εκλεκτικό ως προς το είδος των παρεμβάσεων και ως προς τις θεωρητικές παραδοχές του (Lebow, 1997). Αυτό το μοντέλο είναι μια σύνθεση των παρεμβάσεων των σχολών οι οποίες προαναφέρθηκαν. Χρησιμοποιεί ποικιλία παρεμβάσεων οι οποίες είναι χαρακτηριστικές της μιας ή της άλλης σχολής, αλλά μένει πιστό στη συστημική κατανόηση της δυναμικής της οικογένειας, στις βασικές αρχές της θεωρίας συστημάτων και των θεωριών της επικοινωνίας, οι οποίες είναι ο κοινός τόπος κάθε συστημικής σχολής (Nichols & Evertt, 1986). Η κοινή θέση της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας είναι ότι αυτό το οποίο δυσλειτουργεί είναι το σύστημα και η όποια θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει κατά βάση στο σύστημα (Larner, 2009; Fife, Weeks, & Gambescia, 2008). Αυτή η θέση από τις εκδοχές συνθετικών μοντέλων γίνεται πάντα σεβαστή.

Στην εκδοχή της ΣΣΟΨ η οποία μελετήθηκε σε αυτή την έρευνα οι αναφερθείσες θεραπευτικές παρεμβάσεις και τα θεραπευτικά καθήκοντα διαφοροποιούνται μεταξύ τους ως προς την καταλληλότητα πραγματοποίησης ανάλογα με την αρχική, μεσαία και τελική χρονική φάση της θεραπείας (Byng-Hall *et al.*, 1996).

Στην αρχική φάση, δηλαδή συνήθως από την 1^η έως την 3^η συνεδρία, συγκεντρώνονται οι πληροφορίες της παραπομπής και οργανώνονται οι υποθέσεις για το περιστατικό, γίνεται η εμπλοκή με την οικογένεια, καθορίζεται και διερευνάται το πρόβλημα, αναγνωρίζεται και κατανοείται το σχετικό με την οικογένεια υπόβαθρο, οι σημαντικές εμπειρίες της, η ιστορία της και το σύστημα πεποιθήσεων της (Byng-Hall *et al.*, 1996). Επίσης συνδέεται το πρόβλημα με τα μέλη της οικογένειας και το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο (Byng-Hall *et al.*, 1996). Γίνεται η αρχή της ανάπτυξης ενός νέου εννοιολογικού πλαισίου για την κατανόηση του προβλήματος και τέλος δοκιμάζονται μερικοί δρόμοι για την προσέγγιση της θεραπευτικής εργασίας, όπως για παράδειγμα αναστυλώνεται η γονική εξουσία, εισάγονται εναλλακτικές

πεποιθήσεις, και εστιασμός στη λύση και σε περισσότερο συμπεριφορικές τροποποιήσεις (Byng-Hall *et al.*, 1996).

Στην μεσαία φάση, ακολουθούνται οι αρχικές υποθέσεις ή εγκαταλείπονται γιατί δεν λειτούργησαν καθόλου. Διευρύνεται ο σκοπός της θεραπείας ώστε να συνδεθεί με ιστορικά “patterns”, να περιέχει κάθε θέση ατόμου και των υποσυστημάτων και να γίνει επαφή τον παραπέμποντα και άλλους παράγοντες (Byng-Hall *et al.*, 1996). Επιλύονται προβλήματα, βρίσκονται λύσεις. Αυξάνει η επίγνωση και η αυτονομία των μελών να επιλύουν προβλήματα. Διερευνάται η διεργασία μεταξύ θεραπευτή και οικογένειας. Τίθενται θεραπευτικά καθήκοντα. Καλούνται νέα πρόσωπα στις συνεδρίες ή αποπέμπονται πρόσωπα τα οποία είχαν προσέλθει σε προηγούμενες συνεδρίες και κινείται η οικογένεια προς την κατανόηση ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω θεραπεία (Byng-Hall *et al.*, 1996).

Στην τελική φάση, την φάση τερματισμού της θεραπείας ετοιμάζεται η οικογένεια να λύνει μόνη της τα προβλήματά της. Να αναγνωρίσει ότι είναι “good enough” τώρα ποια. Να ανατρέξει στους νέους τρόπους σκέψης για τα προβλήματα τους οποίους ανέπτυξε και τον τρόπο με τον οποίο συνδέεται με ευρύτερα συστήματα. Να ελέγξει τι μπορεί να πάει στραβά στο μέλλον και τι βήματα θα μπορεί να κάνει. Δίνεται η πληροφόρηση του τέλους της θεραπείας, και γίνεται επαφή με τον παραπέμποντα (Byng-Hall *et al.*, 1996). Αυτή η θεραπευτική δομή όπως θα φανεί και στην συνέχεια του πονήματος είναι απόλυτα συνεπής με την συστημική σκέψη και ψυχοθεραπευτική πρακτική, η οποία συνάδει με το κυρίαρχο ρεύμα της συστημικής σκέψης.

Ως απάντηση στο δεύτερο ερώτημα στη συνέχεια της μελέτης θα πραγματοποιηθεί μια σκιαγράφηση των βασικών εννοιών και των θεωρητικών αξόνων, οι οποίοι σήμερα συναινετικά είναι κοινοί για τους θεραπευτές οι οποίοι αυτοπροσδιορίζονται ως συστημικοί οικογενειακοί ψυχοθεραπευτές. Επίσης θα πραγματοποιηθεί σκιαγράφηση και της εικόνας την οποία σε γενικές γραμμές μοιράζονται οι περισσότεροι θεραπευτές σήμερα σχετικά με το τι είναι και με ποιον τρόπο λειτουργεί η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Σε γενικές γραμμές η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία σήμερα βασίζεται στα αξιώματα της επικοινωνίας και στις αρχές των συστημάτων, όπως αναλυτικά έχουν παρουσιασθεί έως τώρα. Συνθετικά και λαμβανομένης υπόψη της διαχρονικής εξέλιξής τους και του διαφορετικού τρόπου εφαρμογής τους από τις

διαφορετικές σχολές συστημικής ψυχοθεραπείας οι οποίες αναπτύχθηκαν σήμερα μπορεί να γίνει λόγος για μία συναινετική εικόνα της σημερινής οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας.

Ο βασικός στόχος του οικογενειακού συστημικού θεραπευτή είναι να συμμετάσχει στη δημιουργία μιας δεύτερης τάξης αλλαγής στο σύστημα το οποίο προσφεύγει στις θεραπευτικές υπηρεσίες του και δεν επιδιώκει την επαναφορά του συστήματος στην πριν από την εμφάνιση του συμπτώματος κατάσταση· αυτό θα ήταν αλλαγή πρώτης τάξης.

Για να επιτύχει δεύτερης τάξης αλλαγή, στοχεύει στην εμφάνιση νέων μοντέλων συμπεριφοράς, νέων οικογενειακών δομών, στην ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, στην αναπροσαρμογή των κανόνων οι οποίοι ρυθμίζουν τον τρόπο συμπεριφοράς, αντίληψης και σκέψης. Επιδιώκεται ακόμη η βελτίωση της επικοινωνίας, η μετατροπή του συστήματος σε ένα ανοικτό σύστημα, με ό,τι συνεπάγεται για τη ροή της πληροφορίας και τα χαρακτηριστικά της επικοινωνίας, η λειτουργικότερη και πλαστικότερη προσαρμογή του συστήματος στις απαιτήσεις οι οποίες προκύπτουν από τις φάσεις του κύκλου ζωής της οικογένειας.

Ο συστημικός θεραπευτής, για να επιτύχει αυτό, καλείται να διερευνήσει τη σχέση συμβάντων και συμπτώματος, καθώς και τη σχέση διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων και συμπτώματος. Αναπτύσσει τον θεραπευτικό διάλογο, μέσα από τον οποίο εστιάζει στη σχέση την οποία έχουν τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές με το πλαίσιο μέσα στο οποίο εκτυλίσσονται.

Από το υλικό του θεραπευτικού διαλόγου αναδύονται περισσότερες από μία σημασίες του συμπτώματος, οι οποίες αφορούν στο σύστημα –πλαίσιο, οικογενειακό, σχολικό ή άλλο. Η νέα σημασιοδότηση του συμπτώματος και η απότοκη διεργασία της από τα μέλη της οικογένειας αναμένεται ότι θα ευοδώσει την υιοθέτηση εναλλακτικών στάσεων και συμπεριφορών, οι οποίες με τη σειρά τους θα οδηγήσουν στην ύφεση ή εξάλειψη του συμπτώματος, ως περιττού πλέον στοιχείου για τη λειτουργία του συστήματος (Τομαράς, 2001).

Όταν παρεμβαίνει ο θεραπευτής, γνωρίζει ότι το θεραπευτικό σύστημα αποτελείται από τον θεραπευτή ή τη θεραπευτική ομάδα και το σχετιζόμενο σύστημα, το οποίο ζητά τη θεραπευτική συνεργασία, δηλαδή συνήθως την οικογένεια, ενώ αυτός είναι επιφορτισμένος με την παροχή θεραπείας στο σύστημα το οποίο δυσλειτουργεί.

Τα δύο συστήματα, του θεραπευτή και του θεραπευομένου, μπορούν να χωριστούν σε άμεσα και έμμεσα υποσυστήματα. Άμεσο υποσύστημα αποτελεί ο ασθενής και ο

θεραπευτής και εμπλέκονται άμεσα στη θεραπευτική διαδικασία. Έμμεσο υποσύστημα είναι τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του ασθενούς και τα μέλη του θεραπευτικής ομάδας, τα οποία εμπλέκονται άμεσα στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά έχουν την ικανότητα να επιδράσουν στη διαδικασία και την τελική έκβαση, όπως τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας πίσω από τον μονόδρομο καθρέπτη (Pinsof, 1992).

Αυτή η συστημική αντίληψη της ψυχοθεραπείας ως αλληλεπίδρασης του ασθενούς και του θεραπευτικού συστήματος θέτει την ατομική και την οικογενειακή θεραπεία στο ίδιο πεδίο. Για τη συστημική αντίληψη σήμερα η μόνη απαραίτητη διάκριση μεταξύ της ατομικής και της οικογενειακής θεραπείας είναι η τοποθέτηση των ορίων μεταξύ του άμεσου και του έμμεσου υποσυστήματος του ασθενούς. Στην ατομική ψυχοθεραπεία αυτό το όριο έχει τεθεί μεταξύ μελών της οικογένειας του ασθενούς τα οποία άμεσα μετέχουν στη θεραπεία και αυτών τα οποία δεν μετέχουν άμεσα στις θεραπευτικές συνεδρίες. Έτσι θα μπορούσαν η ατομική και η οικογενειακή θεραπεία να μην αποτελούν δύο διαφορετικούς θεραπευτικούς τρόπους, αλλά μάλλον διαφορετικά πλαίσια παρέμβασης και διαφορετικές στρατηγικές οι οποίες διαπραγματεύονται με ειδικά συστήματα ασθενών και διαφορετικά παρόντα προβλήματα (Pinsof, 1992).

Από την πλευρά της συστημικής οπτικής η οικογενειακή θεραπεία ή οποιοσδήποτε άλλος τύπος ψυχοθεραπείας εμπεριέχει την αλληλεπίδραση μεταξύ δύο συστημάτων, του ασθενούς ή πελάτη και του θεραπευτή. Τα δύο αυτά μαζί συνιστούν το θεραπευτικό σύστημα. Το θεραπευτικό σύστημα συντίθεται από όλα τα ανθρώπινα συστήματα τα οποία είναι ή ενδέχεται να είναι εμπλεγμένα στη διατήρηση ή την επίλυση του παρουσιαζόμενου προβλήματος (Pinsof, 1983, 1989). Ως εκ τούτου το θεραπευτικό σύστημα ορίζεται από το παρουσιαζόμενο πρόβλημα και δεν είναι ισοδύναμο κατ'ανάγκην με το οικογενειακό σύστημα. Μπορεί, για παράδειγμα, να είναι μόνο το ζεύγος χωρίς τα παιδιά, αν το πρόβλημα αφορά τις σχέσεις του ζεύγους.

Από την κλινική οπτική γωνία το ίδιο το οικογενειακό σύστημα μπορεί να περιέχει πολλαπλά συστήματα ασθενών. Σε ένα οικογενειακό σύστημα αναγνωρίζονται τόσα συστήματα ασθενών, όσα και τα παρουσιαζόμενα προβλήματα. Για παράδειγμα, μέσα στην ίδια οικογένεια ένα σύστημα ασθενούς μπορεί να αποτελεί η περίπου επτά ετών κόρη με σχολική φοβία και άλλο, διαφορετικό, σύστημα ασθενούς, το ζεύγος, το οποίο πάσχει από έλλειψη συζυγικής ικανοποίησης. Τα δύο συστήματα ασθενών

μπορεί να αλληλεπικαλύπτονται, αλλά δεν είναι ίδια (Pinsof, 1992). Ο θεραπευτής στην πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας θα επιλέξει με ποιο από τα αλληλεπικαλυπτόμενα συστήματα θα εργασθεί πρώτα και με ποιο έπειτα.

Τα κριτήρια, τα οποία λαμβάνονται υπόψη σήμερα, για να καθοριστεί το σύστημα με το οποίο θα ασχοληθούν οι οικογενειακοί θεραπευτές, εισήγαγαν οι Goolishian και Anderson (1988). Η θέση τους ήταν: «σύστημα καθορισμένο από το πρόβλημα», σύμφωνα με την αντίληψή τους κανένα σύστημα, δεν έχει το πρόβλημα ως χαρακτηριστικό της δομής του. Αντίθετα, γύρω από μία συμπεριφορά ή ένα θέμα, το οποίο μπορεί να δημιουργήθηκε τυχαία, αναπτύσσεται ένα κοινωνικό σύστημα το οποίο χαρακτηρίζεται από τις επικοινωνίες οι οποίες σχετίζονται με το πρόβλημα (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008). Τα συστήματα γύρω από ένα πρόβλημα μπορούν να αποτελούνται από πολύ διαφορετικές ενέργειες πολύ διαφορετικών δραστηρίων σε πολλά επίπεδα. Για παράδειγμα, στο σύστημα γύρω από το πρόβλημα «ψύχωση» μπορεί να ανήκει η συμπεριφορά ενός ασθενούς, του γείτονά του, ενός αστυνομικού, ενός οδηγού ασθενοφόρου, διαφόρων συνεργατών της ψυχιατρικής κλινικής, συνυφασμένη με μια θεωρία περί ψυχικής ασθένειας και με τις ενέργειες για μια αναμενόμενη σύνταξη. Σύμφωνα με την αντίληψη του Goolishian τα κριτήρια με τα οποία θα επιλέξει ο θεραπευτής ποιο είναι το σύστημα με το οποίο θα εργασθεί, θα ορισθούν όχι από μια αντίληψη «για γενική εξυγίανση» του όλου συστήματος γύρω από το πρόβλημα, δηλαδή του κοινωνικού συστήματος στο οποίο ανάγεται το πρόβλημα, αλλά για «μία» εξυγίανση αυτών, οι οποίοι εμπλέκονται σε επικοινωνίες γύρω από το πρόβλημα, διότι θεωρούν ότι ένα πρόβλημα έχει επιλυθεί, όταν όλοι ή οι «σημαντικοί» άνθρωποι πιστεύουν ότι έχει επιλυθεί (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008). Ως σημαντικοί ορίζονται άνθρωποι οι οποίοι έχουν σημαντικό ρόλο στα συστήματα.

Το σύστημα γύρω από το πρόβλημα λοιπόν δεν ταυτίζεται με το σύστημα γύρω από τη λύση. Ο θεραπευτής καλεί μέλη του συστήματος με την επισήμανση ότι είναι καλεσμένοι όλοι όσοι πιστεύουν ότι μπορούν να συμβάλουν στην επίλυση των υφισταμένων προβλημάτων. Στο ερώτημα ποια είναι η ιδανική σύνθεση συμμετεχόντων, ώστε να δημιουργηθούν νέες πληροφορίες και νέα ερεθίσματα μπορεί η απάντηση να είναι διαφορετική κατά την εξέλιξη της συνολικής θεραπείας. Μπορεί να είναι χρήσιμο να προσκαλούνται στη θεραπεία κατά καιρούς διαφορετικά πρόσωπα ανάλογα με την κατανόηση της δυναμικής του συστήματος και τις υποθέσεις εργασίας των θεραπευτών. Το αίτημα με το οποίο η οικογένεια

προσέρχεται στο θεραπευτή είναι σημαντικό για την επιλογή του συστήματος με το οποίο θα ασχοληθεί αυτός π.χ. όταν την οικογένεια απασχολεί η νυχτερινή ενούρηση του παιδιού δεν μπορεί ο θεραπευτής να αγνοήσει αυτό το πρόβλημα της οικογένειας και να ασχοληθεί μόνο με προβλήματα του υποσυστήματος ζεύγους. Άλλο κριτήριο είναι η συστημική υπόθεση εργασίας την οποία διαμορφώνει ο θεραπευτής και η οποία θα τον οδηγήσει στην επιλογή του υποσυστήματος με το οποίο αρχικά θα ασχοληθεί. Για παράδειγμα, αν η συστημική υπόθεση εργασίας υποδεικνύει ότι η νυχτερινή ενούρηση είναι μια συμπτωματική συμπεριφορά η οποία στοχεύει στο να κρατά ενωμένους τους γονείς μέσω της ενασχόλησης με το πρόβλημα, ενδεχομένως ο θεραπευτής να εστιάσει στη σχέση του ζεύγους και δευτερευόντως στην προφανή συμπτωματική συμπεριφορά του παιδιού.

Ένα σύστημα δεν είναι υποχρεωτικό να έχει μια σταθερή κατάσταση· ουσιαστικά ο καθορισμός ενός συγκεκριμένου συστήματος είναι κάτι το οποίο επαφίεται στον παρατηρητή. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι οικογενειακοί θεραπευτές επιλέγουν οικογένειες τις οποίες αυτοί ορίζουν ως συστήματα. Για παράδειγμα, ανάλογα με τις πολιτιστικές τους προσλαμβάνουσες ορίζουν ως σύστημα αναφοράς για τη θεραπεία την εκτεταμένη οικογένεια ή την πυρηνική. Επομένως είναι ευθύνη του θεραπευτή να δομήσει ανάλογα το θεραπευτικό πλαίσιο καλώντας σε θεραπεία το ευρύτερο οικογενειακό σύστημα ή την πυρηνική οικογένεια ή μόνο κάποιο υποσύστημα, όταν το κρίνει απαραίτητο. Έτσι, για παράδειγμα, η θεραπεία του ατόμου, παιδιού, εφήβου, αφορά όλη την οικογένεια (Τομαράς, 2001).

Στην ερώτηση πού πρέπει εστιάζεται η θεραπευτική διαδικασία; Η σημερινή κοινά παραδεκτή απάντηση εκ μέρους των συστημικών ψυχοθεραπευτών είναι: όταν ένα άτομο αναγνωρίζει ότι πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή ή όταν οι άλλοι, η οικογένεια ή οι ειδικοί, αντιμετωπίζουν αυτό το άτομο ως πάσχοντα, θα πρέπει το νόημα της διαταραχής και η διατήρηση ή η θεραπεία της να ιδωθούν ως συνδεδεμένα με τη λειτουργία του "σχετίζεσθαι" με τους άλλους. Τότε αποκτά νόημα η εμπλοκή και άλλων ατόμων στη θεραπευτική διαδικασία, αντί να δοθεί η συνήθης γραμμική ψυχολογική απάντηση ότι πρέπει να επικεντρωθεί και να διαπραγματευτεί ατομικά με τον υποδεικνυόμενο ασθενή ο θεραπευτής.

Η κατανόηση της ψυχολογικής πραγματικότητας ως συστημικής εκδήλωσης έχει επιπτώσεις όχι μόνο στο πόσα άτομα και ποια θα εμπλέξει ο θεραπευτής στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και στην επιλογή από τον θεραπευτή θεωριών οι

οποίες λαμβάνουν υπόψη τους και άλλα φαινόμενα εκτός από τις ενδοψυχικές λειτουργίες ή την οργανική υποδομή και λειτουργία του ατόμου.

Η σύγχρονη συστημική ψυχοθεραπεία συμπερασματικά έχει ενσωματώσει τη θεωρία συστημάτων και τις θεωρίες επικοινωνίας καθώς και τις εξελίξεις που συνιστούν η Α΄ Κυβερνητική και η Β΄ Κυβερνητική. Η συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία και ιδιόμορφα η εκδοχή της η οποία παρουσιάστηκε και χρησιμοποιήθηκε στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες οι οποίες μελετήθηκαν σε αυτή τη διατριβή είναι ένα θεραπευτικό μοντέλο το οποίο έχει ενσωματώσει τη θεωρία των συστημάτων και της επικοινωνίας και λειτουργεί θεραπευτικά με τον τρόπο που περιγράφεται σε αυτή την διατριβή, αφορά τη θεραπευτική εμπλοκή, το ρόλο του θεραπευτή και το είδος των θεραπευτικών παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται.

Η θεραπευτική εμπλοκή στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Για να γίνει σαφές η βασική θεραπευτική διαδικασία στην οποία εντάσσονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες αποτελούν μία βασική μεταβλητή, η οποία θα μελετηθεί σε αυτή τη διατριβή. Ακολουθεί η σκιαγράφηση του τρόπου με τον οποίο σήμερα σε γενικές γραμμές λειτουργεί η οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία.. Όπως ειπώθηκε ο βασικός στόχος του οικογενειακού συστημικού ψυχοθεραπευτή είναι η θεραπευτικά αποτελεσματική συμμετοχή του στην εξέλιξη της οικογένειας προς μια αλλαγή Α΄ τάξης αρχικά αλλά κυρίως Β΄ τάξης. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος με τη χρήση της οργανωμένης θεραπευτικής διαδικασίας, η οποία είναι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, ακολουθούνται συγκεκριμένα βήματα, τα οποία είναι κοινά σε όλες τις σχολές συστημικής θεραπείας.

Οι φάσεις της θεραπευτικής εμπλοκής στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Η αναλυτική παρουσίαση των τεσσάρων φάσεων της θεραπευτικής εμπλοκής στη θεραπευτική διαδικασία της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο λειτουργεί η ψυχοθεραπευτική διαδικασία στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Αρχικά ο ψυχοθεραπευτής σχεδιάζει ποιόν θα καλέσει για τις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες, ενώ συγχρόνως αναγνωρίζει και περιγράφει το σύστημα, το οποίο δημιουργήθηκε από το πρόβλημα και επιλέγει το σύστημα το οποίο σχετίζεται με τη

λύση. Στη συνέχεια καλεί τα μέλη του συστήματος το οποίο επιλέχθηκε για τη θεραπευτική συνεργασία.

Αυτά συνήθως είναι: α) ο παραπέμπων, στον οποίο πρέπει να απαντήσει ο θεραπευτής για το πρόβλημα του «πελάτη», γιατί αυτός ενδιαφέρεται περισσότερο για την παραπομπή: Ο παραπέμπων μπορεί να είναι ο γονέας, ο οποίος, για παράδειγμα, αγωνιά για τον έφηβο γιό, ο οποίος κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών β) ο «ενδεικνυόμενος ασθενής», δηλαδή αυτός οποίος θεωρείται από τον παραπέμποντα ως ο έχων το πρόβλημα. γ) Ο κηδεμόνας ή νομικά υπεύθυνος σε περιπτώσεις διαταραχών σε παιδιά· αυτός ταυτίζεται συνήθως με τους γονείς, αλλά μπορεί να είναι κοινωνικός λειτουργός ή άλλος εκπρόσωπος του κράτους, όταν οι γονείς έχουν χάσει την κηδεμονία ή δεν ζουν. δ) Η κύρια υποστηρικτική μορφή· αυτή συνήθως είναι ο γονέας ή κάποιος συγγενής, μπορεί η κύρια υποστηρικτική μορφή να ταυτίζεται με τον κηδεμόνα αλλά μπορεί και όχι.

Εκτός απ' αυτά καλούνται μερικές φορές και άλλοι επαγγελματίες, οι οποίοι εμπλέκονται στη ζωή του ενδεικνυόμενου ασθενή π.χ. αν ο ενδεικνυόμενος ασθενής είναι παιδί, καλούνται κάποια μέλη του εκπαιδευτικού προσωπικού, ή αν είναι ενήλικας ψυχιατρικός πάσχων, ο γιατρός ο οποίος τον παρακολουθεί. Επί πλέον, εντοπίζονται και καλούνται και οι λεγόμενοι «προωθητές αλλαγής», δηλαδή οποιοσδήποτε από την οικογένεια ή το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας προώθησης αλλαγής ή να συνεισφέρει στην επίλυση του παρόντος προβλήματος, αλλά και οι «αναστολείς αλλαγής», δηλαδή οποιοσδήποτε από την οικογένεια ή το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας αναστολής της αλλαγής ή να συνεισφέρει στη διατήρηση του παρόντος προβλήματος (Carr, 2000).

Η δεύτερη φάση, η οποία είναι η διάγνωση. Η διάγνωση πρέπει να γίνεται από μια θέση «περιέργειας» με σεβασμό στην οικογένεια, την οποία ο θεραπευτής διαρκώς διερευνά, για να ανασύρει νέες πληροφορίες για το πρόβλημα και πιθανές λύσεις και την καλεί να αντιληφθεί τις δυσκολίες της από διαφορετικές οπτικές γωνίες (Cecchin, 1987). Περιλαμβάνει τρία βήματα: α) την εμπλοκή, β) την εγκαθίδρυση συμβολαίου για τη διαγνωστική συνεργασία και την γ) οικοδόμηση θεραπευτικής συμμαχίας. Μέρος της διάγνωσης πραγματοποιείται σε κάθε συνεδρία της θεραπείας.

α) Η εμπλοκή αφορά την πραγματική συμμετοχή του συστήματος το οποίο κλήθηκε για θεραπεία. β) Η εγκαθίδρυση συμβολαίου σχετίζεται με : τη διατύπωση

από τον θεραπευτή και τους πελάτες των αμοιβαίων προσδοκιών τους, τη διατύπωση μιας αρχικής συμφωνίας για συνεργασία, τη διευκρίνιση από τον θεραπευτή όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί αυτή η θεραπεία, τα στοιχεία των θεραπειών, τον χρόνο, τον τρόπο, των συνεδριών, τον τρόπο αμοιβής, την καταγραφή ή όχι της συνεδρίας.

Εκτός από την εγκαθίδρυση του συμβολαίου, μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας είναι η διερεύνηση του παρόντος προβλήματος, των προηγούμενων προσπαθειών για επίλυσή του και των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων καθώς και η γενογραμματική αυτοαναφορά από κάθε μέλος του συστήματος. Η διαδικασία κατασκευής του γενογράμματος μπορεί να ενσωματωθεί σε κάποια από τις αρχικές αν όχι στην αρχική συνεδρία (Carr, 2000).

γ) Η οικοδόμηση ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας είναι ουσιώδης προϋπόθεση για αξιόπιστη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία (Reimers & Treacer, 1995).

Για να αναπτυχθεί, χρειάζεται από την πλευρά του θεραπευτή θερμή, ενσυναίσθηση και ειλικρίνεια στον τρόπο που επικοινωνεί (Sprenkle *et al.*, 1999). Ο θεραπευτής πρέπει να σχηματίζει μια συνεργατική σχέση, στην οποία τα μέλη της οικογένειας θεωρούνται ειδικοί σε συγκεκριμένα θέματα της οικογένειάς τους και ο θεραπευτής θεωρείται ειδικός σε επιστημονικές και κλινικές πληροφορίες σχετικά με την ανάπτυξη της οικογένειας και τη γενική τάξη των προβλημάτων, της οποίας το παρόν πρόβλημα της οικογένειας αποτελεί έναν κλάδο (Carr, 2000). Σημαντική για τη διατήρηση της θεραπευτικής συμμαχίας είναι η ικανότητα του θεραπευτή να συντονίζεται με την ετοιμότητα των πελατών, της οικογένειας. Όταν δεν επιτυγχάνεται αυτό, διακυβεύεται η θεραπευτική συμμαχία (Prochaska, 1999).

Η τρίτη φάση της θεραπευτικής εμπλοκής είναι η θεραπεία. Σε αυτήν τη φάση τρία θέματα είναι υπό διαπραγμάτευση: α) η στοχοθέτηση της ψυχοθεραπείας και η σύναψη θεραπευτικού πλέον συμβολαίου και όχι απλώς διαγνωστικού, όπως στην πρώτη φάση· β) η συμμετοχή στη θεραπεία και γ) η διαχείριση της αντίστασης.

α) Η διαδικασία σύναψης θεραπευτικού συμβολαίου περιέχει τη θέση ξεκάθαρων, ακριβώς καθορισμένων και ρεαλιστικών στόχων και την κατάστρωση ενός θεραπευτικού σχεδίου, το οποίο να βασίζεται στα αποτελέσματα της διαγνωστικής εργασίας η οποία έχει προηγηθεί. Οι στόχοι πρέπει να είναι πλήρως αποδεκτοί από όλα τα μέλη της οικογένειας· αυτό είναι κομβικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Carr, 2000). Τη σπουδαιότητα της στοχοθεσίας για την έκβαση του ψυχοθεραπευτικού εγχειρήματος υπογραμμίζει μία θεραπευτική

οδηγία την οποία έδιναν οι θεραπευτές της σχολής της βραχείας συστημικής ψυχοθεραπείας: Η ομάδα του MIR ζητούσε από τους πελάτες να ορίσουν έναν ελάχιστο αριθμό αλλαγών ως θεραπευτικό στόχο, διότι ενόμιζαν ότι αυτές οι μικρές αλλαγές προκαλούν ένα αποτέλεσμα που είναι αντιληπτό όπως το αποτέλεσμα μιας χιονόμπαλας, η οποία μικρή κατά την εκκίνηση της μπορεί να εξελιχθεί σε ισχυρή χιονοστιβάδα. Κατ'αυτό τον τρόπο οι θετικές αλλαγές μπορούν να αυτοενισχύονται και να επεκτείνονται χωρίς περαιτέρω θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η θέσπιση στόχων απαιτεί χρόνο και υπομονή. Είναι όμως απαραίτητη η διαπραγμάτευση, διότι διαφορετικά μέλη της οικογένειας μπορεί να έχουν διαφορετικές προτεραιότητες κατά τη στοχοθεσία.

β) Η συμμετοχή στη θεραπεία περιλαμβάνει παρεμβάσεις οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

1. παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στην τροποποίηση των διαγενεϊκών αλληλεπιδραστικών σχημάτων διατήρησης συμπεριφοράς,
2. παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στην ανάπτυξη νέων αφηγήσεων και συστημάτων πεποιθήσεων τα οποία διανοίγουν δυνατότητες για επίλυση προβλημάτων,
3. παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στην τροποποίηση της επίδρασης προδιαθεσικών ή γενετικών παραγόντων οι οποίοι ενοχοποιούνται για την εκδήλωση σε κάποιο μέλος της οικογένειας σωματικής αναπηρίας ή μαθησιακών δυσκολιών,
4. παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στην τροποποίηση της επίδρασης παραγόντων σχετιζόμενων με την ιστορία των μελών της οικογένειας, (όπως διαζύγια, κακοποίηση, παραμέληση, γονική εγκληματικότητα κλπ), αλλά και παραγόντων σχετιζόμενων με το πλαίσιο, όπως φάση του κύκλου ζωής, θάνατος μέλους της οικογένειας, απώλεια εργασίας, αλλαγή τόπου κατοικίας, οργανική ασθένεια κλπ ,
5. τέλος παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν να κινητοποιήσουν παράγοντες προστατευτικούς ή ενισχυτικούς της οικογενειακής ισχύος.

Για να πραγματοποιήσει ο θεραπευτής τη θεραπευτική παρέμβαση, πρέπει πρώτα να έχει διαμορφώσει θεραπευτικές υποθέσεις, τις οποίες μέσα στη συνεδρία θα επιβεβαιώσει ή θα απορρίψει βάσει των πληροφοριών οι οποίες προκύπτουν κατά τη χρονική εξέλιξη της συνεδρίας.

Η Peggy Pap (Boscolo *et al.*, 1987) θεωρεί ότι η μέθοδος διεξαγωγής της θεραπευτικής συνεδρίας θα αρθρωθεί σε δύο φάσεις, οι οποίες στοχεύουν, η πρώτη στον εντοπισμό των συστημικών υποθέσεων οι οποίες αφορούν τον οικογενειακό

πυρήνα και η δεύτερη στην εισαγωγή αυτών των υποθέσεων στο σύστημα, εννοούμενων ως νέων δομών νοήματος, κατανόησης και επεξήγησης. Η δημιουργία υποθέσεων είναι η πρώτη πράξη κάθε ψυχοθεραπείας και κομβικό σημείο στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία (Boscolo *et al.*, 1987), η προϋπόθεση για κάθε θεραπευτική παρέμβαση. Πρόκειται για μια διαρκή διαδικασία, η οποία εξελίσσεται παράλληλα με την εξέλιξη της θεραπευτικής συνεδρίας (Boscolo *et al.*, 1987; Lund, Zimmerman, & Haddock, 2002). Υπόθεση είναι μια προσωρινή εικασία γι' αυτό το οποίο συμβαίνει, η οποία στην πορεία θα αναθεωρηθεί (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008).

Στη συστημική ψυχοθεραπεία η αξία των υποθέσεων προσμετράται με βάση τη χρησιμότητά τους. Κριτήρια χρησιμότητας των υποθέσεων είναι κατ' αρχήν, αν βοηθούν, να ταξινομηθεί το πλήθος των πληροφοριών της συνεδρίας, σε χρήσιμες και άχρηστες, κατασκευάζοντας στον νου του θεραπευτή μια γνωστική τάξη στην συνέχεια αν επινοούν έναν νέο τρόπο θέασης και νέες δυνατότητες αρχικά για τον θεραπευτή και ακολούθως για την οικογένεια, (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008). Η συστημική υπόθεση έχει αυξημένη χρησιμότητα, όταν συνδέει όλο το οικογενειακό σύστημα με όλα τα ευρύτερα πλαίσια στα οποία κινείται η οικογένεια και τη συμπεριφορά κάθε μέλους με τη συμπεριφορά των υπόλοιπων μελών καθώς και με τη συμπτωματική συμπεριφορά του ενδεικνυόμενου ασθενούς.

γ) Σε αυτήν τη φάση γίνεται και η διαχείριση της αντίστασης στη θεραπεία, η οποία εκδηλώνεται ως αντιφατική συμπεριφορά της οικογένειας η οποία επιζητά επαγγελματική βοήθεια για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να διαχειριστεί τις δυσκολίες της και ταυτόχρονα δεν ακολουθεί τις προτάσεις δράσης οι οποίες δίνονται από τους θεραπευτές (Carr, 2000).

Μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας είναι η αποδέσμευση ή επανασύναψη θεραπευτικού συμβολαίου. Τα σημαντικότερα καθήκοντα είναι η μείωση της συχνότητας των συνεδριών, η βοήθεια προς την οικογένεια, ώστε να κατανοήσει τη διαδικασία αλλαγής, η διευκόλυνση της ανάπτυξης σχεδίων αντιμετώπισης υποτροπών και τέλος ο χαρακτηρισμός του αποχωρισμού από τη θεραπεία ως η ολοκλήρωση ενός επεισοδίου σε μια διαρκή σχέση και όχι ως το τέλος μιας σχέσης (Carr, 2000).

Η θεραπευτική εμπλοκή έχει τρεις φάσεις. Αυτές οι φάσεις είναι: η συγκρότηση του συστήματος θεραπευτής –θεραπευόμενος, η διάγνωση του προβλήματος, η σύναψη θεραπευτικού συμβολαίου και η υλοποίηση του και στην συνέχεια η αποδέσμευση

από τη θεραπεία ή εναλλακτικά η σύναψη νέου θεραπευτικού συμβολαίου. Σε κάθε φάση οι θεραπευτικές απαιτήσεις είναι διαφορετικές και απαιτούνται ειδικές θεραπευτικές δεξιότητες εκ μέρους των θεραπειών.

Ο ρόλος του θεραπευτή στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία

Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή είναι σημαντικός στο όλο εγχείρημα της συστημικής ψυχοθεραπείας, διότι σε αυτόν τον τύπο ψυχοθεραπείας δεν μπορεί ποτέ να αντικατασταθεί από εγχειρίδια αυτοθεραπείας ή κάτι άλλο. Στη συστημική ψυχοθεραπεία το θεραπευτικό σύστημα αποτελείται πάντοτε από δύο υποσυστήματα, του θεραπευτή και των θεραπευόμενων, οι οποίοι βρίσκονται σε συνεχή θεραπευτικό διάλογο.

Ο θεραπευτής επιδρά στο σύστημα είτε το θέλει είτε όχι, δεν διδάσκει ούτε εξηγεί ούτε βρίσκεται σε αγώνα με το σύστημα για να το αλλάξει· εκμεταλλεύεται απλώς τις διαθέσιμες δυνάμεις, ώστε το σύστημα να βρει τη νέα θέση, στην οποία θα ισορροπήσει. Αυτή η νέα θέση ισορροπίας δεν είναι κάποιος ιδεατός σκοπός, έστω υπαγορευόμενος από τη θεωρία του θεραπευτή για το ορθό ή το υγιές, αλλά μία πραγματιστική οπτική για το σημείο ή την κατάσταση στην οποία το σύστημα θέλει να ισορροπήσει (Campbell, Draper, & Crutchley, 1991 Russell, 2004). Όπως αναφέρει ο G. Cechin (Boscolo *et al.*, 1987), οι οικογένειες προσέρχονται στη θεραπεία με μία εξήγηση για την κατάστασή τους ή τη ζωή τους και οι θεραπευτές οφείλουν να τους προσφέρουν περισσότερες εξηγήσεις και διαφορετικές σε διαφορετικές χρονικές φάσεις της εξέλιξης τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Boscolo *et al.*, 1987).

Στη θεραπευτική διαδικασία υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος να γίνει ο θεραπευτής μέρος της συνοχής του συστήματος· να εκμηδενιστεί η εξουσία του, ώστε να μην είναι σε θέση να εισάγει νέες πληροφορίες στο σύστημα. Στην περίπτωση αυτή δρα προς την κατεύθυνση της ανατροπής της ομοιόστασης και δεν συνεισφέρει στη δημιουργία από την οικογένεια μιας διαφορετικής ομοιοστατικής ισορροπίας, δηλαδή μιας αλλαγής Β΄ τάξης. Κινδυνεύει να μετατραπεί άθελά του ο θεραπευτής σε ομοιοστάτη, παράγοντα αλλαγής Α΄ τάξης και ουσιαστικά συντηρητή της ομοιόστασης, η οποία παράγει δυσλειτουργία. Έτσι μπορεί άθελά του ο θεραπευτής να εμποδίζει την ουσιαστική θεραπευτική αλλαγή. Ο θεραπευτής μέσα στο σύστημα δεν γίνεται αντιληπτός ως κάτι απ' έξω, χωριστό και αυτόνομο, αλλά

είναι ταυτόχρονα συμμετέχων και παρατηρητής (Campbell *et al.*, 1991; Russell, 2004). Και αυτή η διαπίστωση θέτει το θέμα της ουδετερότητας του θεραπευτή.

Το θέμα αυτό έχει απασχολήσει τη συστημική σκέψη. Η επίτευξη της ουδετερότητάς του θεραπευτή συνδέεται κυρίως με την αποφυγή του να λειτουργήσει ο θεραπευτής ως ομοιοστάτης και να αποτρέψει την επιδιωκόμενη αλλαγή. Συγχρόνως, συνδέεται και με την επίτευξη της απαραίτητης θεραπευτικής συμμαχίας με την οικογένεια. Στο χώρο της συστημικής σκέψης ουδετερότητα δεν σημαίνει η έλλειψη προσωπικής γνώμης και μια ψυχρή αποστασιοποίηση. Το χαρακτηριστικό της ουδετερότητας είναι η ικανότητα να συμμερίζεται κάποιος της οικογένειας εξίσου, η ικανότητα να αναγνωρίζει τα επιτεύγματα κάθε μέλους της οικογένειας και να μπορεί να ταυτίζεται και με τις δύο πλευρές των αμφιθυμικών σχέσεων (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008). Ουδετερότητα έχει ο θεραπευτής, όταν στο τέλος μιας συνεδρίας αν ερωτηθούν τα μέλη της οικογένειας, δεν έχουν σαφή εικόνα με τίνοος το μέρος ήταν ο θεραπευτής περισσότερο, ποια ήταν η άποψή του για το πρόβλημα και ποιες από τις ιδέες προτιμούσε.

Ο θεραπευτής θεωρείται μία παράμετρος εξέλιξης (Campbell *et al.*, 1991). Για να είναι παράγοντας εν δυνάμει αλλαγής ο θεραπευτής μέσα στο θεραπευτικό σύστημα, πρέπει να τροποποιεί τη συμπεριφορά του, να αναγνωρίζει στη δυναμική του συστήματος τις συνέπειες των πράξεών του καθώς και των πράξεων των άλλων. Η τροποποίηση της συμπεριφοράς του θεραπευτή, αντιστοιχεί σε ό,τι παραδοσιακά ονομάζεται θεραπευτική παρέμβαση, η ικανότητά του να αναγνωρίζει τα αποτελέσματα αντιστοιχεί σε ό,τι ονομάζεται διάγνωση (Campbell *et al.*, 1991). Συνοπτικά, ο θεραπευτής είναι παράγοντας ο οποίος έχει σημαντικό ρόλο στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία. Ο τρόπος με τον οποίο θέτει εαυτόν στη θεραπευτική διαδικασία είναι ένα θέμα με το οποίο οι συστημικοί θεραπευτές ασχολούνται συστηματικά.

Η θεωρία των συστημάτων έχει και πτυχές οι οποίες δεν έχουν ακόμα βρει πρακτική εφαρμογή στη συστημική ψυχοθεραπεία, αλλά είναι αξιοσημείωτες και γι' αυτό ακολούθως θα γίνει μια σύντομη αναφορά σε αυτές.

Η Θεωρία Συστημάτων

Η θεωρία των συστημάτων δεν αποτελεί μόνο μια θεωρία, όπως έχει παρουσιασθεί μέχρι αυτό το σημείο, αλλά μία θεωρία η οποία αναφέρεται άλλα γνωστικά αντικείμενα, όπως η φυσική, τα μαθηματικά, η βιολογία, η ανθρωπολογία.

Για παράδειγμα, οι αρχές των συστημάτων αρχικά αναγνωρίστηκαν και μελετήθηκαν στην κυβερνητική και τη θεωρία των «σκληρών» μηχανικών, ηλεκτρικών και ηλεκτρονικών συστημάτων και αργότερα στην κυβερνητική θεωρία «μαλακών», δηλαδή έμβιων συστημάτων.

Ο Αμερικανός μαθηματικός Wiener (1948) με τη μελέτη του για τη συμπεριφορά των βλημάτων των αντιαεροπορικών πυροβόλων κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου πολέμου εισήγαγε τις έννοιες της κυβερνητικής και της ανάδρασης για τα τεχνικά συστήματα. (Simon *et al.*, 1985).

Η θεωρία των πληροφοριών, στο πεδίο της κυβερνητικής θεωρίας, μελέτησε με μαθηματικές μεθόδους τη μορφή μετάδοσης και αποθήκευσης της πληροφορίας. Τη θεωρία πληροφοριών στη σύγχρονη μορφή της επεξεργάστηκαν και διατύπωσαν οι Shannon & Weaver (1949).

Η θεωρία παιγνίων αποτελεί άλλο τομέα της κυβερνητικής θεωρίας. Δεν σχετίζεται με την επεξεργασία της πληροφορίας, αλλά αφορά συγκρουσιακές καταστάσεις σε στρατηγικά παιχνίδια, και έχει εφαρμογή στην ανάλυση διαπροσωπικών συγκρούσεων (Simon, *et al.*, 1985).

Παράλληλα βιολόγος von Bertalanffy (1950) προσπάθησε να καταρτίσει μια «γενική θεωρία των συστημάτων». Αποπειράθηκε να μελετήσει συνολικά τις επιστήμες οι οποίες γενικά προσφέρονται για την ανάπτυξη συστημάτων χωρίς να ενδιαφερθεί για το αν τα συστήματα είναι φυσικά, βιολογικά ή κοινωνικά (Winkin, 1981).

Αλλά και ο βιολόγος Hardin (1966) μελέτησε, στα έμβια συστήματα, την ίδια διαδικασία της ανάδρασης την οποία μελετούσε ο Wiener στα «σκληρά», μηχανικά συστήματα.

Η γενική θεωρία των συστημάτων και η κυβερνητική συνδυάστηκαν σταδιακά, για να προκύψει αυτό το οποίο σήμερα αποκαλείται «συστημική σκέψη».

Τη συστημική θεωρία επηρέασε επίσης και η θεωρία του χάους, μια μαθηματική θεωρία, η οποία λαμβάνει υπόψη την άτακτη, χαοτική συμπεριφορά των συστημάτων (Simon *et al.*, 1985). Σύμφωνα με τη θεωρία του χάους ένα σύστημα

μπορεί να βρεθεί σε αταξία δηλαδή σε ανισορροπία και να χάνει τη σταθερότητά του. Όταν βρεθεί σε αταξία ή κρίση, το σύστημα έχει την τάση να αυτοργανώνεται. Αυτό το επιτυγχάνει δημιουργώντας νέες δομές. Η θεωρία του χάους έχει ιδιαίτερη σημασία για την οικογενειακή ψυχοθεραπεία, ειδικότερα στο ζήτημα της θεραπευτικής αλλαγής, αφού μπορεί να εξηγήσει με ποιο τρόπο μικρές διαφορές, οι οποίες προκαλούνται από την εισαγωγή πληροφοριών στη συνεδρία, μπορούν να προκαλέσουν σημαντικές διαφορές και θεραπευτική αλλαγή.

Η θεραπευτικές παρεμβάσεις στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Παρακάτω θα παρουσιάσουμε τις πλέον χαρακτηριστικές για τη συστημική ψυχοθεραπεία θεραπευτικές παρεμβάσεις. Πρέπει όμως να διευκρινιστεί ότι είναι δυνατόν ένας συστημικός θεραπευτής να χρησιμοποιεί και παρεμβάσεις οι οποίες συναντιούνται και σε θεραπευτικές προσεγγίσεις άλλου επιστημολογικού υποδείγματος.

Κατά έναν ορισμό, θεραπευτική παρέμβαση είναι ο τρόπος με τον οποίο ο θεραπευτής διαθέτει τον εαυτό του και το θεραπευτικό πλαίσιο, για να δράσει στη θεραπευτική διαδικασία (Guttman, 1991).

Κάθε ενέργεια του θεραπευτή αποτελεί παρέμβαση (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008). Μερικές τέτοιες, παρεμβάσεις μπορεί να είναι τα καθήκοντα τα οποία ανατίθενται στους θεραπευόμενους (tasks), οι αναθέσεις εργασιών για το σπίτι, οι απευθείας αλληλεπιδράσεις ή η χρήση μεταφορών ή ανέκδοτων ιστοριών ή η υπογράμμιση μιας απάντησης του θεραπευτή σε ένα σχόλιο, μια αλλαγμένη συμπεριφοράς από την πλευρά του θεραπευόμενου, όταν η υπογράμμιση έγινε, για να εισαγάγει αλλαγή στις πεποιθήσεις, απόψεις, συναισθήματα, συμπεριφορές κάποιου μέλους της οικογένειας. Οι παρεμβάσεις συχνά ανακεφαλαιώνουν τη συνεδρία, εντοπίζουν το κεντρικό θέμα το οποίο ο θεραπευόμενος ή η οικογένεια έθεσαν στη συνεδρία και εισάγουν καθήκον (task) για την οικογένεια (Wayne, 1989).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις ενίοτε αποκτούν ένα χαρακτήρα περισσότερο εργαλειακό και τότε αναγνωρίζονται ως τεχνικές θεραπευτικής παρέμβασης. Οι τεχνικές είναι παρεμβάσεις επαναλαμβανόμενες σταθερά με στερεότυπο συγκεκριμένο τρόπο και είναι τυποποιημένες σε δομή και περιεχόμενο.

Επισημαίνεται ότι η χρήση των θεραπευτικών τεχνικών είναι ένα μέρος του συστημικού τρόπου θεραπείας. Αυτό το μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, θα μελετηθεί ιδιαίτερα σε αυτή τη διατριβή, καθώς κάποιες από τις μεταβλητές οι οποίες θα ερευνηθούν είναι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία.

Υπάρχουν αρκετές διαφορετικές απόψεις στη συστημική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, οι οποίες δημιουργούν τη διαφορετικότητα των σχολών συστημικής οικογενειακής θεραπείας (Guttman, 1991). Όμως, παρά τις διαφορές των διαφόρων συστημικών σχολών (Madanes & Haley, 1977), υπάρχουν κοινές θεωρητικές έννοιες, οι οποίες ορίζουν αυτό το οποίο αναγνωρίζεται ως συστημική θεραπευτική παρέμβαση και αυτό είναι το σημαντικό.

Ο συστημικός θεραπευτής παρεμβαίνοντας στο δυναμικό πεδίο της οικογένειας πρέπει να είναι σε θέση να προκαλεί ή να μεγεθύνει μία αποσταθεροποίηση, ώστε να δώσει στο σύστημα την ευκαιρία για μία άλλου τύπου αναδιοργάνωση ή, πιο άμεσα να εμποδίσει την οικογένεια να πορευτεί με τον συνήθη της τρόπο. Γι' αυτόν τον σκοπό είναι απαραίτητη η διάρκεια, η σταθερότητα και η επαναληπτικότητα της παρέμβασης, ώστε να προκληθεί η αλλαγή (Campbell *et al.*, 1991).

Η οργάνωση της θεραπευτικής διαδικασίας αποτελεί από μόνη της μια θεραπευτική παρέμβαση, διότι ο τρόπος οργάνωσης της θεραπείας συνιστά μια δομή η οποία αφορά τον χρόνο, τη συχνότητα συνεδριών και τη διάρκεια των συνεδριών. Αλλά αφορά και στοιχεία του συστήματος, όπως οι συμμετέχοντες στις συνεδρίες. Αυτή η δομή με τα ανωτέρω χαρακτηριστικά, εισάγει αυτά (σταθερότητα, οριοθέτηση χρόνου και επαναληπτικότητα) στην οικογένεια ως πληροφορία, ως χαρακτηριστικά τρόπου επικοινωνίας, ζωής, και μια τέτοια εισαγωγή πληροφορίας είναι παρέμβαση η οποία μπορεί να επιδρά ιδιαίτερα σε οικογένειες οι οποίες στερούνται τέτοια χαρακτηριστικά στη συνήθη επικοινωνία τους.

Όμως στη συστημική ψυχοθεραπεία οι καθοριστικές διεργασίες δεν περιορίζονται στο χρονικό διάστημα της συνεδρίας, αλλά επεκτείνονται και στο χρονικό διάστημα μεταξύ των συνεδριών.

Αυτός είναι ένας λόγος για τον οποίο οι συστημικοί θεραπευτές δεν δίνουν ιδιαίτερη σημασία στο βαθμό βιωματικής εμπλοκής των θεραπευομένων και δεν εμβαθύνουν περαιτέρω στο εκφραζόμενο κατά τη συνεδρία βίωμα του ασθενούς.

Πράγματι ο θεραπευτής δεν στοχεύει στην επεξεργασία μέσα στη συνεδρία αλλά στην παρακίνηση. Η παρακίνηση πιθανόν θα πυροδοτήσει διεργασίες οι οποίες σχετίζονται με τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, η εμβάθυνση από ένα γεγονός σε ένα βίωμα το οποίο συνδέεται με ένα γεγονός και η επαφή με βαθύτερα ή εντονότερα συναισθήματα τα οποία συνδέονται με αυτό είναι δυνατόν να συμβούν όχι αναγκαστικά μέσα στη συνεδρία αλλά μετά από αυτήν και ως αποτέλεσμα της διαδικασίας η οποία πυροδοτήθηκε μέσα στη συνεδρία.

Σύμφωνα με τον Bateson (1972) ενδέχεται ενδοσυνεδριακά μια πληροφορία να αναδείξει τη σημαντική διαφορά στη μέχρι τώρα αυτοαναφορική αφήγηση του συστήματος, στην εικόνα την οποία κατασκευάζουν τα μέλη του συστήματος για τον εαυτό τους και τους άλλους. Αν αυτή η διαφορά είναι σημαντική, στη συνέχεια θα εκφραστεί και με έναν αλλαγμένο τρόπο επικοινωνίας.

Όπως δύο άτομα δεν αντιδρούν απαραίτητως με τον ίδιο τρόπο σε ό,τι συμβαίνει στη θεραπεία, έτσι και τα μεμονωμένα άτομα θα αντιδράσουν αμοιβαία μετά τη συνεδρία με διαφορετικό και νέο τρόπο. Ο ένας επικοινωνεί με τον άλλο διαφορετικά από τον συνηθισμένο τρόπο, ο άλλος με τη σειρά του δέχεται αυτό το νέο ερέθισμα και αντιδρά σε αυτό διαφορετικά. Μέσα από αυτά τα νέα κυκλώματα αναδράσεων, αυτή τη «δίνη αναδράσεων», μπορεί να εγκατασταθεί στο σύστημα ένας νέος τρόπος συμπεριφοράς και οι κανόνες των διαδράσεων αλλάζουν.

Όμως η αλλαγή η οποία μόλις επήλθε χρειάζεται χρόνο, για να εξαπλωθεί στο σύστημα. Γι' αυτό είναι χρήσιμο να δίνεται χρόνος για αφομοίωση των νέων πληροφοριών από το σύστημα, ώστε να δοθεί η ευκαιρία στις πληροφορίες οι οποίες προκαλούν αλλαγή να διεισδύσουν στο σύστημα. Στην οργάνωση της θεραπείας αυτό σημαίνει ότι πρέπει να αφήνεται ικανός χρόνος μεταξύ των διαδοχικών θεραπευτικών συνεδριών. Μόνο με την πάροδο κάποιου χρονικού διαστήματος μπορεί ο θεραπευτής να διακρίνει αν όντως αναπτύχθηκαν νέα σχήματα ή αν το σύστημα αφομοίωσε τις πληροφορίες, τις ωθήσεις για αλλαγή, αναδιατάσσοντας τη δομή και λειτουργία του σε μια νέα ισορροπία την ομοιοστατική, επειδή στη συστημική ψυχοθεραπεία οι καθοριστικές διεργασίες συμβαίνουν κυρίως στο χρονικό διάστημα μεταξύ των συνεδριών. Γι' αυτό, ο γενικός κανόνας επιτάσσει οι συνεδρίες να είναι σχετικά συχνότερες, όταν υπάρχει ισχυρή τάση στο σύστημα για αλλαγή, και αραιότερες όταν η τάση είναι λιγότερο ισχυρή (Schlippe & Schweitzer, 2007/8). Η ρύθμιση της χρονικής συχνότητας των συνεδριών είναι μια θεραπευτική παρέμβαση. Όταν οι συνεδρίες απέχουν μεταξύ τους αρκετά, τονίζεται η αυτονομία

του συμβουλευόμενου συστήματος. Η θεραπευτική σχέση ορίζεται λιγότερο ως υποβοήθημα και περισσότερο ως ερέθισμα και πηγή ώθησης στο πλαίσιο μιας συνεργασίας μεταξύ ενηλίκων.

Τα είδη των θεραπευτικών παρεμβάσεων

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορούν να ταξινομηθούν σε άξονες. Τον άξονα των παρεμβάσεων οι οποίες αφορούν στα διαγενεολογικά σχήματα διατήρησης δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, τον άξονα παρεμβάσεων στα συστήματα πεποιθήσεων και τον άξονα παρεμβάσεων στο κοινωνικό πλαίσιο, στους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την ιστορία των μελών και στους προδιαθεσικούς παράγοντες. Οι παρεμβάσεις οι οποίες αναφέρονται στον κάθε άξονα πραγματοποιούνται με κάποιες τεχνικές οι οποίες παρουσιάζονται στην συνέχεια αναλυτικά.

Σ' αυτό το σημείο είναι χρήσιμο να γίνει σύντομη αναφορά σε κάποια γενικά κριτήρια με τα οποία οι συστημικοί θεραπευτές επιλέγουν το είδος της παρέμβασης την οποία χρησιμοποιούν και στην συνέχεια να παρουσιασθούν οι παρεμβάσεις και το ψυχοθεραπευτικό ή θεωρητικό υπόβαθρο επιλογής κάθε συγκεκριμένης παρέμβασης.

Η επιλογή των παρεμβάσεων κρίνεται από:

1. την αποτελεσματικότητά τους για τον τύπο προβλήματος.
2. την ετοιμότητα της οικογένειας για αλλαγή.
3. την συνάφειά τους με τους κανόνες, τους ρόλους, τα συστήματα πεποιθήσεων και το πολιτιστικό επίπεδο, της οικογένειας.
4. τη σχετική άνεση την οποία αφήνουν στην οικογένεια για καλύτερη χρήση της ισχύος και εκδήλωση της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων και του αυτοϊαματικού δυναμικού της (Carr, 2000).

Όσον αφορά τον στόχο των παρεμβάσεων, αυτός είναι κυρίως η επέμβαση στο σύστημα πεποιθήσεων, στο πλαίσιο, στη δομή του συστήματος και στα διαγενεϊκά σχήματα αλληλεπιδραστικής συμπεριφοράς.

Ως προς τον τρόπο υπάρχουν παρεμβάσεις οι οποίες πραγματοποιούνται και αναπτύσσονται εξολοκλήρου ενδοσυνεδριακά και παρεμβάσεις οι οποίες πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, για να λειτουργήσουν όμως και να εφαρμοσθούν από τα μέλη της οικογένειας εξωσυνεδριακά, δηλαδή στο χρονικό

διάστημα το οποίο μεσολαβεί από το τέλος της συνεδρίας μέχρι την επόμενη συνεδρία. Οι παρεμβάσεις οι οποίες αναπτύσσονται εξολοκλήρου ενδοσυνεδριακά απασχόλησαν αυτήν την έρευνα ιδιαίτερα, επειδή αποτελούν μία από τις μεταβλητές οι οποίες διερευνήθηκαν και θα αναπτυχθούν αναλυτικότερα σε άλλο σημείο της μελέτης.

Οι εξωσυνεδριακές παρεμβάσεις

Οι εξωσυνεδριακές παρεμβάσεις των συστημικών θεραπειών διακρίνονται σε παρεμβάσεις τις οποίες πραγματοποιούν και άλλης προσέγγισης οικογενειακοί θεραπευτές και σε παρεμβάσεις οι οποίες είναι χαρακτηριστικές της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας. Και οι δύο δεν θα απασχολήσουν αυτή την μελέτη. Όμως είναι χρήσιμο να γίνει μία σύντομη αναφορά σε αυτές και να αναφερθούν ενδεικτικά μερικές από τις σημαντικότερες και συχνότερα χρησιμοποιούμενες παρεμβάσεις. Τέτοιες παρεμβάσεις είναι:

1. Η καταγραφή του συμπτώματος.

Γι' αρκετά προβλήματα ή συμπτώματα είναι χρήσιμο να καλείται ο πελάτης να καταγράφει συστηματικά πληροφορίες σχετικά με αυτά και τις συγκυρίες οι οποίες σχετίζονται με την εμφάνιση τους. Στόχος αυτής της παρέμβασης είναι η συλλογή πληροφοριών, ώστε να σχηματίσει ο ασθενής και ο θεραπευτής όσο το δυνατόν πληρέστερη εικόνα του προβλήματος ή συμπτώματος και των συνδέσεών του με αιτιοπροσδιοριστικούς παράγοντες, γεγονότα, αλλά και συμπεριφορές άλλων μελών του συστήματος. Καταγράφεται η ένταση, η συχνότητα, η διάρκεια και άλλα χαρακτηριστικά του προβλήματος ή του συμπτώματος. Επίσης με συστηματικό τρόπο γίνεται η καταγραφή του βαθμού στον οποίο τα μέλη της οικογένειας επιτελούν τα θεραπευτικά καθήκοντα τα οποία τους έχουν αναρτηθεί από τον θεραπευτή. Επίσης γίνεται καταγραφή των ενδοψυχικών ή διαπροσωπικών συμβάντων τα οποία αναγνωρίζονται πριν από την εμφάνιση ή κατά τη διάρκειά της ή μετά την εμφάνιση του συμπτώματος.

Η πληροφορία από την καταγραφή μπορεί να αναπαρίσταται σε σχεδιαγράμματα και να καλείται η οικογένεια να διατυπώσει υποθέσεις για αιτίες πιθανής αλλαγής η οποία παρατηρήθηκε στο πρόβλημα ή το σύμπτωμα. Όταν οι καταγραφές υποδεικνύουν ότι συγκεκριμένοι παράγοντες είναι συνδεδεμένοι με ορισμένα προβλήματα, αναζητούνται τρόποι απάλειψης των προβλημάτων αυτών (Carr, 2000).

2. Διαβαθμισμένες προκλήσεις.

Σε περιπτώσεις στις οποίες ο φόβος και το άγχος οδηγούν τους πελάτες σε συμπεριφορές αποφυγής κάποιων καταστάσεων, μπορεί να είναι καλή παρέμβαση η πρόσκλησή τους από τον θεραπευτή να εργασθούν στην κατεύθυνση της αντιμετώπισης των καταστάσεων τις οποίες φοβούνται περισσότερο. Αυτό επιτυγχάνεται με βαθμιαία αυξανόμενη έκθεση στις απειλητικές καταστάσεις. Αυτός ο τύπος παρέμβασης είναι κατάλληλος, όταν ο φόβος είναι συνδεδεμένος με καταστάσεις, όπως η έξοδος από το σπίτι, η μετάβαση στο σχολείο, η σεξουαλική επαφή, η ομιλία δημοσίως ή το ταξίδι με αεροπλάνο. Σε οικογένειες π.χ. των οποίων ένα μέλος έχει αγοραφοβία και κρίσεις πανικού, μπορεί ο θεραπευτής να προσκαλέσει την οικογένεια να φέρει το μέλος το οποίο εμφανίζει το σύμπτωμα σε αυξανόμενη και παρατεινόμενη παραμονή σε ανοικτό χώρο παρουσία της οικογένειας, ώστε να μάθει να διαχειρίζεται αυτή την πρόκληση σε ένα πλαίσιο υποστηρικτικό, το οποίο αποτελείται από την οικογένεια (Carr, 2000).

Μερικές εξωσυνεδριακές παρεμβάσεις χαρακτηριστικές της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας είναι οι οδηγίες. Οι οδηγίες είναι παρεμβάσεις με κύριο στόχο να προσφέρουν στην οικογένεια πληροφορίες οι οποίες υποδεικνύουν νέους τρόπους στην αναγνώριση των μοντέλων ενδοοικογενειακών αλληλεπιδράσεων και πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα λειτουργούν μέσα στο σύστημα. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, οι θεραπευτές πρέπει να είναι σε θέση να καθορίζουν τις δράσεις της οικογένειας με τρόπους διαφορετικούς από αυτούς τους οποίους έχει μάθει να χρησιμοποιεί. Γι' αυτό το σκοπό δίνονται οδηγίες στην οικογένεια, οι οποίες ταξινομούνται σε τρεις διαφορετικούς τύπους (Palazzoli, 1977):

- α) οικογενειακές τελετουργίες (Family rituals)
- β) απλές οδηγίες (Simple prescriptions)
- γ) τελετουργικές οικογενειακές οδηγίες (Ritualized family prescriptions).

Οι οδηγίες για οικογενειακές τελετουργίες δίνονται με τέτοια διατύπωση, ώστε τόσο το περιεχόμενό τους όσο και η μορφή τους να είναι σαφώς καθορισμένο για τα μέλη της οικογένειας. Οι θεραπευτές κατευθύνουν τα μέλη της οικογένειας όχι μόνο όσον αφορά τις ενέργειες αλλά και τα πρόσωπα και τον χρόνο των ενεργειών πράξει. Οι οδηγίες για οικογενειακές τελετουργίες πρέπει να επιτρέπουν στις οικογένειες να δοκιμάζουν διαφορετικά αλληλεπιδραστικά μοντέλα, τα οποία αναστέλλουν τις συνήθειες αλληλεπιδράσεις των μελών της οικογένειας, ενώ ταυτόχρονα αναδεικνύουν νέους τρόπους αλληλεπίδρασης (Gelcer, McCabe, &

Resnick, 1990). Με τις απλές οδηγίες (Gelcer *et al.*, 1990) καθορίζεται επακριβώς το περιεχόμενο, δηλαδή ορίζεται σαφώς τι πρέπει και τι δεν πρέπει να πράξουν τα μέλη της οικογένειας, αλλά δεν καθορίζεται ο χρόνος και ο τόπος της εκτελέσεως.

Οι τις τελετουργικές οικογενειακές οδηγίες αναφέρονται και ως οδηγίες για «μονές και ζυγές ημέρες» (odd and even days) (Gelcer *et al.*, 1990). Αυτές οι οδηγίες διατυπώνονται και συστήνονται στην οικογένεια από τους θεραπευτές με στόχο την ανάσχεση παρεμβολών, οι οποίες συνήθως είναι συμπεριφορές των μελών της οικογένειας οι οποίες σχετίζονται με το παρουσιαζόμενο σύμπτωμα του ενδεικνυόμενου ασθενούς.

Σ' αυτού του είδους τις οδηγίες περιγράφεται ακριβώς ποιοι και πότε πρέπει να δρουν, αλλά δεν ορίζεται ο τρόπος δράσης των μελών. Για παράδειγμα, ορίζουν οι θεραπευτές τις μονές ημέρες το ζεύγος να ασχολείται με τα προβλήματα του ενδεικνυόμενου ασθενούς, όπως πράττει συνήθως και τις ζυγές ημέρες να μην ασχολούνται καθόλου με αυτά, αλλά απασχολούνται μεταξύ τους ως ζεύγος, χωρίς να αναφέρεται στην οδηγία τι ακριβώς να κάνουν.

Αυτοί οι νέοι τρόποι αλληλεπίδρασης, οι οποίοι προκύπτουν από τις οδηγίες όλων των τύπων οι οποίες αναφέρθηκαν, στοχεύουν στην απελευθέρωση δυναμικού ανάπτυξης της οικογένειας, το οποίο είναι εγκλωβισμένο σε δυσλειτουργικά μοντέλα επικοινωνίας.

Οι εξωσυνεδριακές παρεμβάσεις κοινές με άλλες προσεγγίσεις οικογενειακής ψυχοθεραπείας είναι η καταγραφή του συμπτώματος και επεξεργασία αυτών των καταγραφών κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Οι διαβαθμισμένες προκλήσεις χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις στις οποίες λόγω φόβου και άγχους οι πελάτες αναπτύσσουν αποφευκτικές συμπεριφορές.

Σημαντικό είδος παρεμβάσεων αποτελούν οι ενδοσυνεδριακές παρεμβάσεις, οι οποίες θα παρουσιασθούν ακολούθως.

Οι ενδοσυνεδριακές παρεμβάσεις

Από την πληθώρα των παρεμβάσεων στη συστημική προσέγγιση κάποιες είναι κοινές σε όλες τις σχολές της συστημικής ψυχοθεραπείας, αν και πραγματοποιούνται σε μερικές σχολές σπανιότερα, ενώ σε άλλες με μεγαλύτερη συχνότητα και έμφαση. Από αυτές τις παρεμβάσεις θα μελετηθούν σε αυτή τη διατριβή οι ενδοσυνεδριακές, οι οποίες χρησιμοποιούνται συχνά από τους

συστημικούς ψυχοθεραπευτές και είναι αναγνωρισμένες στον χώρο της ψυχοθεραπείας ως παρεμβάσεις χαρακτηριστικές του συστημικού τρόπου θεραπευτικής παρέμβασης.

Αυτές οι ενδοσυνεδριακές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται και αναπτύσσονται εξ ολοκλήρου κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας. Στοχεύουν δε στην τροποποίηση πεποιθήσεων, στην παρέμβαση στο πλαίσιο και τη δομή του συστήματος και στην αλλαγή στα διαγενεϊκά σχήματα αλληλεπιδραστικής συμπεριφοράς.

Τέτοιες ενδοσυνεδριακές παρεμβάσεις είναι :

1. Τεχνικές ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού (Joining techniques) (Simon *et al.*, 1985).
2. Οι κυκλικές ερωτήσεις (Circular Questioning). (Boscolo *et al.*, 1987).
3. Εστίαση στην ισχύ (Focusing on Strengths) (Byng-Hall *et al.*, 1996).
4. Η αναπλαισίωση (Reframing techniques) (Byng-Hall *et al.*, 1996).
5. Θετική σημασιοδότηση (Positive connotation) (Simon *et al.*, 1985).
6. Εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας (Byng-Hall *et al.*, 1996).
7. Η αναπαράσταση (enactment) .
8. Τεχνικές πρόκλησης.
9. Η παράδοση παρέμβαση: Οδηγίες παράδοξης - κυκλικές .
10. Η Επανεμβίωση.

Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν παρουσιασθεί αναλυτικά σε άλλα σημεία της μελέτης και έχουν αναφερθεί τα χαρακτηριστικά και οι θεραπευτικοί στόχοι οι καθεμίας καθώς και ο τρόπος εφαρμογής της.

Η αποτελεσματικότητα της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας Μέχρις εδώ έχει φανεί σε ποιες βασικές αρχές της συστημικής θεωρίας και των θεωριών επικοινωνίας βασίζεται η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, πώς έχει εξελιχθεί αυτός ο τύπος ψυχοθεραπείας και πώς λειτουργεί σήμερα. Φάνηκε το θεωρητικό υπόβαθρο και η επιστημολογική θεωρία του. Πρόκειται για έναν τύπο ψυχοθεραπείας ο οποίος σήμερα χρησιμοποιείται από αρκετούς ψυχοθεραπευτές και είναι διαδεδομένος παγκοσμίως. Επομένως είναι σημαντικό να φανεί κατ' αρχήν αν πράγματι παρέχει θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα, όπως υποστηρίζουν οι συστημικοί ψυχοθεραπευτές, έπειτα, αν είναι αποτελεσματικός και σε ποιο είδος

ψυχοπαθολογίας έχει καλύτερα αποτελέσματα, επίσης να φανεί αν συγκριτικά με άλλους τύπους ψυχοθεραπείας είναι περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματικός και αν αποτελεί εν τέλει έναν έγκυρο τύπο ψυχοθεραπείας.

Τα κριτήρια της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας

Η έννοια της αποτελεσματικότητας γενικά της ψυχοθεραπείας απασχόλησε τον χώρο της ψυχολογίας από την αρχή της ύπαρξής της. Στη δεκαετία του 1940 τέθηκαν ερωτήσεις σχετικά με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών και άρχισαν έρευνες με αυξημένες αξιώσεις εγκυρότητας και αξιοπιστίας και με δείγματα στατιστικά ισχυρά. Αυτές έδειξαν ότι γενικά οι ψυχοθεραπείες είναι αποτελεσματικές και συγκρινόμενες μεταξύ τους είναι περίπου ισοδύναμες ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Ο μεγαλύτερος όγκος αυτών των ερευνών αφορούσαν ατομικές θεραπείες με ένα άτομο. Όσον αφορά τη συστημική ψυχοθεραπεία οικογένειας τέτοιες έρευνες άρχισαν την δεκαετία του 1970.

Σε αυτού του είδους τις έρευνες τα ερωτήματα τα οποία απαντώνται είναι σχετικά με τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας μεταξύ των διαφόρων τύπων ψυχοθεραπείας και μεταξύ της μη παροχής κάποιου τύπου ψυχοθεραπείας. Οι παρατηρήσεις εστιάζονται στην πριν από τη θεραπεία κατάσταση, αμέσως τη μετά τη θεραπεία και τη μετά 6μήνες ή ένα χρόνο, σε follow-up παρατηρήσεις. Η μελέτη της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας γενικά των ψυχοθεραπειών είναι ένας τομέας της έρευνας σήμερα πλέον πολύ αναπτυγμένος. Αυτό μπορεί να διαπιστωθεί και για τη μελέτη της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία (Carr, 2000).

Όμως αυτό το οποίο ενδιαφέρει περισσότερο σε αυτή τη διατριβή είναι η εικόνα η οποία σχηματίζεται για τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα των αμιγώς συστημικών οικογενειακών ψυχοθεραπειών και των οικογενειακών θεραπειών, οι οποίες χρησιμοποιούν κατά βάση τον συστημικό τρόπο σκέψης, ενδεχομένως σε συνδυασμό με άλλες ψυχολογικές θεωρίες και πρακτικές, όπως την συμπεριφορική ή τη ψυχοδυναμική.

Πριν απαντηθούν τα ερωτήματα τα οποία αφορούν τη ψυχοθεραπευτική αποτελεσματικότητα των συστημικών οικογενειακών ψυχοθεραπειών σε εφήβους, παιδιά και ενήλικους καθώς και τα ερωτήματα τα οποία αφορούν την αποτελεσματικότητά της ανάλογα με το είδος ψυχικής διαταραχής, πρέπει να

καθοριστεί η φύση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Ένα κριτήριο για την αξιολόγηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας στις σχετικές έρευνες είναι η κατάσταση του υποδεικνυόμενου ασθενούς στο τέλος της θεραπευτικής αγωγής. Αναγνωρίζεται βελτίωση της ψυχολογικής του κατάστασης ή όχι, υπάρχει ύφεση της συμπτωματολογίας του ή όχι; Η αναγνώριση της παρουσίας συμπτωμάτων είναι σχετικά εύκολη υπόθεση. Στις περισσότερες περιπτώσεις αναγνωρίζονται με αξιοσημείωτη σαφήνεια και είναι εύκολα μετρήσιμη η παρουσία τους ή η απουσία τους καθώς και η ένταση και η συχνότητα της παρουσίας τους. Οι μετρήσεις αυτές έχουν υψηλά επίπεδα εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Βέβαια δεν έχουν όλες οι οικογενειακές θεραπείες πάντοτε κάποιον υποδεικνυόμενο ασθενή, αλλά οι οικογένειες με παιδιά και εφήβους έχουν σχεδόν πάντοτε.

Όμως το κριτήριο αυτό την ύφεσης ή εξάλειψης των συμπτωμάτων δεν είναι αρκετό από μόνο του για την αξιολόγηση της θεραπευτικής έκβασης, όταν συνδέεται η θεραπευτική αλλαγή με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα, διότι μόνον από τη βελτίωση ή εξαφάνιση της συμπτωματολογίας του ενδεικνυόμενου ασθενούς δεν μπορεί ο μελετητής του οικογενειακού συστήματος να εξάγει κανένα ασφαλές συμπέρασμα για την αλλαγή στο συνολικό σύστημα δεδομένου ότι μπορεί να υπάρξει ατομική αλλαγή, χωρίς να υπάρχει αλλαγή στο σύστημα (Gurman & Kniskern, 1981). Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι μπορεί να υπάρχει βελτίωση στον ενδεικνυόμενο ασθενή και εξαφάνιση ενεργού συμπτωματολογίας με παράλληλη και ταυτόχρονη εμφάνιση ενεργού συμπτωματολογίας σε άλλο μέλος του συστήματος.

Από αυτά συνάγεται ότι η ατομική αλλαγή δεν απαιτεί κατ'ανάγκη και αλλαγή στο σύστημα, αλλά η σταθερή αλλαγή στο σύστημα απαιτεί αλλαγή και ατομική και στα χαρακτηριστικά του συστήματος (Gurman & Kniskern, 1981). Δεύτερο κριτήριο για την αξιολόγηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας αποτελεί η αλλαγή στα δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος και στον τρόπο επικοινωνίας του συστήματος παράλληλα και συνδυαστικά με την ατομική ύφεση συμπτωμάτων του υποδεικνυόμενου ασθενούς.

Οι μέχρι σήμερα δημοσιευμένες έρευνες θεραπευτικής έκβασης εμφανίζονται συχνά υπό δύο μορφές:

Ως μελέτες δραστικότητας (efficacy studies), και ως μελέτες αποτελεσματικότητας (effectiveness studies). Οι πρώτες διεξάγονται υπό ελεγχόμενες

συνθήκες «εργαστηρίου», οι δεύτερες στην καθημερινή πρακτική, των υπηρεσιών οικογενειακής ψυχοθεραπείας (Pinsof & Wynne, 1995). Οι μελέτες της θεραπευτικής δραστηριότητας διερευνούν αν η θεραπεία λειτουργεί υπό ιδανικές ερευνητικές συνθήκες, ενώ εκείνες, της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας διερευνούν αν η θεραπεία λειτουργεί υπό συνθήκες κλινικής πραγματικότητας (Goldenberg & Goldenberg, 2000). Μέχρι σήμερα οι περισσότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί είναι δραστηριότητας (Pinsof & Wynne, 1995b). Ακολουθεί η παράθεση των σχετικών συμπερασμάτων.

Η θεραπευτική έκβαση γενικά στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Από την έρευνα για τη θεραπευτική έκβαση της οικογενειακής ψυχοθεραπείας γενικότερα και όχι μόνο της συστημικής, εξάγεται η εξής εικόνα.

Από τη μετά-ανάλυση (meta-analysis) των αποτελεσμάτων 163 δημοσιευμένων και αδημοσίευτων μελετών θεραπευτικής έκβασης θεραπείας ζεύγους και οικογενειακής θεραπείας οι Shadish, Ragsdale, Glaser, & Montgomery (1995) συμπέραναν ότι οι πελάτες της οικογενειακής και θεραπείας ζεύγους είχαν σημαντικά θετικότερα αποτελέσματα από την ομάδα ελέγχου η οποία δεν έλαβε θεραπεία και επίσης ότι όλα τα θεραπευτικά μοντέλα ήταν μεταξύ τους ισοδύναμα στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα.

Αυτά τα συμπεράσματα επιβεβαιώνονται όσον αφορά την οικογενειακή ψυχοθεραπεία και θεραπεία ζεύγους από παλαιότερες μεταναλυτικές έρευνες (Gurman, Kniskern & Pinsof, 1986; Hazelrigg, Cooper & Borduin, 1987). Οι Bertrand (1962) και οι Pittman, Langsley και DeYoung (1968) θεωρούν αποτελεσματικότερη την οικογενειακή θεραπεία από την ατομική, ενώ όσον αφορά τη θεραπεία ζεύγους επιπλέον επιβεβαίωση των συμπερασμάτων προέρχεται από τη μεταναλυτική έρευνα των Dunn και Schwebel (1995) η οποία έγινε σε δείγμα 15 δημοσιευμένων ερευνών. Η οικογενειακή θεραπεία είναι αποτελεσματικότερη από την ατομική ψυχοθεραπεία ακόμα και για προβλήματα τα οποία φαίνονται περισσότερο ενδοψυχικά παρά διαπροσωπικά (Henggeler, Borduin, & Mann, 1993). Αυτά τα συμπεράσματα αφορούν γενικά την οικογενειακή ψυχοθεραπεία συνολικά, οποιουδήποτε θεωρητικού προσανατολισμού. Φαίνεται ότι η οικογενειακή ψυχοθεραπεία γενικά είναι αποτελεσματική.

Η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι ένας ειδικός τύπος οικογενειακής ψυχοθεραπείας και τα ερωτήματα τα οποία απασχόλησαν την έρευνα είναι αν η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική όσο οι ατομικές ψυχοθεραπείες ή και όσο οι άλλες οικογενειακές ψυχοθεραπείες. Επίσης μελετήθηκε πόσο αποτελεσματική είναι και πότε είναι αποτελεσματική σε συνάρτηση με το είδος των περιστατικών και με το είδος των ψυχοπαθολογικών κατηγοριών.

Έρευνες θεραπευτικής έκβασης στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Οι συστημικοί θεραπευτές αρχικά ασχολήθηκαν με την κλινική εφαρμογή και με τον πειραματισμό τους με ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών παρεμβάσεων. Δεν επεχείρησαν να επιβεβαιώσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής τους προσέγγισης ερευνητικά, αλλά μόνο κλινικά.

Όμως από τα μέσα της δεκαετίας του '60 οι έρευνες στόχευαν να τεκμηριώσουν επιστημονικά τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της νέας αυτής προσέγγισης. Ήδη στις αρχές της δεκαετίας του '80 ένα σχετικά ογκώδες σώμα ερευνών τεκμηριώνει τη θεραπευτική αποτελεσματικότητά της σε διάφορες ψυχικές διαταραχές.

Έρευνες έκβασης στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία για συγκεκριμένα είδη διαταραχής

Μια εικόνα αποτελεσματικότητας της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας γενικά σε ψυχολογικές διαταραχές δίνουν οι Langsley, Pittman, Machotka, και Flomenhaft (1968), (1969), οι οποίοι ανακοίνωσαν ότι χρησιμοποιώντας οικογενειακή θεραπεία στους θαλάμους επειγόντων περιστατικών πρόλαβαν σε ποσοστό 90% των ασθενών να αποφύγουν την εισαγωγή στην κλινική.

Ο de Shazer (1986) ανέφερε σε έρευνα με 1600 οικογένειες, οι οποίες μετείχαν σε βραχεία συστημική ψυχοθεραπεία, ότι πέτυχε 70% θεραπεία ή βελτίωση τέτοια ώστε τα περιστατικά να μην χρειάζονται περαιτέρω θεραπευτική αγωγή. Σε εξέταση μετά εξάμηνο σχεδόν το σύνολο των περιστατικών ανέφερε σταθερή κατάσταση υγείας.

Άλλη έρευνα με θέμα την αντιμετώπιση της οξείας κρίσης σε οικογένειες (Pittman, Deyoung, Flomenhaft, & Kaplan, 1966) ανέφερε ότι από τα 50 περιστατικά

τα οποία παραπέμφθηκαν στη μονάδα οικογενειακής θεραπείας τα 40 απέφυγαν την εισαγωγή, σε ποσοστό το οποίο ήταν σαφώς μεγαλύτερο από το αναφερόμενο σε αντίστοιχα περιστατικά τα οποία δεν έτυχαν της ίδιας αντιμετώπισης, αλλά τους παρασχέθηκε άλλου είδους ψυχολογική βοήθεια.

Όσον αφορά δε τις διαγνωσμένες ψυχολογικές διαταραχές η έρευνα του (McGregor, 1962) αναφέρει, σχετικά με την αποτελεσματικότητα της οικογενειακής συστημικής θεραπείας σε εφήβους, ότι σε 62 οικογένειες, οι οποίες δέχθηκαν αυτήν τη θεραπευτική αγωγή, το 75% είχε καλά θεραπευτικά αποτελέσματα. Μάλιστα μερικοί από τους υποδεικνυόμενους ασθενείς του δείγματος έπασχαν από σχιζοφρένεια. Ο (Goolishian, 1962) στην ψυχοθεραπευτική του ενασχόληση με εφήβους οι οποίοι παρουσίαζαν χρόνια παθολογική επικοινωνία με την οικογένειά τους διαπιστώνει: την ταχεία αλλαγή συμπεριφοράς δια της οικογενειακής θεραπείας.

Η έρευνα των Woodward, Santa-Barbara, Streiner, Goodman, Levin και Epstein (1981) αξιολογώντας 279 οικογένειες με παιδιά και εφήβους οι οποίες δέχτηκαν συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, έδειξε υψηλό ποσοστό βελτίωσης (79%).

Οι Mashal, Feldman και Slgal (1989) παρουσιάζουν πολύχρονες έρευνες σε παιδιά με ψυχολογικά προβλήματα οι οποίες είχαν μεγάλο ποσοστό επιτυχίας 78% των θεραπευόμενων παρουσίασε σαφή βελτίωση και την διατηρούσε σε τριετή έλεγχο μετά τη θεραπεία.

Ο Ludwig (1992) σε έρευνα του σε 532 οικογένειες, στις οποίες παρασχέθηκαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικής κλινικής για παιδιά και εφήβους, ανακοινώνει ότι το 60% ανέφερε μετά το πέρας της θεραπείας πλήρη επίλυση του προβλήματος ή βελτίωση σαφή και το 75% εξέφραζε ικανοποίηση για την παρούσα κατάσταση της ζωής τους.

Η έκβαση στις ψυχώσεις

Σε οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία παιδιών με σχιζοφρένεια οι Kaufman, Frank, Heims, Friend και Weiss (1962) ανακοινώνουν θετικά ευρήματα αναφερόμενοι σε βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και ύφεση των παραγωγικών συμπτωμάτων.

Δύο ακόμα έρευνες (Durrel, 1969) και (Franklin, 1969) υποστηρίζουν ότι υπάρχουν θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα σε σχιζοφρενή παιδιά και εφήβους, αναφερόμενοι

και εδώ σε ύφεση των παραγωγικών συμπτωμάτων και στη βελτίωση της επικοινωνίας των ασθενών με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και το ευρύτερο περιβάλλον.

Ο McGregor (1962) σε θεραπεία 55 οικογενειών με εφήβους των οποίων η διαταραχή απαιτούσε αποκλεισμό από την κοινότητα κατάφερε στην πλειοψηφία των οικογενειών αυτών, δηλαδή στις 48 οικογένειες να αποφύγει αυτή την αρνητική εξέλιξη και να μην χρειασθεί ο εγκλεισμός του υποδεικνυόμενου ασθενούς σε ψυχιατρικό ίδρυμα.

Θετικά αποτελέσματα σε αυτοκτονικούς εφήβους αναφέρονται από τους Morrison & Collier (1969): συγκεκριμένα αναφέρουν μείωση της υποτροπής σε αυτοκτονικές συμπεριφορές και αυτοκτονικό ιδεασμό.

Όσον αφορά στις διαταραχές ψυχωσικού τύπου, οι Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto και Stickle (1998) ανέφεραν θετικά αποτελέσματα, τα οποία αφορούν τον περιορισμό του ποσοστού των ατόμων τα οποία υποτροπιάζουν και τη μείωση της νοσηλείας σε σχιζοφρενείς. Αυτά τα αποτελέσματα επιτεύχθηκαν με χρήση ψυχοεκπαιδευτικών μοντέλων, τα οποία αποτελούν θεραπευτική εφαρμογή του συστημικού σκέπτεσθαι.

Οι Burbach & Stanbridge (1998) ανακοίνωσαν ότι οι συστημικού τύπου θεραπευτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες με ψυχωτικό μέλος είχαν υψηλό βαθμό αποδοχής.

Οι Retzer, Simon, Weber, Stierlin και Schmidt (1989) και ο Retzer (1994) σε δύο μελέτες για την συστημική ψυχοθεραπεία των ψυχώσεων ανέφεραν ότι μειώθηκε το ποσοστό υποτροπής και επανεισαγωγής κατά δύο τρίτα και το ποσό των χορηγούμενων ψυχοφαρμάκων κατά ένα τρίτο. Οι οικογένειες οι οποίες μετείχαν στη θεραπεία είχαν μέλος στο οποίο είχε διαγνωστεί σχιζοφρένεια ή διαταραχή σχιζοσυναισθηματικού τύπου. Οι Schweitzer και Schumacher. (1995) σε έρευνα με χρόνιους εξωτερικούς ασθενείς ανέφεραν δραστική μείωση των ατόμων τα οποία ζήτησαν επανεισαγωγή, ενώ η αυτοαντίληψη των ασθενών και η εκτίμηση της εικόνας τους από ειδικούς άλλαξε προς το «λιγότερο ψυχικά ασθενής».

Σε δύο έρευνες για την αποτελεσματικότητα της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας σε μικρό δείγμα οικογενειών με μέλος σχιζοφρενές οι Bertrando, Beltz, Bressi, Clerici, Invernizzi και Cazzullo. (1992) και ο Bertrando (1994) ανέφεραν μείωση επανεισαγωγής των ασθενών οι οποίοι διέμεναν με αυτές τις οικογένειες.

Η συνολική εικόνα είναι ότι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία σχετίζεται με θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των ψυχώσεων.

Έρευνες έχουν γίνει και γι' άλλες διαταραχές όπως η παραβατικότητα και οι διαταραχές συμπεριφοράς.

Θεραπευτική έκβαση στην παραβατικότητα -διαταραχές συμπεριφοράς

Ο Hallowitz (1963) χρησιμοποιώντας οικογενειακή θεραπεία σε 38 παιδιά με διαταραχές συμπεριφοράς αναφέρει ότι το 61% των περιστατικών παρουσίασε σαφή βελτίωση, ενώ ο χρόνος θεραπείας δεν υπερέβαινε τις 17 ώρες ανά περίπτωση. Άλλη έρευνα, η οποία αναφέρεται επίσης σε θεραπεία για προβλήματα συμπεριφοράς παιδιών (Safer, 1997), αναφέρει ότι το 40% των παιδιών είχαν σαφή βελτίωση, ενώ αναγνωρίστηκε θετική θεραπευτική έκβαση ακόμα και εκεί όπου το κίνητρο του παιδιού για θεραπεία ήταν ασθενές.

Οι Woolfenden, Williams και Peat. (2002) συμπεραίνουν ότι οι θεραπευτικές συνεδρίες με συστημική οικογενειακή θεραπεία μειώνουν τον αριθμό των επομένων συλλήψεων και επιμηκύνουν τον χρόνο στον οποίο θα ξανασυλληφθεί ο ανήλικος με παραβατική και εγκληματική συμπεριφορά.

Ο Kazdin (1998) και οι Chamberlain και Rosicky (1995) υποστηρίζουν τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της συστημικής ψυχοθεραπείας σε αυτού του είδους τις διαταραχές.

Θεραπευτική έκβαση στις νευρώσεις

Υπάρχουν ήδη από τη δεκαετία του 1960 έρευνες οι οποίες αναφέρονται στη σχολική φοβία και σε προβλήματα, όπως η διακοπή παρακολούθησης του σχολείου. Η αποτελεσματικότητα της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας σε τέτοιου είδους προβλήματα αναφέρεται ως άκρως αποτελεσματική (Millar, 1961). Ακόμα ο Rosenthal (1962) αναφέρει εντυπωσιακά αποτελέσματα στο Σύνδρομο Ασταθών Μητέρων.

Ο Tiller (1978) αναφέρει την επιτυχία των οικογενειακών θεραπειών σε παιδιά με καθ'έξιν μυϊκή σύσπαση.

Η έρευνα των March, Mulle και Herbel. (1994) έδειξε ότι το 80% των παιδιών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή σε θεραπεία η οποία συνδύασε φαρμακευτική αγωγή και οικογενειακή ψυχοθεραπεία αφηγηματικού τύπου, είχε κλινικά σημαντική βελτίωση, η οποία διατηρήθηκε και μετά το πέρας της θεραπείας, όπως έδειξε η μεταθεραπευτική παρακολούθηση.

Οι Byrne, Carr και Clark. (2004) βρήκαν ότι στη θεραπεία ζεύγους με διαταραχή πανικού και αγοραφοβίας η θεραπεία ήταν αποτελεσματική, κυρίως όταν η σχέση θεραπευτή-θεραπευομένων ήταν καλή. Παλαιότερη έρευνα καταλήγει στο ίδιο συμπέρασμα (Alexander, Holtzworth-Munroe, & Jameson και Allen, 1994).

Θεραπευτική έκβαση στις διαταραχές διατροφής

Σε μια σειρά μεταanalύσεων (Dare, Eisler, Colahan, Cowther, Senior & Asen, 1995; Eisler, LeGrange, & Asen, 2002) συμπεραίνεται ότι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική για τις διαταραχές διατροφής σε εφήβους, ενώ οι Schwartz, Barrett και Saba. (1985) αναφέρουν ότι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είχε ευεργετικά αποτελέσματα στα δύο τρίτα των βουλιμικών ασθενών του δείγματος της έρευνάς τους. Παράλληλα οι Wilson και Fairburn (1998) σε μελέτη τους ερευνών οι οποίες αφορούσαν θεραπείες για διαταραχές διατροφής και οι Jones, Lettenberger και Wickel. (2011) και οι Nowicka, και Flodmark. (2011) σε μεμονωμένες, μελέτες τους συμπέραναν ότι η οικογενειακή θεραπεία είναι μία από τις πλέον αποτελεσματικές θεραπείες.

Θεραπευτική έκβαση στην αντιμετώπιση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών

Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών όχι πλέον ως πειραματισμός αλλά ως κατάχρηση, η οποία χρήζει κλινικής αντιμετώπισης, αφορά το 10% των εφήβων κάτω των 19 ετών (Pagliaro & Pagliaro, 1996; Schinke, Botvin, & Orlandi, 1991; Liddle & Dakof, 1995). Η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία φαίνεται ότι έχει θετικά αποτελέσματα σε αυτού του είδους τα θέματα. Μελετώντας τα αποτελέσματα αρκετών ελεγχμένων κλινικών δοκιμών οι Liddle και Dakof (1995) και ο Waldron (1996) συμπέραναν ότι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από άλλες θεραπείες εμπλεκόμενη: στη θεραπεία των χρηστών ουσιών και στη μείωση της χρήσης ουσιών. Οι Stanton και Shadish (1997) σε μεταanalυτικές αναλύσεις βρήκαν ότι είναι πιο αποτελεσματική από τις ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες και από τις ψυχοεκπαιδευτικές οικογενειακές θεραπείες στη μείωση της κατάχρησης ουσιών. Μία μελέτη σε θεραπεία ενηλίκων ουσιοεξαρτημένων έδειξε ότι η θεραπεία με οικογενειακή συστημική παρέμβαση είχε καλύτερα αποτελέσματα από τις θεραπείες οι οποίες εστίαζαν στο άτομο (Yandoli, Eisler, Robbins, Mulleady, & Dare, 1998).

Στην αντιμετώπιση της εξαρτητικής συμπεριφοράς από ψυχοδραστικές ουσίες έρευνα (Stanton & Shadish, 1997) δείχνει την αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας αλλά και το χαμηλό κόστος της, το οποίο παραβάλλεται με το χαμηλό κόστος και την αποτελεσματικότητα της μεθαδόνης, σε αντίθεση με τις ατομικές θεραπείες, των οποίων η αποτελεσματικότητα είναι μικρότερη. Η έρευνα έγινε σε μεγάλο πληθυσμό 3500 θεραπευόμενων (Stanton & Shadish, 1997). Σε έρευνα η οποία διεξαχθεί με δείγμα 126 ισπανόφωνων οικογενειών οι Santisteban, Coatsworth, Perez-Vidal, Kurtines, Schwartz, LaPerriere, και Szapocznik. (2003) επιβεβαίωσαν τη θεραπευτική αποτελεσματικότητά της.

Στο θέμα της κατάχρησης οινόπνευματων ποτών αναφέρονται καλά θεραπευτικά αποτελέσματα σε μελέτη 21 ερευνών για την αντιμετώπιση αλκοολισμού, του οποίου η θεραπεία περιελάμβανε οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία (Edwards & Steinglass, 1995; Chan, 2003).

Οι Kelly και Fals-Stewart (2002) βρήκαν ότι η θεραπεία ζευγών είναι πιο αποτελεσματική από την ατομική θεραπεία ανδρών οι οποίοι δέχονται θεραπεία για κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών. Αντίθετα ευρήματα ανέφεραν οι (Barbato & D'Avanzo, 2006) σε μελέτη μετανάλυσης για οκτώ (8) έρευνες, βρήκαν ότι η θεραπεία ζεύγους έχει τα ίδια θετικά αποτελέσματα με την ατομική ψυχοθεραπεία.

Θεραπευτική έκβαση στην αντιμετώπιση του συνδρόμου και ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα

Εκτεταμένη μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπειών για παιδιά με το σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα οδήγησε τον Barkley (1990) και τους Hinshaw, Klein και Abikoff (1998) στο συμπέρασμα ότι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική συνδυαστικά με συμπεριφορικά προγράμματα γονικής εκπαίδευσης σε δεξιότητες συμπεριφοράς.

Θεραπευτική έκβαση στην αντιμετώπιση της κακοποίησης παιδιών, παραμέλησης και εναντιωτικής συμπεριφοράς

Η παρέμβαση με συστημική ψυχοθεραπεία φέρνει μείωση του άγχους στα κακοποιημένα μέλη και σε όλη την οικογένεια, βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ

γονέων και παιδιών και μεγαλύτερη επιτυχία στην επίλυση προβλημάτων από άλλου τύπου οικογενειακές θεραπείες (Brunk, Henggeler, & Whelan, 1987).

Οι Kazdin, Siegel και Bass (1992) και οι Webster –Stratton και Hammond (1997) αναφέρουν αποτελέσματα ερευνών τα οποία επιβεβαιώνουν τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα στη συστημική οικογενειακή θεραπεία.

Θεραπευτική έκβαση στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του πένθους

Η οικογενειακή συστημική θεραπεία βρέθηκε ότι είναι εξίσου αποτελεσματική με τις διάφορες ατομικές ψυχοθεραπείες στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Brent *et al.*, 1997; Harrington *et al.*, 1998) και ότι βοηθά στην αντιμετώπιση του πένθους (Black & Urbanowicz, 1987). Οι Asenn και Jones (1999) βρήκαν ότι τα περιστατικά κατάθλιψης, τα οποία αντιμετωπίστηκαν με συστημική ψυχοθεραπεία, είχαν μικρότερο βαθμό υποτροπής και μεγαλύτερη βελτίωση από αυτά τα οποία είχαν ακολουθήσει φαρμακευτική αγωγή ή γνωσιακή θεραπεία.

Η έρευνα της ομάδας της Χαϊδελβέργης (Stierlin & Retzer, 1994) έδειξε ότι η οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία είχε θετική έκβαση με οικογένειες οι οποίες είχαν μέλος το οποίο έπασχε από διαταραχές της διάθεσης. Το ίδιο είχε δείξει και προγενέστερη έρευνα (Glick & Spencer, Haas, Lewis, Peyser, DeMane, Good-Ellis, Harris & Lestelle, 1985)

Σε έρευνα για την κατάθλιψη (Leff, Vearnals, Brewin, Wolff, Alexander, Asen, Dayson, Jones, Chislom & Everitt, 2000) βρέθηκε ότι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είχε περισσότερη αποτελεσματικότητα από τη γνωσιακή-συμπεριφορική ή τη φαρμακευτική αντιμετώπιση και ίδιο κόστος με την φαρμακευτική. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν σε μεταγενέστερη μελέτη (Tompson, Pierre, Fawn McNeil, Fogler, Groff, & Asarnow, 2007).

Θεραπευτική έκβαση στην αντιμετώπιση των δυσκολιών στις σχέσεις του ζεύγους

Οι δυσκολίες στη σχέση του ζεύγους, έλλειψη ικανοποίησης, συγκρούσεις και συχνά διάλυση του δεσμού, είναι ένα συχνό πρόβλημα στις δυτικές βιομηχανοποιημένες κοινωνίες. Η έρευνα του Bennun (1997) δείχνει ότι η συστημική θεραπεία είναι αποτελεσματική.

Η συνολική εικόνα είναι ότι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία σχετίζεται με θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα όσον αφορά την αντιμετώπιση

αρκετών ψυχοπαθολογικών παθολογικών καταστάσεων, όπως είναι οι ψυχώσεις, οι νευρώσεις, οι διαταραχές της συμπεριφοράς, η παραβατικότητα, οι καταθλίψεις και η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

Η αποτελεσματικότητά της έχει μελετηθεί και αναφορικά με το ηλικιακό φάσμα των πασχόντων τα ευρήματα αυτά παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Έρευνες έκβασης οικογενειακών συστημικών θεραπειών με παιδιά, εφήβους και ενήλικους

Πρόσφατα έχουν δημοσιευτεί μεθοδολογικά έγκυρες, έρευνες οι οποίες διερευνούν το εύρος των διαταραχών οι οποίες αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά από την οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία, αυτές υποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα αυτού του τύπου οικογενειακής ψυχοθεραπείας σε παιδιά, εφήβους και ενήλικους (Carr, 2000a,2000b, 2009; Cottrell & Boston, 2002; Sprenkle, 2002).

Θεραπευτική αποτελεσματικότητα συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας με παιδιά και εφήβους

Όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους, ο Carr (2000a) αναφέρει ότι υπάρχουν καλές θεραπευτικές ενδείξεις για διαταραχές όπως οι ακόλουθες: παιδική κακοποίηση και παραμέληση, προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία και εφηβεία περιλαμβάνοντα και εναντιωτική συμπεριφορά, δυσκολίες και προβλήματα με την προσοχή και υπερκινητικότητα, προβλήματα σχετιζόμενα με χρήση ουσιών, συναισθηματικές διαταραχές, άγχος, κατάθλιψη και περιπεπλεγμένο πένθος, ψυχοσωματικά προβλήματα.

Οι Cottrell & Boston (2002) επιβεβαιώνουν την έρευνα του Carr (2000a) αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας για διαταραχές συμπεριφοράς, χρήση ουσιών, διαταραχές διατροφής, και ως συμπληρωματική θεραπεία για κατάθλιψη και χρόνιες ασθένειες. Όσον αφορά τους ενήλικους, ο Carr (2000b) υποστηρίζει ότι η οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία ενδείκνυται για τη διαχείριση χρόνιου πόνου, διαχείριση νευρολογικά πασχόντων ασθενών, αντιμετώπιση ψυχοσεξουαλικών προβλημάτων και συζυγικών προβλημάτων και συγκρούσεων, αλκοολισμό ενηλίκων, αγοραφοβία με διαταραχή πανικού, μείζονα κατάθλιψη και διπολική διαταραχή.

*Θεραπευτική αποτελεσματικότητα συστημικής
οικογενειακής ψυχοθεραπείας σε ενήλικους*

Όσον αφορά τους ενήλικους, ο Sprenkle (2002) υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας για τις ακόλουθες διαταραχές: σοβαρές ψυχικές διαταραχές, αλκοολισμός και χρήση ψυχοδραστικών-εξαρτητικών ουσιών, δυσλειτουργίες στις σχέσεις, χρόνιες σωματικές παθήσεις. Ενώ ο Asen (2002) και ο Carr (2009) υποδεικνύουν ότι η οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία είναι θεραπεία επιλογής για ψυχωσικές διαταραχές, συναισθηματικές διαταραχές, εξάρτηση - κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ, ψυχογενή βουλιμία και ψυχογενή ανορεξία, δυσκολίες στις σχέσεις του ζεύγους. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία έχει αρνητική θεραπευτική επίδραση (Shadish & Sweeney, 1991; Shadish, Montgomery, Wilson, Wilson, Bright, & Okwumabua, 1993). Αντίθετα έρευνες (Hazerlringg *et al.*, 1987; Shadish *et al.*, 1993) υποστηρίζουν ότι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία έχει θετική θεραπευτική επίδραση όπως και άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Οι εκτιμήσεις των μεταanalύσεων των Shadish και συν. (1993) και των Hazerlringg και συν. (1987) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία και η συστημική ψυχοθεραπεία ζεύγους έχουν θετικές θεραπευτικές επιδράσεις στις οικογένειες οι οποίες δέχθηκαν θεραπεία σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου οι οποίες δεν δέχθηκαν.

*Περιορισμοί ερευνών για θεραπευτική
αποτελεσματικότητα συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας*

Αν και οι Pinsof, Wynne, & Hambright (1996) με έρευνα μεταanalύσεων υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας γενικά για μια πλειάδα διαταραχών, οριοθέτηση και περιορισμό των θεραπευτικών προσδοκιών θέτει μία έρευνα του (Markowitz, 1966), η οποία αναφέρει ότι δεν μπορεί να γίνει επιτυχής οικογενειακή θεραπεία, όταν α) το παιδί έχει πολύ έντονη ψυχοπαθολογία και η οικογένεια δεν μπορεί να είναι αρμονική, και β) το ενδιαφέρον της οικογένειας και των μελών της ως ατόμων είναι κυμαινόμενο. Ακόμα, μία κριτική μελέτη της βιβλιογραφίας από τους (Wells, Dilkes, & Trivelli, 1972) εντοπίζει τον ελλιπή σχεδιασμό των περισσότερων ερευνών και θέτει το θέμα

του τρόπου με τον οποίο η έρευνα θα είναι περισσότερο διαφωτιστική και χρήσιμη για τον θεραπευτή.

Την τελευταία δεκαετία οι Shadish και Baldwin (2003) εντόπισαν 140 μεταanalύσεις στην ψυχοθεραπεία μεταξύ των οποίων αναφέρουν μετανάλυση 20 μεταanalύσεων οι οποίες αφορούσαν την ψυχοθεραπεία ζεύγους και οικογένειας· σε αυτήν τη μετά-μετανάλυση συμπεραίνουν ότι οι θεραπείες ζεύγους και οικογένειας είναι σαφώς δραστικές συγκρινόμενες με τη μη θεραπεία.

Αυτές οι θεραπείες είναι αποτελεσματικές τουλάχιστον όσο και άλλες θεραπείες, όπως αυτές με προσανατολισμό το άτομο, και ίσως είναι πιο αποτελεσματικές σε μερικές περιπτώσεις.

Υπάρχουν μικρές ενδείξεις για διαφοροποιημένη θεραπευτική δραστικότητα ανάλογα με το είδος συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας έναντι των άλλων οικογενειακών θεραπειών.

Αν μπορούσαν να εξαχθούν κάποια συμπεράσματα από τα προαναφερθέντα, αυτά θα ήταν ότι οι έρευνες θεραπευτικής έκβασης (Seeman, Tittler, & Friedman, 1985) εν μέρει έχουν καλύψει την ανάγκη επιβεβαίωσης της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας. Οι έρευνες θεραπευτικής έκβασης ήταν απαραίτητες για να τεκμηριωθεί η πεποίθηση των συστημικών θεραπευτών αλλά και οι κλινικές παρατηρήσεις τους σχετικά με την τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας (Gurman, Kniskern, & Pinsof, 1986).

*Η αποτελεσματικότητα της συστημικής οικογενειακής
ψυχοθεραπείας σε σχέση με άλλες
προσεγγίσεις οικογενειακής ψυχοθεραπείας*

Η οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό ψυχικών διαταραχών οι οποίες αφορούν παιδιά, εφήβους και ενηλίκους και έχει παρουσιάσει ικανοποιητικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Υπάρχει πλέον ικανός αριθμός ερευνών οι οποίες στοιχειοθετούν τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της. Σήμερα αποτελεί μία προσέγγιση η οποία είναι κλινικά καταξιωμένη και δικαιολογεί την επιλογή της ως θεραπεία εκλογής για πολλές προαναφερθείσες ψυχικές διαταραχές.

Όμως τίθεται το ερώτημα αν είναι περισσότερο αποτελεσματική από άλλες οικογενειακές ψυχοθεραπείες.

Όσον αφορά αυτό το ζήτημα οι Pinsof και Wynne (1995) συμπέραναν ότι δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα, για να υποστηριχθεί η διαφοροποίηση δραστηριότητας των διαφορετικών μοντέλων οικογενειακής ψυχοθεραπείας. Οι Weissman και Sanderson (2002) υποστήριξαν ότι η αποτελεσματικότητα διαφόρων ειδών οικογενειακής ψυχοθεραπείας (συμπεριφορικής, υποστηρικτικής, συστημικής) φαίνεται να είναι ισοδύναμη, ενώ διαφοροποιούμενοι από τα αναφερθέντα συμπεράσματα περί ισοδυναμίας οι Shadish και Baldwin (2003) έδωσαν καταφατική απάντηση στην υπόθεση ότι η συστημική οικογενειακή θεραπεία είναι περισσότερο αποτελεσματική από άλλες μορφές οικογενειακής ψυχοθεραπείας. Επίσης υποστήριξαν ότι γενικά είναι εξίσου αποτελεσματική με την ατομική ψυχοθεραπεία. Τα ευρήματα αυτά, ότι δηλαδή είναι εξίσου αποτελεσματική με άλλες μορφές ψυχοθεραπείας, οι οποίες είναι προσανατολισμένες στο άτομο, και σχετικά πιο αποτελεσματική ή κατά άλλους ερευνητές ισοδύναμη αποτελεσματική με άλλες οικογενειακές ψυχοθεραπείες δεν εκπλήσσει, διότι πρόκειται για ευρήματα πολλών ερευνών, οι οποίες συνέκριναν την αποτελεσματικότητα διαφόρων άλλων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Οι έρευνες έχουν ενισχύσει την άποψη ότι οι βασικότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις (ψυχαναλυτική, γνωσιακή, συμπεριφορική, βραχεία ψυχοδυναμική, βιωματική, οικογενειακή) είναι θεραπευτικά αποτελεσματικές και μάλιστα μεταξύ τους περίπου ισοδύναμες. Οι περισσότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις είναι ευεργετικές ανεξάρτητα από το θεωρητικό τους υπόβαθρο και τη διαφορετική θεραπευτική τους πρακτική (Gordon & Toukmanian, 2002; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Smith & Glass, 1977). Το συμπέρασμα ότι όλες οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν θετικά αποτελέσματα φαίνεται και είναι εύλογο!

Το αναφερθέν εύρημα οδήγησε σε ένα “ρεύμα” σκέψης. Αυτό το «ρεύμα» σκέψης υποστήριξε την αρχή: *«όλοι κερδίζουν και άρα όλοι δικαιούνται βραβεία»*, το οποίο έμεινε γνωστό στη βιβλιογραφία ως *«η ετυμολογία του πουλιού που υπεκφεύγει»* (Dodo bird's verdict), παράφραση από το γνωστό έργο *«Η Αλίκη στη Χώρα των Θαυμάτων»*.

Φάνηκε λογικό στους ερευνητές, ως συμπέρασμα των ευρημάτων, ότι κάποια κοινά χαρακτηριστικά στις περισσότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να

συντελούν σε ένα σημαντικό μέρος του ευεργετικού αποτελέσματος της θεραπείας (Sprenkle & Blow, 2004).

Συνοψίζοντας μπορεί να λεχθεί ότι η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική με άλλες μορφές ψυχοθεραπείας οι οποίες είναι προσανατολισμένες στο άτομο και σχετικά πιο αποτελεσματική ή κατά άλλους ερευνητές ισοδύναμη αποτελεσματική με άλλες οικογενειακές ψυχοθεραπείες. Αυτά τα ευρήματα είναι ανάλογα με ευρήματα άλλων ερευνών οι οποίες συνέκριναν τις βασικότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και υπέδειξαν ότι είναι όλες θεραπευτικά αποτελεσματικές και μάλιστα η αποτελεσματικότητα είναι περίπου ισοδύναμη. Αυτά τα ευρήματα έστρεψαν την έρευνα για την ψυχοθεραπεία σε νέες κατευθύνσεις.

Οι έρευνες διαδικασίας

Τα ανωτέρω ευρήματα υπέδειξαν στην κατεύθυνση στην οποία έπρεπε να στραφεί η έρευνα στη ψυχοθεραπεία. Στην μελέτη της θεραπευτικής διαδικασίας και ειδικότερα στην αναγνώριση των δραστικών παραγόντων και στην επίδρασή τους στο θεραπευτικό γίγνεσθαι, ώστε να ερευνηθούν ερωτήματα σχετικά με τον λόγο και τον τρόπο της αποτελεσματικής δράσης της ψυχοθεραπείας.

Ένα δεύτερο κύμα ερευνών ήλθε να απαντήσει σε τέτοιου είδους ερωτήματα σχετικά με την θεραπευτική διαδικασία.

Στις αρχές της δεκαετίας του '70 εμφανίζονται οι πρώτες από τις έρευνες διαδικασίας.

Έρευνες διαδικασίας είναι μία ερευνητική τάση η οποία αφορά την κλινική ψυχολογία, την συμβουλευτική ψυχολογία και την ψυχοθεραπεία. Ένα από τα βασικά αντικείμενα μελέτης σε τέτοιου είδους έρευνες είναι η διερεύνηση συγκεκριμένων μεταβλητών, οι οποίες εμφανίζονται και ενεργούν ως δραστικά στοιχεία στις θεραπευτικές συνεδρίες.

Το σκεπτικό των ερευνών διαδικασίας είναι να κατανοηθεί η διαδικασία η οποία βοηθά στην ανάπτυξη των "δραστικών στοιχείων" ή θεραπευτικών παραγόντων οι οποίοι αναδύονται (Stalikas & Fitzpatrick, 1995).

Ένας από τους παλαιότερους ορισμούς δίνεται από τον Kiesler (1973) ο οποίος ορίζει τις έρευνες διαδικασίας ως : *[Μετάφραση δική μας «όλες εκείνες τις έρευνες οι οποίες ολικώς ή εν μέρει περιέχουν ως δεδομένα τους μερικές άμεσες ή έμμεσες*

μετρήσεις της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου, του θεραπευτή ή και των δύο (της αλληλεπίδρασής τους ως διάδα) κατά τη συνεδρία”].²

Δεκατρία χρόνια αργότερα οι Greenberg & Pinsof (1986a) δίνουν τον εξής ορισμό: [Μετάφραση δική μας. «Έρευνα διαδικασίας είναι η έρευνα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του συστήματος του θεραπευόμενου και του συστήματος του θεραπευτή. Ο σκοπός της έρευνας διαδικασίας είναι να αναγνωρίσει τη διαδικασία αλλαγής κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης μεταξύ των συστημάτων αυτών. Η έρευνα διαδικασίας καλύπτει όλες τις συμπεριφορές και τα βιώματα εκείνων των συστημάτων που προκύπτουν εντός και εκτός των θεραπευτικών συνεδριών, τα οποία ανήκουν στη διαδικασία της αλλαγής.»].

Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες ονομάστηκαν και κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες.³

Κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες

Το νέο εύρημα, ότι δηλαδή οι περισσότεροι τύποι ψυχοθεραπείας έχουν περίπου ισοδύναμο αποτέλεσμα, έθεσε νέα ερωτήματα. Υπάρχουν και ποιοι είναι οι κοινοί θεραπευτικοί ή δραστικοί παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τη θεραπευτική διαδικασία και τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα σε όλους τους μελετηθέντες τύπους ψυχοθεραπείας; Αυτό το ερώτημα τέθηκε για τις ατομικές ψυχοθεραπείες από ερευνητές όπως ο Garfield (1973). Η απάντηση η οποία έχει προταθεί είναι ότι υπάρχουν κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες σε όλες τις ψυχοθεραπείες οι οποίες έχουν θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα (Frank, 1971; Strupp, 1973). Ως κοινοί παράγοντες εξετάστηκαν οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές (Stalikas & Fitzpatrick, 1995), όπως η ενσυναίσθηση, η ενόραση, η ζεστασιά στην επικοινωνία, η κάθαρση, η απόκτηση και εφαρμογή νέων συμπεριφορών, αλλά και άλλα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα, όπως η έκφραση δυνατού συναισθήματος και η θεραπευτική σχέση.

Ο Lambert (1992) δίνει μια ποιο εστιασμένη διατύπωση των κοινών θεραπευτικών παραγόντων, τους περιγράφει με όρους μη ειδικών πλευρών των διαφόρων

² «...any research investigation that, totally or in parts, contain as its data some direct or indirect measurement of patient, therapist or dyadic (patient-therapist interaction) behavior in the therapy interview». (Kiesler, 1973) (p.2).

³ «Process research is the study of the interaction between the patient and therapist systems. The goal of process research is identify the change processes in the interaction between these systems. Process research covers all of the behaviors and experiences of these systems, within and outside of the treatment sessions, which pertain to the process of change». (Greenberg & Pinsof, 1986a) (p.18).

ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων: παράδειγμα κοινοί θεραπευτικοί-δραστικοί παράγοντες είναι οι παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στη δημιουργία αλλαγών στο νόημα των πελατών. Τέτοιες παρεμβάσεις συναντιούνται σε αρκετές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις με διαφορετικά ονόματα, όπως αναπλαισίωση, εξωτερίκευση του προβλήματος.

Μια πιο διευρυμένη αντίληψη των κοινών θεραπευτικών παραγόντων υπάρχει στους Hubble, Duncan και Miller (1999) και τους Tallman και Bohart (1999) οι οποίοι προτείνουν οι κοινοί παράγοντες να περιλαμβάνουν και άλλες διαστάσεις του θεραπευτικού πλαισίου, όπως τη σχέση του πελάτη με το θεραπευτή, και τις μεταβλητές σχετικές με την προσδοκία.

Αργότερα και οι μελετητές της οικογενειακής ψυχοθεραπείας ασχολήθηκαν με το θέμα των κοινών θεραπευτικών παραγόντων διαπιστώνοντας την ύπαρξή τους και στις οικογενειακές ψυχοθεραπείες. (Sexton, Ridley, & Kleiner, 2004; Sprenkle & Blow, 2004).

Οι κοινοί παράγοντες μπορούν να μελετηθούν και σε αντιπαράβολή με τους ειδικούς θεραπευτικούς παράγοντες, οι οποίοι είναι μοναδικοί, διακριτοί για κάθε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση και οι οποίοι επίσης σχετίζονται με τη θετική θεραπευτική έκβαση (Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993; Wampold, 2001). Όσον αφορά τις ατομικές ψυχοθεραπείες, έχουν μελετηθεί αρκετά (Bachelor & Horvath, 1999; Beck & Jones, 1973) οι κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες ή δραστικά στοιχεία, τα οποία αναδύονται μέσα στη συνεδρία. Η σύνδεσή τους με τη θετική θεραπευτική έκβαση έχει επίσης μελετηθεί (Lambert, 1992).

Οι Grencevege & Norcross (1990) εντόπισαν πέντε κατηγορίες κοινών θεραπευτικών παραγόντων: Χαρακτηριστικά πελατών, ποιότητες θεραπειών, διαδικασία αλλαγής, χειρισμοί της δομής και θεραπευτική σχέση. Βρήκαν επίσης ότι η κατηγορία διαδικασία αλλαγής περιέχει τις υποκατηγορίες κάθαρση του θεραπευόμενου και απόκτηση και εφαρμογή νέων συμπεριφορών.

Αυτές οι δύο υποκατηγορίες αποτελούν το 70% των κοινών σημείων σε όλες τις θεραπείες οι οποίες σχετίζονται με την θετική έκβαση.

Αυτές οι δύο υποκατηγορίες, κάθαρση του θεραπευόμενου και απόκτηση και εφαρμογή νέων συμπεριφορών, επικαλύπτουν λίγο ή πολύ μερικές κατηγορίες των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, η πρώτη τις κατηγορίες αποκάλυψη σημαντικού υλικού, περιγραφή και εξερεύνηση συναισθημάτων, αποκάλυψη απωθημένου υλικού, έκφραση συναισθημάτων σε προσωπικές στιγμές και η δεύτερη

τις κατηγορίες νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά, εμφάνιση νέας προσωπικότητας, μείωση συμπτωμάτων, οι οποίες σχετίζονται με την θετική θεραπευτική έκβαση. Το ποσοστό εμφάνισής τους το οποίο αναφέρθηκε υπογραμμίζει τη σημασία τους για τη ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Έρευνα των Lambert και Barley (2002) τονίζει τη σημασία των δραστικών παραγόντων για το θεραπευτικό αποτέλεσμα της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Δείχνει ότι η βελτίωση της κατάστασης του πελάτη σχετίζεται κατά 30% με τους κοινούς παράγοντες και κατά 15% με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και τον συγκεκριμένο τύπο ψυχοθεραπείας, κατά 15% με την επίδραση του κύρους του θεραπευτή και της προσδοκίας του θεραπευόμενου και κατά το υπόλοιπο 40% με εξωσυνεδριακούς θεραπευτικούς παράγοντες (Lambert & Barley, 2002).

Σε όλες τις ψυχοθεραπείες αναγνωρίστηκαν κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες οι οποίοι έχουν θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα.. Ως κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες αναφέρονται από τους ερευνητές διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις και ενδοσυνεδριακά φαινόμενα. Οι Grencavage και Norcross (1990) εντόπισαν πέντε κατηγορίες κοινών θεραπευτικών παραγόντων: Χαρακτηριστικά πελατών, ποιότητες θεραπευτών, διαδικασία αλλαγής, χειρισμοί της δομής και θεραπευτική σχέση. Προσθέτοντας σε αυτές τις πέντε κατηγορίες και τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα η εικόνα αναφορικά με το ποιοι είναι οι κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες καθίσταται πλήρης. Οι κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες έχουν συσχετισθεί με θετική θεραπευτική έκβαση.

Οι δραστικοί παράγοντες

Οι Frank & Frank (1991) μελέτησαν και πρότειναν έξι στοιχεία κοινά σε διάφορους ψυχοθεραπευτικούς τύπους: όπου ο θεραπευτής α) καταπολεμά την αποθάρρυνση και αλλοτρίωση του ασθενούς δημιουργώντας ισχυρή θεραπευτική σχέση, β) ενσταλάζει ελπίδα για βελτιώσεις κατά τη θεραπευτική διαδικασία, η οποία εντείνει την προσδοκία του θεραπευόμενου, γ) προσφέρει νέες εμπειρίες μάθησης, δ) βοηθάει την ανάδειξη, την έκφραση και την επεξεργασία των συναισθημάτων του θεραπευόμενου, ε) ενισχύει το αίσθημα ικανότητας αυτοδιαχείρισης ή αυτοεκτίμησης. στ) προσφέρει ευκαιρίες για τον πελάτη, ώστε να δοκιμάσει νέες συμπεριφορές.

Τα ίδια στοιχεία αναγνωρίζονται και στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία (Miller, Duncan, & Hubble, 1997).

Ο Thomas, (2006) επιβεβαίωσε ότι και στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία η αναλογία των παραγόντων οι οποίοι συμβάλουν στην θεραπευτική αποτελεσματικότητα είναι περίπου αυτή που βρήκαν οι Lambert και Barley (2002) στην ατομική ψυχοθεραπεία.

Οι Sprenkle και Blow (2004) υποστήριξαν ότι τόσο για την επίτευξη θετικής θεραπευτικής έκβασης όσο και για την επιτυχία διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων συνεισφέρουν μια ομάδα κοινών θεραπευτικών παραγόντων και μηχανισμών αλλαγής, οι οποίοι αναγνωρίζονται σε κάθε μορφή επιτυχούς ψυχοθεραπείας ανεξάρτητα από τον θεωρητικό προσανατολισμό της και το είδος των παρεμβάσεών της. Αυτοί οι παράγοντες είναι οι εξής:

Η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης, παράγοντες σχετικοί με τον πελάτη (στάση του θεραπευόμενου, χαρακτηριστικά πελατών), παράγοντες σχετικοί με τον θεραπευτή (ποιότητες θεραπευτών, η στάση του θεραπευτή, χειρισμοί της δομής).

Σε αρκετές έρευνες έχουν μελετηθεί μερικοί από αυτούς τους παράγοντες, όπως η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης, η στάση του θεραπευτή, η στάση του θεραπευόμενου, οι χειρισμοί της δομής (το είδος των θεραπευτικών παρεμβάσεων και ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιούνται).

Η βιωματική εμπλοκή, η οποία είναι ένα ενδοσυνεδριακό φαινόμενο, μπορεί να προστεθεί στην ομάδα των κοινών δραστικών παραγόντων ως μια εκδοχή του δραστικού παράγοντα ο οποίος ονομάστηκε « η στάση του θεραπευόμενου».

Ένα άλλο ενδοσυνεδριακό φαινόμενο είναι οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές. Μερικές από αυτές τις στιγμές μπορούν επίσης να αναγνωρισθούν ως δραστικός παράγοντας, αφού απαντιόνται και στην κατηγορία «στάση του θεραπευόμενου».

Μερικές από τις ενδοσυνεδριακές στιγμές, οι οποίες είναι εκφράσεις της θεραπευτικής σχέσης, αποτελούν δραστικό θεραπευτικό παράγοντα αφού ανήκουν στην κατηγορία «η ποιότητα στη θεραπευτική σχέση».

Λόγω αυτής της εννοιολογικής ταύτισης μεταξύ μερικών ενδοσυνεδριακών φαινομένων και κοινών θεραπευτικών παραγόντων αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους σκοπούς της μελέτης αυτής η εκτενέστερη παρουσίαση ερευνών για την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης, τη δημιουργία της και τις επιδράσεις της στη θεραπευτική διαδικασία, τις σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, τη βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στην θεραπευτική διαδικασία και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι επίσης ένας σημαντικός κοινός δραστηριτικός παράγοντας ο οποίος ενδιαφέρει ιδιαίτερα αυτή την μελέτη. Είναι σημαντικός διότι η πραγματοποίηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων θεωρείται από τους συστημικούς ψυχοθεραπευτές ως ένας από τους σημαντικούς θεραπευτικούς παράγοντες σε αυτό το είδος ψυχοθεραπείας.

Οι Frank και Frank (1991) πρότειναν και μελέτησαν έξι στοιχεία τα οποία είναι κοινά σε διάφορους ψυχοθεραπευτικούς τύπους και τα οποία αναφέρονται στις θεραπευτικές παρεμβάσεις ή τις στάσεις του θεραπευτή. Όσον αφορά τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία και τους διάφορους τύπους της, βρέθηκαν ως κοινοί δραστηριοί παράγοντες η στάση του θεραπευτή, όπως και στις αντίστοιχες έρευνες για τους άλλους ψυχοθεραπευτικούς τύπους, αλλά και η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης όπως και παράγοντες σχετικοί με τον πελάτη.

Η θεραπευτική σχέση, οι στάσεις των θεραπευομένων αλλά και η στάση των θεραπευτών αποτυπώνεται στην πραγματικότητα της θεραπευτικής συνεδρίας με τη δημιουργία ενδοσυνεδριακών φαινομένων. Αυτά τα φαινόμενα τα οποία συνδέονται με τη θεραπευτική διαδικασία αποτελούν μια σημαντική μεταβλητή του φαινομένου της θεραπευτικής αλλαγής, όπως ακριβώς και οι δραστηριοί παράγοντες.

Ενδοσυνεδριακά φαινόμενα

Τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα θεραπευτικής αλλαγής και οι έρευνες διαδικασίας ασχολήθηκαν συστηματικά με αυτόν.

Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο μελετήθηκε η θεραπευτική διαδικασία, ώστε να κατανοηθεί τι πραγματικά συμβαίνει κατά την διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας, είναι μέσα από την αναγνώριση και τη μελέτη διαφόρων ενδοσυνεδριακών φαινομένων, όπως η εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών και η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία. Ένα από τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα το οποίο αναγνωρίστηκε ως κοινός θεραπευτικός παράγοντας είναι οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές. Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, όταν εμφανίζονται, θεωρούνται δείκτες αλλαγής και θεραπευτικής προόδου (Elliott, 1983a, 1983b; Greenberg, 1984; Horowitz, 1987; Mahrer, 1985, 1988). Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές είναι συμπεριφορές ή στάσεις του θεραπευόμενου οι οποίες προκύπτουν κατά τη διάρκεια

της ψυχοθεραπείας και έχουν αναγνωρισθεί από διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις ως σημαντικές για τη θεραπευτική διαδικασία και την θεραπευτική αλλαγή.

Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν πέντε μεθόδους-κριτήρια με τα οποία αναγνώρισαν τις σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, ώστε ακολούθως να μελετηθούν (Mahrer, & Nadler, 1986):

1. Αναγνωρίζεται ως σημαντική ενδοσυνεδριακή στιγμή αυτή η οποία σχετίζεται με τη θετική θεραπευτική έκβαση της ψυχοθεραπείας. Σε μια μετανάλυση των σχετικών ερευνών οι Orlinsky και Howard (1978) συμπέραναν ότι οι σημαντικές στιγμές χαρακτηρίζονται από εκφραστική και όχι υπέρμετρα ορθολογική επικοινωνία. Είναι εκείνες στις οποίες ο πελάτης μιλά για τον εαυτό του με προσωπικό τρόπο και εμπλέκεται σε μια σχέση ζεστασιάς, κατανόησης και υποστήριξης με το θεραπευτή.
2. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, ως σημαντικές αναγνωρίζονται οι στιγμές κατά τις οποίες ο πελάτης επιδεικνύει υγιή συμπεριφορά, ωριμότητα και προσαρμοστικότητα, όταν δηλαδή εστιάζει στο άμεσο βίωμα (Gendlin, Beebe, Cassens, Klein, & Oberlander, 1968) και παρουσιάζει υψηλά επίπεδα συνεργασίας, συναίνεση, συμμόρφωση ή και ανυπακοή, διαφωνία, αποδοκιμασία (Horowitz, Sampson, Siegelman, Weiss, & Goodfriend, 1978).
3. Αναγνωρίζεται ως σημαντική ενδοσυνεδριακή στιγμή σύμφωνα με την αξία και το νόημα του κάθε χαρακτηριστικού για κάθε διαφορετική θεωρία ψυχοθεραπευτικής εφαρμογής. Η αξία και το νόημα του κάθε χαρακτηριστικού είναι διαφορετικό για κάθε ψυχοθεραπευτικό τύπο, ακριβώς γιατί αποτελεί εφαρμογή διαφορετικής ψυχολογικής θεωρίας. Για παράδειγμα, στην πελατοκεντρική θεραπεία ως σημαντική στιγμή κρίνεται εκείνη κατά την οποία ο πελάτης εμπλέκεται στη διαδικασία κατανόησης του εαυτού (Kiesler, 1971), εσωτερικής αλλαγής, αισθάνεται ανακούφιση και διακρίνεται από αποφασιστικότητα (Mathieu, Coughlan, & Klein, 1984), ενώ για την γνωσιακού τύπου ψυχοθεραπεία σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές αποτελούν η αυξημένη αντίληψη, η κατανόηση, η αναγνώριση και η επανεξέταση γνωσιακών κατασκευών οι οποίες συνδέονται με την επίλυση προβληματικών καταστάσεων (Rice & Saperia, 1984). Στις ψυχοδυναμικού τύπου θεραπευτικές προσεγγίσεις αξιολογούνται ως σημαντικές στιγμές η μεταβίβαση, η ενδοσκόπηση των συναισθημάτων και η ανάσυρση απωθημένου υλικού (Elliott, 1984; Raskin, 1949; Strupp, 1980).

4. Ως τέταρτο κριτήριο για τον ορισμό των σημαντικών στιγμών αναγνωρίστηκε η συσχέτιση με την επίλυση του προβλήματος στόχου, τη μείωση των παραπόνων, την αντιμετώπιση δυσκολιών και συμπτωμάτων. Αναφέρονται παραδείγματα, όπως οι ημικρανίες, οι στομαχικοί πόνοι, η απώλεια μνήμης, η κατάθλιψη, το άγχος σε σχέση με τη σεξουαλική ζωή (Luborsky, 1967; Luborsky & Auerbach, 1969; Luborsky & Mintz, 1975) ή συμπεριφορές, σχήματα και ιδέες αναποτελεσματικές ή προβληματικές.

5. Ως πέμπτο κριτήριο ορίστηκε ο εντοπισμός και η αξιολόγηση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών από το θεραπευτή, τον πελάτη ή κριτές μετά το πέρας της συνεδρίας.

Οι Orlinsky και Howard (1975) με βάση το πέμπτο κριτήριο προσδιόρισαν τρία είδη σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών.

1. Στιγμές ενδοσκόπησης και κατανόησης.
2. Στιγμές ενός διάχυτου θετικού συναισθήματος, όπως η αισιοδοξία, η ασφάλεια, η εμπιστοσύνη, η υποστήριξη.
3. Στιγμές εκμυστήρευσης προσωπικών σχέσεων στο παρελθόν και το παρόν.

Ως ενδοσυνεδριακά φαινόμενα αναγνωρίζονται η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία και οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν μεθόδους-κριτήρια με τα οποία αναγνώρισαν τις σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, ώστε ακολούθως να μελετηθούν. Αυτά τα κριτήρια είναι πέντε τον αριθμό και καλύπτουν τον θεωρητικό προσανατολισμό και την κρίση του θεραπευτή, τη θεραπευτική έκβαση της ψυχοθεραπείας και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων για τα οποία προσήλθε στη θεραπεία ο θεραπευόμενος. Τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα τα οποία παρουσιάστηκαν, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και η θεραπευτική αποτελούν βασικούς άξονες της θεραπευτικής διαδικασίας.

Οι τρεις βασικοί άξονες της θεραπευτικής διαδικασίας

Οι ερευνητές οι οποίοι έχουν μελετήσει τη θεραπευτική διαδικασία έδωσαν μεγάλη έμφαση σε τρεις βασικούς άξονες. Ο ένας είναι η θεραπευτική σχέση και ειδικότερα ο παράγοντας θεραπευτική συμμαχία. Ερεύνησαν πώς εγκαθιδρύεται, αυτή, συντηρείται τραυματίζεται και αποκαθίσταται. Ο δεύτερος άξονας είναι η εμφάνιση διαφόρων ενδοσυνεδριακών φαινομένων και η σχέση τους με τις διάφορες

ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και τη θεραπευτική έκβαση. Τέλος ο τρίτος άξονας είναι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ερευνήθηκε ποιος είναι ο ρόλος τους στη θεραπευτική αλλαγή και η σχέση των θεραπευτικών παρεμβάσεων με την εμφάνιση ενδοσυνεδριακών φαινομένων. Η μελέτη αυτών των τριών αξόνων είναι ικανή να απαντήσει σε βασικά ερωτήματα σχετικά με τη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής σε όλους τους τύπους ψυχοθεραπείας και φυσικά και στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Ο πρώτος άξονας: Η θεραπευτική σχέση

Ως θεραπευτική σχέση περιγράφεται η ιδιαίτερη σχέση η οποία αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευτή ή θεραπευτικού συστήματος και θεραπευόμενου ή θεραπευόμενου συστήματος κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας. Η θεραπευτική σχέση αναφέρεται στη συστηματική αλληλεπίδραση θεραπευτή και θεραπευόμενου με στόχο τη συνεργασία και την τελική αντιμετώπιση του προβλήματος του δεύτερου (Σταλίκας & Μερτίκας 2004. Χαρίτου-Φατούρου, 1999).

Η θεραπευτική σχέση χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη ή μη της θεραπευτικής συμμαχίας, την ανάπτυξη θετικών ή αρνητικών, έντονων ή ασθενών, συναισθημάτων, αμοιβαίως μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν μελετηθεί. Επίσης και η θεραπευτική σχέση, ως κοινός θεραπευτικός παράγοντας έχει μελετηθεί αρκετά σε διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας με αξιόπιστες και έγκυρες έρευνες. Το πρώτο από αυτά τα χαρακτηριστικά αφορά τη θεραπευτική συμμαχία.

Η θεραπευτική συμμαχία

Η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί ένα από τα βασικότερα φαινόμενα της θεραπευτικής σχέσης, το οποίο έχει μελετηθεί αρκετά ως προς την επίπτωσή του στη θεραπευτική διαδικασία και την θεραπευτική αλλαγή, και ως τέτοιο απασχόλησε αυτή τη μελέτη.

Η θεραπευτική συμμαχία είναι ένα είδος συνεργασίας η οποία αναπτύσσεται στο θεραπευτικό σύστημα μεταξύ θεραπευτών και θεραπευόμενων με σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος των θεραπευόμενων. Σύμφωνα με τον Bordin (1980), η θεραπευτική συμμαχία ορίστηκε ως το ενεργό συστατικό κάθε θεραπευτικής σχέσης, ορίστηκε κυρίως ως μια συνεργατική οντότητα η οποία περιέχει τρία σημαντικά συστατικά στοιχεία: α) συμφωνία για τους θεραπευτικούς

στόχους, β) συναίνεση για τα έργα τα οποία απαιτεί η θεραπεία και γ) ένα συναισθηματικό δεσμό μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Σύμφωνα με τους Friedlander, Escudero και Heartherington (2006), οι οποίοι στηρίχθηκαν στην εργασία του Horvath (1994), στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία τα συστατικά της στοιχεία είναι ο συναισθηματικός δεσμός, η συνεργασία γύρω από τους θεραπευτικούς στόχους και τις στρατηγικές για την επίτευξή τους και η συμφωνία γι' αυτούς τους στόχους μεταξύ των μελών της οικογένειας. Η θεραπευτική συμμαχία είναι αρκετά καλά μελετημένο φαινόμενο γενικά για όλους τους τύπους ψυχοθεραπείας αλλά και αναφορικά με την οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Η θεραπευτική συμμαχία και οι θεραπευόμενοι

Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με τη θεραπευτική συμμαχία αφορούν ψυχοθεραπείες ατομικού προσανατολισμού, αλλά έχει μελετηθεί και σε οικογενειακές ψυχοθεραπείες διαφόρων προσεγγίσεων, μεταξύ των οποίων και συστημικής. Μία από τις παραμέτρους οι οποίες ελέγχθηκαν είναι η σχέση της με την θεραπευτική έκβαση και με τη θεραπευτική διαδικασία.

Για παράδειγμα, η ύπαρξη καλής θεραπευτικής συμμαχίας συσχετίζεται με θετική πρόγνωση για τη θεραπευτική έκβαση της ψυχοθεραπείας (Gastonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996). Η ποιότητα της συμμαχίας σχετίστηκε με ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Horvath, & Symonds, 1991; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985). Οι Horvath και Symonds (1991) ανέφεραν σε μεταναλυτική έρευνά τους σε 21 έρευνες ότι η θεραπευτική συμμαχία στην αρχή της ψυχοθεραπείας συσχετιζόταν περισσότερο με θετική έκβαση της ψυχοθεραπείας, ενώ οι Hartley και Strupp (1983) βρήκαν ότι η θεραπευτική συμμαχία, η οποία αναπτύσσεται αργότερα στη θεραπεία, δεν σχετίζεται με την έκβαση της θεραπείας. Μπορεί συμπερασματικά να αναφερθεί ότι έρευνες, ατομικής ψυχοθεραπείας, στηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ θεραπευτικής συμμαχίας και τελικής θεραπευτικής έκβασης (Eaton, Abeles, & Gutfreund, 1988; Horvath & Greenberg, 1989; Marmar, Weiss, & Gaston, 1989; Marziali, 1984; Tichenor & Hill, 1989). Ένα συμπέρασμα το οποίο προκύπτει παρά την πολυπλοκότητα των ευρημάτων είναι ότι η συμμαχία, όπως καταγράφεται από μετρήσεις σε πρώιμα στάδια της θεραπείας, είναι εξίσου καλός προγνωστικός παράγοντας του θεραπευτικού αποτελέσματος ή και καλύτερος από τη συμμαχία η οποία καταγράφεται σε μεταγενέστερα χρονολογικά στάδια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας και γενικά φαίνεται να συσχετίζεται με τα

θεραπευτικά οφέλη (Horvath, 2001). Η σχέση μεταξύ θεραπευτικής συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος όπως παρουσιάζεται στις διάφορες ανασκοπήσεις ερευνών μετανάλυσης (Horvath & Symonds 1991; Martin, Garske & Davis, 2000) είναι αρκετά σταθερή: η συσχέτιση συμμαχίας είναι μέτρια αλλά στατιστικά σημαντική (κυμαίνεται από 0,22 έως 0,29) και η αξιολόγηση από την πλευρά του θεραπευόμενου είναι περισσότερο και είναι προβλεπτική του τελικού θεραπευτικού αποτελέσματος από εκείνη άλλων πηγών. Η θεραπευτική συμμαχία είναι μελετημένη επαρκώς ως παράγοντας σχετιζόμενος με τη θεραπευτική έκβαση και φαίνεται ότι πράγματι συσχετίζεται με τη θετική θεραπευτική έκβαση.

Σε αρκετές έρευνες μελετήθηκε η σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με τον τύπο ψυχοθεραπείας. Η επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας ερευνήθηκε και σε βραχείας και σε μακράς διάρκειας ψυχοθεραπείες (Frank & Gunderson 1990; Kokotovic & Tracey 1990), καθώς και σε διαφορετικές μεταξύ τους ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως της συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας (De Rubeis & Feeley, 1991; Krupnick, Stotsky, Simmens, & Moyer, 1996; Rounsaville, Chevron, Prusoff, Elkin, Imber, Sotsky & Watkins, 1987), της ψυχοδυναμικής θεραπείας (Eaton, Abeles, & Gutfreund, 1988 ; Krupnick *et al.*, 1996; Luborsky 1976 b; Marmar, Horowitz, Weiss, & Marziali, 1986; Marziali, Marmar, & Krupnick 1981; Saunders, Howard, & Orlinsky 1989; Windholz, Horowitz, & Marmar 1985; Windholz & Silbershatz, 1988), της γνωσιακής ψυχοθεραπείας (Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer & Gagnon, 1998; Krupnick *et al.*, 1996; Raue, Goldfried & Barkham, 1997; Svartberg & Stiles, 1992), της μορφολογικής θεραπείας (Horvath & Greenberg, 1989).

Οι έρευνες στην πλειοψηφία τους υποστηρίζουν την άποψη ότι οι κυριότεροι τύποι ψυχοθεραπείας που έχουν μελετηθεί εμφανίζουν παραπλήσια θετική συσχέτιση θετικής θεραπευτικής έκβασης και εμφάνισης θεραπευτικής συμμαχίας (Luborsky, 1994, αναφ. στο Horvath και Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Martin *et al.*, 2000).

Οι Sprenkle & Blow (2004) υποστηρίζουν ότι, όπως στις υπόλοιπες ψυχοθεραπείες, έτσι και στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία η ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας είναι ένας από τους βασικούς θεραπευτικούς παράγοντες. Αυτή πρέπει να αναπτυχθεί όχι μόνο με τον ενδεικνυόμενο ασθενή, αλλά και με υπόλοιπα μέλη της οικογένειας καθώς και με το κοινωνικό του δίκτυο.

Έρευνες συσχέτισαν την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας με την ικανότητα του θεραπευόμενου να επιτύχει τη θεραπευτική αλλαγή (Frank 1982; Michell, Bozarth, & Krauft, 1977; Sweet, 1984 ;Wilson & Evans, 1977), με στοιχεία της συμπεριφοράς και της προσωπικότητας του ασθενούς (Kokotovic & Tracey, 1990; Muran , Gorman, Safran, Twining, Samstag, & Winston, 1994) και οι (Walner, Samstag *et al.*, αναφ. στο Horvath & Luborsky, 1993), αλλά και με το είδος και τη βαρύτητα της διαταραχής (Gaston *et al.*, 1998; Luborsky *et al.*, 1985; Rounsaville *et al.*, 1987; Zuroff *et al.*, 2000; Gaston, Marmar, Gallagher, & Thompson, 1990; Horvath & Greenberg, 1994; Joyce & Piper, 1998; Kokotovic & Tracey, 1990 ; Lieberman *et al.*, 1992; Orlinsky, Grawe, Parks, 1994; Fitzpatrick, 1997; Paivio & Bahr, 1998; Florsheim, Shotorbani, Guest-Warnick, Barratt, & Hwang, 2000; Gunderson *et al.*, 1997; Hersoug *et al.*, 2002). Οι έρευνες υπέδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση αυτών των μεταβλητών στην οικοδόμηση της θεραπευτικής συμμαχίας. Μελετήθηκε η σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με τη θεραπευτική έκβαση και με τη θεραπευτική διαδικασία. Πράγματι έχει συσχετισθεί με τη θετική ψυχοθεραπευτική έκβαση σε διαφορετικούς τύπους ψυχοθεραπείας, μεταξύ των οποίων και με τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Έχει συσχετισθεί επίσης με την ικανότητα του θεραπευόμενου να αναπτύσσει θεραπευτική συνεργασία. Ανάλογες μελέτες έχουν γίνει και για τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας.

Η θεραπευτική συμμαχία και οι θεραπευτές

Άλλες έρευνες συσχέτισαν την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας με παράγοντες σχετικούς με τον θεραπευτή. Σε σύγκριση με την έρευνα για τους παράγοντες οι οποίοι αφορούν τον θεραπευόμενο, η αντίστοιχη για τους παράγοντες οι οποίοι αφορούν τον θεραπευτή είναι λιγότερο πλούσια. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί απόρροια της επικρατούσας άποψης ότι τα προσωπικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή αποτελούν παρεμβαλλόμενη μεταβλητή στην έρευνα της ψυχοθεραπείας (Lambert, 1991, αναφ. στο Fitzpatrick, 1997). Οι περισσότερες έρευνες δέχονται αξιωματικά ότι οι θεραπευτές οι οποίοι ασπάζονται το ίδιο θεραπευτικό μοντέλο λειτουργούν λίγο ως πολύ με τον ίδιο τρόπο, χωρίς να επιτρέπουν να παρεμβάλλονται στο έργο τους προσωπικές πεποιθήσεις και αδυναμίες (Σταλίκας, 2005).

Αυτοί οι παράγοντες, οι οποίοι αφορούν τον θεραπευτή, ομαδοποιήθηκαν από τους Horvath και Bedi (αναφ. στο Norcross, 2002) ως εξής:

Ικανότητες επικοινωνίας, τρόπος παρέμβασης (ενσυναίσθηση, αυτοαποκάλυψη, διερεύνηση), εμπειρία και εκπαίδευση, προσωπικότητα, συμπληρωματικότητα θεραπευτή και θεραπευόμενου, συνεργασία, δημογραφικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή, το φύλο.

Η θεραπευτική συμμαχία και η οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Όσον αφορά την οικογενειακή ψυχοθεραπεία, οι έρευνες οι οποίες έχουν γίνει δεν διαχωρίζουν τις θεωρητικές κατευθύνσεις της οικογενειακής ψυχοθεραπείας σε συστημική και μη συστημική οικογενειακή θεραπεία.

Σε έρευνά τους οι Holtzworth-Munroe, και συν. (1989) εντόπισαν τον θετικό συσχετισμό της συνεργασίας και της ενεργητικής συμμετοχής του ζεύγους στα καθήκοντα της θεραπευτικής προσέγγισης με τα θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Ακόμα οι Bourgeois, και συν. (1990) υποστήριξαν τη συσχέτιση της ύπαρξης της θεραπευτικής συμμαχίας με την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων της οικογενειακής ψυχοθεραπείας .

Οι Friedlander, Heatherington, Johnson και Skowron (1994) οι Heatherington και Friedlander, (1990b) και οι Holloway και συν. (1990) υποστήριξαν ότι και στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία, όπως και στην ατομική, το επίπεδο της συνεργατικότητας της οικογένειας και η θέλησή της να εμπλακεί στην επίλυση προβλημάτων, αλλά και η συνεργασία της με το θεραπευτή, σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα της συνεδρίας.

Οι Chamberlain και συν. (1984), Alexander (1988) οι Holtzworth-Munroe και συν. (1989) και οι Shields και συν. (1991) συσχέτισαν τη θεραπευτική συμμαχία με τη θεραπευτική έκβαση και τη συνέχιση της ψυχοθεραπείας.

Αν και οι έρευνες για την ανάπτυξη και την εξέλιξη της θεραπευτικής συμμαχίας στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι λίγες και δεν διαχωρίζουν την οικογενειακή από τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία εντούτοις δείχνουν αποτελέσματα αντίστοιχα με των άλλων τύπους ψυχοθεραπείας, δηλαδή ότι σχετίζεται με τη θεραπευτική έκβαση και με χαρακτηριστικά της οικογένειας αλλά και του θεραπευτή. Άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό της θεραπευτικής σχέσης είναι η έκφραση συναισθημάτων κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

Έκφραση και επεξεργασία συναισθημάτων

Η επαρκής μελέτη της θεραπευτικής σχέσης επιτρέπει την πληρέστερη κατανόησή της ως θεραπευτικού παράγοντα. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντάς της, ο οποίος μετατρέπει τη θεραπευτική σχέση σε κοινό θεραπευτικό παράγοντα όπως υποστηρίζει ο Frank και Frank (1991) εκτός από την θεραπευτική συμμαχία είναι η έκφραση και η επανεπεξεργασία συναισθημάτων. Αυτά μπορεί να είναι έντονα συναισθήματα προς τον θεραπευτή ή έκφραση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας δυνατών συναισθημάτων σε προσωπικές στιγμές (Mahrer & Nadler, 1986). Παρεμφερή ήταν και τα ερευνητικά αποτελέσματα των Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue και Hayes (1996), οι οποίοι ανέδειξαν από την ανάλυση τους δύο παράγοντες ως προβλεπτικούς καλού θεραπευτικού αποτελέσματος, κοινούς για όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις: τη θεραπευτική συμμαχία και το συναισθηματικό βίωμα των θεραπευόμενων.

Πολλές έρευνες συμπεραίνουν ότι το ενδιαφέρον και το συναίσθημα αγάπης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου ή μελών μιας ομάδας αποτελεί προϋπόθεση για την εδραίωση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης (Ancona, Mangiarotti, & Coope 1999; Bemak & Epp, 1996; Gerrard, 1996; Moeller & Homolike, 2002; Natterson, 2003; Porter, 2000; Spurgeon, 1987). Η Snyder (2000) ανέφερε την αμοιβαία αγάπη στην ψυχοθεραπευτική σχέση μέσα στα πλαίσια της συστημικής θεραπείας ως μια ουσιαστική παράμετρο της θεραπείας, η οποία σχετίζεται με τη συναισθηματική ανάπτυξη του πελάτη. Πρότεινε τη συνειδητή ανάπτυξη αμοιβαίας αγάπης με την ενεργή συμμετοχή του θεραπευτή.

Από τη μέχρι τώρα παρουσίαση αναδείχθηκε η σύνδεση της σχέσης θεραπευτή – θεραπευόμενου και ειδικότερα η εμφάνιση και ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας με τη θεραπευτική έκβαση γενικά στην ψυχοθεραπεία και ειδικότερα στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Εν συμπεράσματι μπορεί να υποστηριχθεί ότι η θεραπευτική σχέση είναι ένας κοινός θεραπευτικός παράγοντας του οποίου χαρακτηριστικά, όπως η θεραπευτική συμμαχία, η έκφραση και διαχείριση συναισθημάτων μέσα στη συνεδρία, έχουν επιτυχώς συσχετισθεί με τη θεραπευτική έκβαση σε ατομικού τύπου ψυχοθεραπείες, οικογενειακές διαφόρων προσεγγίσεων καθώς και οικογενειακής συστημικής θεραπείας.

Η ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας έχει συσχετισθεί με το είδος της ψυχοπαθολογίας του ασθενούς, με ατομικά χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου, τα οποία διαμόρφωσαν την ικανότητά του να εμπλέκεται στη θεραπευτική διαδικασία.

Η ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας έχει συσχετισθεί θετικά με παράγοντες σχετικούς με τον θεραπευτή, όπως τις ικανότητές του για επικοινωνία, την εμπειρία, την εκπαίδευσή του, την προσωπικότητά του και το φύλο του.

Το δεύτερο χαρακτηριστικό της θεραπευτικής σχέσης, η έκφραση και η επεξεργασία συναισθημάτων ενδοσυνεδριακά, έχει συνδεθεί με τη θετική θεραπευτική έκβαση και αποτελεί προϋπόθεση για εδραίωση της καλής θεραπευτικής σχέσης.

Ο δεύτερος βασικός άξονας της θεραπευτικής διαδικασίας αφορά τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα. Τέτοια φαινόμενα είναι η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και η ύπαρξη σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών.

Ο δεύτερος άξονας: Οι έρευνες διαδικασίας και ενδοσυνεδριακά φαινόμενα

Βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία

Ένα από τα σημαντικά ενδοσυνεδριακά φαινόμενα είναι η βιωματική εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία. Το φαινόμενο αυτό έχει μελετηθεί σε διάφορους τύπους ατομικής ψυχοθεραπείας και υπάρχουν αρκετά ερευνητικά ευρήματα τα οποία συνέδεσαν τη βιωματική εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία με τη θετική θεραπευτική έκβαση.

Οι έρευνες των Gendlin και Tomlinson (1967); Gendlin, Jenney, και Slein (1968); Gendlin (1969) συσχέτισαν την επιτυχή έκβαση σε ατομικές ψυχοθεραπείες με την ποιότητα και ένταση του βιώματος εμπλοκής του θεραπευόμενου στη θεραπευτική συνεδρία. Επίσης διαφοροποίησαν την έκβαση και την ποιότητα του βιώματος, ανάλογα με το είδος της ψυχοπαθολογίας του θεραπευόμενου.

Σύνδεση με θεραπευτική έκβαση αναφέρθηκε στην έρευνα του Kiesler (1971), των Karon και Vandenbos (1970), και Karon και O'Grady (1969).

Οι Greenberg, Elliott και Lietaer (1994) βεβαιώνουν ότι υπάρχει αυξανόμενος αριθμός ενδείξεων ότι ο βαθμός εις βάθος διερεύνησης του νοήματος είναι προδηλωτικός της θετικής θεραπευτικής έκβασης. Η διερεύνηση αυτή αποτελεί ένδειξη αυξημένης βιωματικής εμπλοκής στη θεραπευτική διαδικασία

Η βιωματική εμπλοκή είναι σημαντικός παράγοντας για θετική και παραγωγική θεραπευτική διαδικασία. Και αυτό έχει υποστηριχθεί από αποτελέσματα ερευνών (Mahrer, White, Howard & Lee, 1991; Mahrer, Lawson, Stalikas & Schachter, 1990; Stalikas & Fitzpatrick, 1995). Οι Fitzpatrick, Peternelli, Stalikas και Iwakabe (1999) βρήκαν ότι το επίπεδο βιωματικής εμπλοκής, ακόμα και αν είναι χαμηλό, διευκολύνει την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών φαινομένων και όσο υψηλότερο είναι τόσο περισσότερο συνδέεται με την εμφάνισή τους. Σε αυτή την κατεύθυνση ήταν και η έρευνα των Lewis και Beck, (1983) οι οποίοι βρήκαν ότι στην ομαδική ψυχοθεραπεία συστημικού θεωρητικού υποβάθρου η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου αυξάνεται σε εκείνη την θεραπευτική φάση της ομάδας κατά την οποία οι θεραπευόμενοι δεσμεύονται σε παραγωγικό ενδοψυχική αναζήτηση ή όταν εκφράζουν τα συναισθήματά τους προς τα άλλα μέλη της ομάδας. Οι Watson & Greenberg (1996) σε έρευνα η οποία στόχευε στη συγκριτική μελέτη της πελατοκεντρικής θεραπείας της κατάθλιψης και της εστιασμένης στη διαδικασία βρήκαν ότι οι παρεμβάσεις της θεραπείας η οποία είναι εστιασμένη στη διαδικασία σχετίζονταν με υψηλότερα επίπεδα βιωματικής εμπλοκής και θετικότερα θεραπευτικά αποτελέσματα από την πελατοκεντρική θεραπεία. Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι η βιωματική εμπλοκή είναι ένας παράγοντας κοινός σε διάφορων τύπων ψυχοθεραπείες, ο οποίος σχετίζεται ποικιλοτρόπως με την θεραπευτική διαδικασία. Σχετίζεται με τη θεραπευτική έκβαση αλλά και τη διευκόλυνση της θεραπευτικής αλλαγής. Άλλο σημαντικό ενδοσυνεδριακό φαινόμενο αποτελούν οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές.

Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές

Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές είναι ένα ακόμα ενδοσυνεδριακό φαινόμενο το οποίο εξ ορισμού έχει συνδεθεί με θετική θεραπευτική έκβαση Mahrer και Nadler (1986). Οι Boulet, Souliere και Sterner (1993) και η Nagrant (2006) συνέδεσαν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις με την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών στην Gestalt Therapy σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση. Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές σχετίζονται με τη θετική θεραπευτική έκβαση αλλά και την εξηγούν εν μέρει. Έρευνες έδειξαν ότι η εμφάνιση ενδοσυνεδριακών αλλαγών εξηγούν ένα μικρό μέρος του άμεσου θεραπευτικού αποτελέσματος (Elliott, Barker,

Caskey, & Pistrang, 1982; Hill, 1990) και αυτό είναι αρκετό για να ληφθεί σοβαρά υπόψη η αξία τους για την έρευνα διαδικασίας.

Έχει υποστηριχθεί και σε έρευνα του Stiles και συνεργατών (1994) ότι κάποιες ενδοσυνεδριακές στιγμές οι οποίες αναγνωρίζονται ως σημαντικές και από τους θεραπευόμενους όπως και από τους θεραπευτές συνδέονται με τη θετική θεραπευτική έκβαση (Stiles, Reynolds, Hardy, Rees, Barkham, & Shapiro, 1994) ή και την διευκόλυνση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας (Kahr, 2005; Levit, Butler, & Hill, 2006; Levit, & Bonin-Piazza, 2011). Σε αυτή την έρευνα για παράδειγμα, στιγμές ενόρασης, καλής θεραπευτικής σχέσης ανοικτότητας και διάθεσης για παροχή σημαντικών πληροφοριών στον θεραπευτή βρέθηκε ότι είναι σημαντική στιγμή της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι Valsiner, Molenaar, Lyra και Chaudhary (2009) βρήκαν ότι στις ψυχοδυναμικού προσανατολισμού ψυχοθεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση είναι αυξημένο το ποσοστό εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών όπως είναι η εμφάνιση νέων τρόπων σκέψης, αλληλεπίδρασης και συμπεριφοράς οι οποίοι είναι διαφορετικοί από αυτούς τους οποίους συνήθως χρησιμοποιούσαν στη καθημερινή τους ζωή πριν τη ψυχοθεραπευτική εμπειρία τους. Παρόμοια ευρήματα αναφέρουν και οι Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg, Sousa και Gonçalves (2010) σε έρευνά τους για την emotion-focused therapy.

Αποτελέσματα ερευνών φαίνεται να στηρίζουν τη θέση ότι η εμφάνιση των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών επηρεάζεται θετικά από την προϋπαρξη ενδοσυνεδριακά έντονου συναισθήματος (Mahrer, Lawson, Stalikas, & Schachter, 1990).

Αναλυτικότερα η εμφάνιση κάθε μιας από αυτές τις σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές έχει συνδεθεί σε έρευνες με τη θεραπευτική έκβαση ή την εμφάνιση αλλαγής, τη χρονική φάση της θεραπείας και τη βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και τεχνικές του θεραπευτή.

Ακολούθως γίνεται αναφορά στα ερευνητικά ευρήματα για κάθε ένα χαρακτηριστικό χωριστά.

Η κάθαρση την οποία επιτυγχάνει ο θεραπευόμενος κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, και η οποία σχετίζεται με την παροχή ενδοσυνεδριακά κλινικά σημαντικού υλικού για τον εαυτό του, τις διαπροσωπικές σχέσεις και για σημαντικά γεγονότα, έχει συνδεθεί με τη θετική θεραπευτική έκβαση (Gomes-Schwartz, 1978; Orlinsky & Howard, 1978).

Η περιγραφή –εξερεύνηση της ιδιαίτερης φύσης και του νοήματος των προσωπικών συναισθημάτων έχει συνδεθεί με θετική θεραπευτική έκβαση από τους Orlinsky και Howard (1978).

Η εκφραστική επικοινωνία έχει συσχετισθεί με θετική θεραπευτική έκβαση από αρκετές έρευνες οι οποίες μελέτησαν τα στοιχεία των θεραπειών με θετική θεραπευτική έκβαση σε σχέση με τις σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές. Για παράδειγμα, ο Rice και συνεργάτες συνέδεσαν τη θετική έκβαση με ενδοσυνεδριακές στιγμές κατά τις οποίες η ποιότητα του λόγου του πελάτη χαρακτηριζόταν από ενεργητικότητα, ζωντάνια, εκφραστικότητα και πλούτο λεκτικό(e.g., Butler, Rice, & Wagstaff, 1962; Rice, 1973, 1974; Rice & Wagstaff, 1967).

Οι Orlinsky και Howard (1978) εξάλλου συμπέραναν ότι συσχετίζεται με θετική θεραπευτική έκβαση ο τρόπος έκφρασης του πελάτη, δηλαδή όταν ο τρόπος ομιλίας του είναι εκφραστικός, η διατύπωση και το περιεχόμενο συγκεκριμένο και όχι άκρως ορθολογικό.

Η έκφραση καλής λειτουργίας της θεραπευτικής σχέσης και η έκφραση έντονων συναισθημάτων στον θεραπευτή έχουν συσχετισθεί με θετική θεραπευτική έκβαση από τους Gomes-Schwartz (1978).

Η έκφραση δυνατών συναισθημάτων σε προσωπικές στιγμές έχει συνδεθεί με θετική θεραπευτική έκβαση (Stalikas & Fitzpatrick, 1995; Mahrer, Stalikas, & Schachter, 1990) αλλά και γενικότερα η έκφραση συναισθημάτων και η συναισθηματική εγρήγορση κατά τη θεραπευτική διαδικασία έχει συνδεθεί με θετική θεραπευτική έκβαση (Foa & Kozak, 1991; Mahrer & Gervaise, 1984; Mills & Wooster, 1987; Moore & Haverkamp, 1989; Nichols, 1974; Taurke, Flegenheimer, McCullough, Winston, Pollack, & Trujillo, 1990).

Η απόκτηση και εφαρμογή νέων συμπεριφορών, όπως η έκδηλη εμφάνιση μιας νέας στην ουσία προσωπικότητας και η υιοθέτηση νέων τρόπων ύπαρξης και στάσης στο άμεσο εξωθεραπευτικό περιβάλλον, και οι ενδείξεις ανάληψης εκ μέρους του πελάτη της ευθύνης για αποτελεσματικές αλλαγές συσχετίστηκαν από τους Gomes-Schwartz (1978) με θετική θεραπευτική έκβαση.

Η έκφραση ή περιγραφή αλλαγών της συμπεριφοράς, δηλαδή ύφεση ή εξάλειψη του συμπτώματος, είναι εξορισμού μέρος των κριτηρίων με τα οποία αξιολογείται μια θεραπεία ότι έχει θετική θεραπευτική έκβαση· αναγνωρίζεται ως αποτέλεσμα των περισσότερων ψυχοθεραπευτικών τύπων και είναι σημαντική ενδοσυνεδριακή στιγμή (Luborsky, 1967; Luborsky & Auerbach, 1969; Luborsky & Mintz, 1975; Luborsky,

Singer, Hartke, Crits, Christoph, & Cohen, 1984; Hill *et al.*, 1983; Marmar *et al.*, 1984).

Για χαρακτηριστικά όπως η ανάπτυξη υλικού το οποίο είχε νωρίτερα αποθηκευτεί, η έκφραση ενόρασης/ κατανόησης και η έκφραση μιας ευπρόσδεκτης γενικής κατάστασης ευημερίας, τα οποία χαρακτηρίζουν τη διαδικασία αλλαγής και είναι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, δεν αναφέρονται έρευνες οι οποίες να έχουν μελετήσει αυτά στις ψυχοθεραπείες.

Οι έρευνες έδειξαν ότι τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα της βιωματικής εμπλοκής στη θεραπευτική διαδικασία και της εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών σχετίζονται με πολλούς τρόπους με τη θεραπευτική διαδικασία.

Όσον αφορά τη βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία, οι έρευνες υποδεικνύουν ότι αυτή είναι ένας δραστικός παράγοντας ο οποίος απαντάται σε διάφορων τύπων ψυχοθεραπείες.

Η βιωματική εμπλοκή σε ατομικές ψυχοθεραπείες σχετίζεται θετικά με τη θεραπευτική έκβαση και με την παραγωγικότητα της θεραπευτικής συνεδρίας. Η εμφάνιση καλής βιωματικής εμπλοκής διευκολύνει την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και σχετίζεται με την εμφάνιση άλλων ενδοσυνεδριακών φαινομένων, όπως οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές.

Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές συσχετίστηκαν με θετική θεραπευτική έκβαση σε ατομικές ψυχοθεραπείες, με τη χρονική φάση της θεραπείας, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις του θεραπευτή και τη βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία. Μελετήθηκε σε ατομικές ψυχοθεραπείες η σχέση κάθε διαφορετικής σημαντικής ενδοσυνεδριακής στιγμής ως προς τον χρόνο εμφάνισής της κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας, τη σχέση της με τη βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου, με την θεραπευτική έκβαση και βρέθηκε ότι υπάρχει διαφορά στον τρόπο με τον οποίο η κάθε σημαντική ενδοσυνεδριακή στιγμή συνδέεται με τις αναφερθείσες παραμέτρους.

Ο τρίτος άξονας: Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις ως κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες

Θεραπευτικές παρεμβάσεις και θεραπευτική έκβαση

Ένας ακόμα κοινός θεραπευτικός παράγοντας, είναι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις των θεραπειών έχουν ελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών. Ένας από τους κοινούς θεραπευτικούς παράγοντες οι οποίοι έχουν αναφερθεί σχετίζεται με τους χειρισμούς της δομής. Ως χειρισμοί της δομής ορίζονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και το θεραπευτικό μοντέλο (Grencavage & Norcross, 1990; Sprenkle & Blow, 2004).

Η επίδραση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και του θεραπευτικού μοντέλου εξηγούν το 15% του θεραπευτικού αποτελέσματος (Lambert & Barley, 2002).

Αυτό το εύρημα θέτει τη σημαντικότητα της έρευνας των θεραπευτικών παρεμβάσεων σε χαμηλότερη κλίμακα σπουδαιότητας αλλά δεν αφαιρεί εντελώς την αξία τους. Σε αυτή την έρευνα αφήνεται χώρος για την ανάδειξη της επίδρασης στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα και των άλλων δύο αξόνων οι οποίοι σχετίζονται και επηρεάζουν τη θετική θεραπευτική έκβαση.

Σε υποδείγματα ατομικής ψυχοθεραπείας έχουν γίνει έρευνες οι οποίες έχουν δείξει ότι υπάρχει συσχέτιση με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και τη θεραπευτική έκβαση (Klein *et al.*, 1986; O'Farrell, Hill, & Patton, 1986; Barkham & Sapiro 1986).

Η έρευνα των Jones, Cumming και Horowitz (1988) έδειξε ότι στα πλαίσια της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας οι θεραπευτικές παρεμβάσεις σχετίζονται με συμπεριφορές του θεραπευόμενου, οι οποίες είναι καθοριστικές, για να προβλεφθεί η θεραπευτική έκβαση.

Οι Boulet, Souliere και Sterner (1993) συνέδεσαν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στην Gestalt Therapy με την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, αλλά και με τη θετική θεραπευτική έκβαση. Το είδος των παρεμβάσεων το οποίο μελέτησαν ήταν η αποκάλυψη στον θεραπευόμενο των αντιφάσεων του μεταξύ λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, η περιγραφή με σκοπό την κατανόηση εκ

μέρους του θεραπευόμενου, της βιωματικής εμπειρίας του κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και η εντός της συνεδρίας εκδραμάτιση εκ μέρους του θεραπευόμενου απωθημένων πλευρών της προσωπικότητάς του με στόχο την πλήρη συνειδητοποίηση και τέλος την έκφραση συναισθημάτων απευθείας στον άλλο. Το ίδιο επιβεβαίωσε σε νεότερη έρευνα και η Nagrant (2006). Υπάρχει ένα ευρύ σώμα ερευνών οι οποίες δείχνουν ότι, όταν ο θεραπευτής έχει ενσυναίσθηση κατά τη διάρκεια των παρεμβάσεων του, υπάρχει συσχέτιση με θετική θεραπευτική έκβαση (Lambert & Bergin, 1994; Orlinski *et al.*, 1994).

Οι Shoham, Avner, & Neeman (1989) βεβαιώνουν ότι οι παράδοξες παρεμβάσεις σε θεραπεία εφήβων με αναβλητικότητα ως σύμπτωμα φαίνεται ότι μειώνουν το σύμπτωμα μέσω γνωσιακής αλλαγής (μιας από τις σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές), η οποία συμβαίνει κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

Θεραπευτικές παρεμβάσεις και εμφάνιση ενδοσυνεδριακών φαινομένων

Έρευνες μελέτησαν τη σχέση των παρεμβάσεων του θεραπευτή και της εμφάνισης ενδοσυνεδριακών αλλαγών στον θεραπευόμενο. Τέτοιες είναι οι έρευνες οι οποίες μελετούσαν το είδος των θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες σχετίζονται με αύξηση της αυτοαποκάλυψης του θεραπευόμενου (Wampold & Kim, 1989; Lichtenberg & Barke, 1981). Βρήκαν ότι η παρέμβαση η οποία σχετίζεται με αύξηση της αυτοαποκάλυψης είναι η ενσυναισθητική αντανάκλαση από τον θεραπευτή των λεγομένων του θεραπευόμενου ελαφρώς τροποποιημένων.

Άλλες έρευνες συνέδεσαν την ενόραση του θεραπευόμενου με θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως οι ερμηνείες και οι αντανάκλασεις με τις οποίες ο θεραπευτής ανεδείκνυε τα υπονοούμενα μηνύματα του θεραπευόμενου (Elliot, 1983b). Η χρήση ενδοσυνεδριακά της τεχνικής «των δύο καρεκλών», η οποία είναι γνωστή από τη μορφολογική θεραπεία, σχετίστηκε με αυξημένη αυτοεπίγνωση και αυξημένη βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία (Greenberg & Dompierre, 1981).

Σε έρευνα των Fitzpatrick, Stalikas και Iwakabe (2001) βρέθηκε ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η ερμηνεία, σχετίζονται με σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και μάλιστα με αυτές οι οποίες ορίζονται ως παροχή κλινικά σημαντικών πληροφοριών για τον ίδιο και τις σχέσεις με τους άλλους σε διαφορετικά επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας

Στην έρευνα των Mahrer, White, Howard και Lee (1991) η ερμηνεία του θεραπευτή και η εμπρόθετη μετατόπιση του σημείου προσοχής του θεραπευόμενου σχετίστηκε με σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές.

Σε άλλες έρευνες αναγνωρίστηκαν οι θεραπευτικού τύπου αλλαγές οι οποίες παρατηρούνται με τις ερμηνείες και τις αντιπαραθέσεις (Elliott, James, Reimschuessel, Cislo, & Sacks, 1985; Garduk & Haggard, 1972; Hill, Carter, & O'Farrell, 1983) ή τις ανοιχτές ερωτήσεις (Martin, Martin, & Slemon, 1989). Με τις ανοικτές ερωτήσεις βρέθηκε αύξηση της αυτοαποκάλυψης, αποκάλυψη κλινικά σημαντικού υλικού για τον ίδιο και τους σημαντικούς άλλους, ενώ με τις ερμηνείες και τις αντιπαραθέσεις βρήκαν ότι αυξάνεται η ενόραση αλλά και η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία..

Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι οι αντανακλάσεις και οι αναγνωρίσεις ως παρεμβάσεις, όταν πραγματοποιούνται με τρόπο αυθόρμητο και προσωπικό, βοηθούν στην εστίαση της συναισθηματικής εμπειρίας, ενώ, όταν οι παρεμβάσεις αυτές γίνονται με τρόπο περισσότερο ελεγχόμενο και απρόσωπο, δεν προέκυπτε αυτό το αποτέλεσμα (Wiser & Goldfried, 1998). Άλλες έρευνες έδειξαν ότι οι ερμηνείες του θεραπευτή γενικά μπορεί να είναι βοηθητικές. Αλλά είναι περισσότερο αποτελεσματικές, όταν είναι μέτριες σε βάθος, εστιάζουν στις ανάγκες και τις πεποιθήσεις του θεραπευόμενου και είναι συναφείς με το βιωματικό επίπεδο του θεραπευόμενου τη στιγμή της διατύπωσης (e.g. Claiborn & Dowd, 1985; Joyce, Duncan, & Piper, 1995; Messer, Tishby, & Spillman, 1992).

Από αυτές τις έρευνες φαίνεται ότι οι παρεμβάσεις των θεραπειών αποτελούν κάτι περισσότερο από την απρόσωπη, διαδικαστική και τυποποιημένη χρήση της θεραπευτικής παρέμβασης. Αυτό οδηγεί σε προβληματισμό όσον αφορά τη μελέτη της επίδρασης των παρεμβάσεων, διότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ως μεταβλητές και τα μεταμηνύματα τα οποία εμπεριέχονται στις παρεμβάσεις καθώς και χαρακτηριστικά της μορφής του λόγου του θεραπευτή, όπως χροιά φωνής, ένταση, και τόνος (Wachtel, 1993).

Ο Mahrer (1988) υποστήριξε ότι, για να προκαλέσει ο θεραπευτής στην ψυχοθεραπευτική συνεδρία σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, πρέπει αρχικά να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να αποκτήσει ευνοϊκό επίπεδο έντονου συναισθήματος, συγκινησιακή ετοιμότητα και κατάλληλο επίπεδο βιωματικής εμπλοκής και ακολούθως να εφαρμόσει μια σειρά από παρεμβάσεις (Mahrer, 1988). Οι παρεμβάσεις αυτές είναι διαφορετικές για κάθε κατηγορία σημαντικών

ενδοσυνεδριακών στιγμών (Mahrer, 1988). Για παράδειγμα, για να επιτευχθεί η έκφραση έντονων συναισθημάτων σε εξωθεραπευτικό πλαίσιο, ο θεραπευτής πρέπει να ακολουθήσει την εξής μέθοδο (Mahrer, 1988): Ο θεραπευτής ακούει «βιωματικά», ώστε να αναγνωρίσει το άμεσο αίσθημα-βίωμα και να προκαλέσει την ανάδυση της εικόνας ή σκηνής στην οποία το βίωμα συμβαίνει· τα μάτια του θεραπευόμενου είναι κλειστά, για να μπορεί να ενώσει καλύτερα και να «υπάρξει» σε αυτή τη σκηνή· ο θεραπευόμενος να αλληλεπιδρά άμεσα με τα πρόσωπα της σκηνής· ο θεραπευτής τον κατευθύνει σε τι και πώς πρέπει να πει και να κάνει. Για να επιτύχει την εκφραστική επικοινωνία ο θεραπευτής πρώτα ο ίδιος επικοινωνεί εκφραστικά και έπειτα ζητά από τον θεραπευόμενο να εκφράσει άμεσα τα έντονα συναισθήματά του σε άλλο πρόσωπο κατά τη διάρκεια της ενδοσυνεδριακής εκδραμάτισης και παράλληλα παρέχει στον θεραπευόμενο συγκεκριμένες φράσεις και συμπεριφορές για να αναφέρει και να επιδείξει αντιστοίχως.

Όμως για να επιτύχει νέες συμπεριφορές σε εξωθεραπευτικό πλαίσιο, πρέπει να ακούει «βιωματικά», ώστε να αναγνωρίσει το άμεσο αίσθημα-βίωμα και να προκαλέσει την ανάδυση της εικόνας ή σκηνής στην οποία συμβαίνει το βίωμα και ακολούθως να περιγράψει και να «υπάρξει» στο βίωμα το οποίο περιέγραψε ο θεραπευόμενος και στη συνέχεια και οι δύο να συμμετάσχουν στη νέα συμπεριφορά.

Θεραπευτικές παρεμβάσεις και ενδοσυνεδριακή αλλαγή

Σε άλλες έρευνες μελετήθηκε ο τρόπος παρέμβασης του θεραπευτή ο οποίος προηγείται της εμφάνισης ενδοσυνεδριακών αλλαγών. Τέτοιες αλλαγές είναι η αποκάλυψη κλινικά σημαντικών προσωπικών στοιχείων (Hill & O'Grady, 1985)· σ' αυτή την αλλαγή προηγείται η θεραπευτική παρέμβαση του θεραπευτή με την οποία βοηθά –παροτρύνει την εστίαση του θεραπευόμενου. Άλλη τέτοια αλλαγή είναι η αποκάλυψη κλινικά σημαντικών σχέσεων της οποίας προηγείται η ενσυναισθητική ακρόαση του θεραπευτή και μάλιστα όχι σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, αλλά καθ'όλη τη διάρκεια της συνεδρίας (Friedlander & Phillips, 1984; Grater & Claxton, 1976). Τέλος κατά τη διάρκεια της συνεδρίας η μετάβαση από θεματική η οποία δεν είναι κλινικά σημαντική σε θεματική κλινικά σημαντική σχετίζεται με ερμηνεία εκ μέρους του θεραπευτή (Garduk & Haggard, 1972; Hill & O'Grady, 1985).

Ο Elliott (1983b) μελέτησε τις παρεμβάσεις του θεραπευτή, όταν ο θεραπευόμενος από την περιγραφή κάποιου επίκαιρου γεγονότος καταλήγει να έχει ενόραση.

Αναφέρει ότι ο θεραπευόμενος φθάνει σε αυτή την κατάσταση, αν ο θεραπευτής κάνει αρχικά έμμεσες παρεμβάσεις. Η έμμεση παρέμβαση του θεραπευτή βοηθά την εστίαση του θεραπευόμενου στη βιωμένη αίσθηση, ενώ η άμεση, η οποία ακολουθεί και είναι ερμηνεία βοηθά, στη διασάφηση των πληροφοριών οι οποίες εμπεριέχονται στη βιωμένη αίσθηση .

Η Stuart (1997) αναφέρει σε έρευνά της ότι οι νέες μορφές τρόπου λεκτικής έκφρασης (novel figures of speech), που αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση σε ψυχοδυναμικού τύπου ψυχοθεραπεία, σχετίζεται ταυτόχρονα και με αύξηση του επιπέδου της βιωματικής εμπλοκής αλλά και με μείωση και μάλιστα κάτω από το βασικό επίπεδο εμπλοκής.

Ο Han Gi Baeg (2004), σε έρευνά του διαπίστωσε ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες πραγματοποιούνται με ενσυναίσθηση και με καλό δέσιμο με το περιστατικό, δηλαδή πραγματοποιούνται σε «συντονισμό» (in tune), προκαλούν βαθύτερη αυτογνωσία και ενόραση στον ασθενή για τα προβλήματά του και μεγαλύτερη βιωματική εμπλοκή στην θεραπευτική διαδικασία κατά τη συνεδρία.

Συμπερασματικά, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν συσχετισθεί με τη θεραπευτική έκβαση σε διάφορους τύπους ατομικής ψυχοθεραπείας, με την εμφάνιση ενδοσυνεδριακών φαινομένων, όπως η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία και την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, και τη θεραπευτική αλλαγή νοούμενη ως ενδοσυνεδριακό φαινόμενο.

Στη συνέχεια θα παρουσιασθεί η στάση του θεραπευτή στη θεραπευτική διαδικασία.

Η στάση του θεραπευτή στη θεραπευτική διαδικασία

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις επιδρούν στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και η στάση του θεραπευτή είναι ένας παράγοντας δράσης στην ψυχοθεραπεία, έστω και ανεπίγνωστος μερικές φορές εκ μέρους του θεραπευτή, ο οποίος διαδραματίζει αξιοσημείωτο ρόλο στην όλη θεραπευτική διαδικασία. Ένας ακόμα κοινός θεραπευτικός παράγοντας αναφέρεται σε χαρακτηριστικά σχετικά με τον θεραπευτή (Grencavege & Norcross, 1990; Kimberley & Shaké, 2002; Sprenkle and Blow, 2004).

Σε έρευνες έχει βρεθεί συσχέτιση της θεραπευτικής αλλαγής με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις του θεραπευτή (Greenberg *et al.*, 1994; Kimberley, & Shaké, 2002) και

της στάσης του θεραπευτή με τη διεργασία στην οικογένεια και τη θετική ή αρνητική θεραπευτική έκβαση (Greenberg *et al.*, 1994).

Σε μία σχετικά πρόσφατη έρευνα οι Greenberg, Ford, Alden και Johnson (1993) εντόπισαν γεγονότα αλλαγής κατά τη διάρκεια των συνεδριών τα οποία είναι δυνατόν να συσχετισθούν με θετική θεραπευτική έκβαση στην εστιασμένη στο συναίσθημα θεραπεία ζευγαριών.

Από τις έρευνες φαίνεται ότι συνδέονται οι στάσεις και τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή με αλλαγές θεραπευτικού χαρακτήρα και στις οικογενειακές ψυχοθεραπείες συστημικού τύπου.

Όσον αφορά τη συναισθηματική έκφραση και τη βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου σε σχέση με τις παρεμβάσεις του θεραπευτή οι έρευνες οι οποίες υπάρχουν αφορούν κυρίως ατομικού μη συστημικού τύπου ψυχοθεραπείες. Φαίνεται δε ότι ο ρόλος των παρεμβάσεων του θεραπευτή δεν έχει επαρκώς μελετηθεί (Stalikas & Fitzpatrick, 1996) και υπάρχει πλήθος αντιφατικών ευρημάτων (Hill, 1992).

Για παράδειγμα, οι Stalikas και Fitzpatrick (1996) σε έρευνά τους δεν βρήκαν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των παρεμβάσεων του θεραπευτή και της βιωματικής εμπλοκής και της συναισθηματικής εγρήγορσης του θεραπευόμενου. Αντίθετα άλλες έρευνες (Auerbach & Luborsky, 1968; Hoyt, 1980; Orlinsky & Howard, 1975; Stupp, Chassan & Ewing, 1966) έδειξαν ότι, όταν ο θεραπευτής έχει υψηλό βαθμό ενσυναίσθησης, ο θεραπευόμενος παρουσιάζει σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό αποκάλυψης κλινικά σημαντικού υλικού για τον εαυτό του.

Άλλες έρευνες εντόπισαν παρεμβάσεις του θεραπευτή οι οποίες προηγούνται της ενδοσυνεδριακής αλλαγής του θεραπευόμενου. Οι παρεμβάσεις τις οποίες αναφέρουν είναι προσωπικές περιγραφές του θεραπευτή (Hill & O'Grady, 1985), αλλαγή θεμάτων (Friedlander & Phillips, 1984; Grater & Claxton, 1976) και συζήτηση για τη μεταξύ τους σχέση (Garduk & Haggard, 1972; Hill & O'Grady, 1985).

Συμπερασματικά μπορεί να λεχθεί ότι σύμφωνα με τις έρευνες, η στάση και ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιεί τις παρεμβάσεις του ο θεραπευτής και το φύλο του έχουν άμεση σχέση με τη θεραπευτική αλλαγή, τη βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία, την έκβαση της θεραπείας και την ολοκλήρωσή της. Αυτά τα ευρήματα αφορούν ατομικές όσο και οικογενειακές ψυχοθεραπείες.

Έρευνες διαδικασίας στη συστημική ψυχοθεραπεία

Οι τρεις άξονες οι οποίοι σχετίζονται με τη θεραπευτική αλλαγή και τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα και στους οποίους έχει κυρίως επικεντρωθεί η έρευνα διαδικασίας στην ψυχοθεραπεία είναι η θεραπευτική σχέση, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και η εμφάνιση ενδοσυνεδριακών φαινομένων. Αυτοί οι άξονες έχουν απασχολήσει και τους ερευνητές της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας.

Η αλλαγή στη συστημική ψυχοθεραπεία

Οι αλλαγές, οι οποίες παρατηρούνται στην οικογένεια στο τέλος του συνόλου των συνεδριών της οικογενειακής ψυχοθεραπείας ή και στο τέλος μιας μόνο συνεδρίας, η οποία χαρακτηρίστηκε "καλή συνεδρία", είναι διαφόρων τύπων και αφορούν τρεις πλευρές της ψυχικής λειτουργίας: (Postner, Guttman, Sigal, Epstein, & Rakoff, 1971; Cline, Mejia, Coles, Klein, & Cline, 1984; Greenberg, Ford, Alden, & Johnson, 1993; Johnson & Greenberg, 1988; Postner *et al.*, 1971), τη σκέψη, τις πεποιθήσεις (Friedlander *et al.*, 1994; Winer, 1971) και την συμπεριφορά (Sigal, Rakoff, & Epstein, 1967).

Οι αλλαγές οι οποίες προκλήθηκαν μπορεί να είναι όχι μόνο διαπροσωπικές και ως εκ τούτου παρατηρήσιμες στις σχέσεις μεταξύ των μελών της θεραπευόμενης οικογένειας (Greenberg *et al.*, 1993; Johnson & Greenberg, 1988; Heatherington & Friedlander, 1990; Holloway *et al.*, 1990; Raymond, Friedlander, Heatherington, Ellis, & Sargent 1993), αλλά και ενδοψυχικές και εντοπιζόμενες στο κάθε μέλος της οικογένειας (Friedlander *et al.*, 1994; Munton & Antaki, 1988; Winer, 1971).

Έρευνες για τη θεραπευτική σχέση και τη θεραπευτική συμμαχία στον χώρο της συστημικής ψυχοθεραπείας

Στον χώρο της συστημικής ψυχοθεραπείας εντοπίζονται ελάχιστες έρευνες για τη θεραπευτική σχέση και ειδικότερα σχετικά με το φαινόμενο της θεραπευτικής συμμαχίας.

Η έρευνα των Greenberg, και συν. (1993) επιβεβαιώνει ότι στις σχέσεις υπάρχουν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι φαίνεται ότι μεταβάλλονται καθώς το ζεύγος βελτιώνεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Αναφέρεται η προκαταρκτική έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε για την κατασκευή ενός εργαλείου μέτρησης της θεραπευτικής συμμαχίας σε θεραπείες οικογενειών, των Pinsof και Catherall (1986), στην οποία διαπιστώθηκε η θετική συσχέτιση μεταξύ θετικής θεραπευτικής έκβασης και επιπέδου θεραπευτικής συμμαχίας.

Στα ίδια αποτελέσματα καταλήγουν και άλλες έρευνες (Gurman *et al.*, 1986; Johnson & Greenberg, 1985) οι οποίες ασχολήθηκαν με τη σχέση θεραπευτικής συμμαχίας και τελικής έκβασης.

Οι Sprenkle και Blow (2004) υποστηρίζουν ότι, όπως στις άλλες θεραπείες, έτσι και στη συστημική οικογενειακή ένας από τους βασικούς θεραπευτικούς παράγοντες είναι η ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας. Αυτή πρέπει να αναπτυχθεί όχι μόνο με τον υποδεικνυόμενο ασθενή, αλλά και με υπόλοιπα μέλη της οικογένειας καθώς και με το κοινωνικό του δίκτυο. Όσο αφορά τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, ο Carr (2006) υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και υποστήριξης μεταξύ των μελών της οικογένειας και της οικογένειας στο σύνολο είναι ουσιαστική για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Την άποψη αυτή την στηρίζει στην κλινική του εμπειρία, όχι σε συστηματικές έρευνες.

Έχει μελετηθεί η σχέση συνέχισης ή εγκατάλειψης της θεραπείας με την ενδοσυνεδριακή διεργασία. Για παράδειγμα, οι Alexander και συν. (1976) βρήκαν ότι οι υποστηρικτικές εκφράσεις στον ψυχοθεραπευτικό λόγο σε σύγκριση με τις αμυντικές ήταν σαφώς ολιγότερη στις θεραπείες οι οποίες διακόπηκαν πρόωρα εν αντιθέσει με τις επιτυχείς περιπτώσεις. Αυτά παρατηρήθηκαν σε προχωρημένα χρονικά στάδια της ψυχοθεραπείας και όχι στις αρχικές συνεδρίες.

Λίγες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για τη θεραπευτική συμμαχία στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία και αυτές συσχέτισαν τη θετική θεραπευτική έκβαση με την ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας. Επίσης η συνέχιση της θεραπείας έχει συσχετισθεί με κάποια ειδικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής συμμαχίας.

Όσον αναφορά με άλλα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία ο αριθμός ερευνών είναι μικρός· τα ευρήματα θα παρουσιασθούν στη συνέχεια.

Έρευνες διαδικασίας στη συστημική ψυχοθεραπεία για ενδοσυνεδριακά φαινόμενα

Όσον αφορά τη βιωματική εμπλοκή υπάρχουν ελάχιστες έρευνες σχετικές με αυτόν τον παράγοντα στη συστημική οικογενειακή θεραπεία. Σε κάποιες έρευνες φάνηκε ότι σχετίζεται με τη θετική θεραπευτική έκβαση σε συστημικές οικογενειακές ψυχοθεραπείες. Για παράδειγμα, οι Johnson και Greenberg (1988) σε μία μελέτη τους εντόπισαν δύο χαρακτηριστικά τα οποία εμφανίζονται σε ζεύγη των οποίων η θεραπεία έχει χαρακτηριστεί επιτυχής. Αυτά τα χαρακτηριστικά διαφοροποιούν τα ζεύγη αυτά από άλλα των οποίων η θεραπεία χαρακτηρίστηκε ως αποτυχημένη. Το πρώτο από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι ότι τα ζεύγη παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα βιωματικής εμπλοκής, δηλαδή μεγαλύτερη συναισθηματική συμμετοχή και περιγραφή του εαυτού τους κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Το δεύτερο χαρακτηριστικό είναι ότι παρουσίασαν συμπεριφορές θετικές και αυτόνομες, οι οποίες είχαν χαρακτήρα λιγότερο εχθρικό και περισσότερο συνεργατικό, αποδοχής και όχι επιβολής προς τους θεραπευτές.

Οι Lewis και Beck (1983) σε έρευνα η οποία αναφέρεται σε αξιολόγηση της διεργασίας της ομάδας σε ομαδική συστημική ψυχοθεραπεία συσχέτισαν το επίπεδο βιωματικής εμπλοκής με τις φάσεις εξέλιξης της ομαδικής θεραπείας βαθμολογώντας την ομάδα ως όλον και την ατομική εξέλιξη των μελών ως άτομα και βρήκαν ότι η διακύμανση του επιπέδου βιωματικής εμπλοκής σχετίζεται με τη φάση θεραπευτικής εξέλιξης της ομάδας, η οποία με τη σειρά τη ορίζει και το είδος των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Παρά το ότι οι πρωτοπόροι θεωρητικοί της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας δεν έδιναν ιδιαίτερη σημασία στη συγκινησιακή κατάσταση των μελών της οικογένειας, ενδείξεις από όλα τα επίπεδα έρευνας της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας ενισχύουν την άποψη ότι οι συναισθηματικές αλλαγές στα μέλη της οικογένειας είναι ιδιαίτερης σημασίας για τη θεραπεία (Cline *et al.*, 1984; Greenberg *et al.*, 1993; Johnson & Greenberg, 1988; Postner *et al.*, 1971).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει ότι ο αριθμός των ερευνών διαδικασίας στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία οι οποίες μελέτησαν τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα είναι εξαιρετικά μικρός. Αυτό το οποίο δείχνουν οι έρευνες είναι ότι ο βαθμός βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία σχετίζεται με την θετική θεραπευτική έκβαση και ότι αναπτύσσεται διαφορετικά ανάλογα με τη χρονική φάση της θεραπευτικής διαδικασίας.

Όσον αφορά τις σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές έχουν εντοπιστεί ελάχιστες έρευνες οι οποίες ασχολήθηκαν με την εμφάνιση και την σχέση τους με τη οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία και αυτό αποσπασματικά, μόνο για κάποιες από όλες έχουν περιγραφεί ως σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές.

Έρευνες διαδικασίας στη συστημική και η επίδραση του θεραπευτή

Λίγες έρευνες έχουν ασχοληθεί με την επίδραση της στάσης του θεραπευτή στη θεραπευτική διαδικασία στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία.

Η θετική θεραπευτική έκβαση βρέθηκε να συσχετίζεται με το φύλο του θεραπευτή (Mas, Alexander, & Barton, 1985; Shields & Mc Daniel, 1992).

Οι Gale και Newfield, (1992); Heatherington και Friedlander, (1990) βρήκαν ότι οι οικογενειακοί θεραπευτές τείνουν να έχουν καθοδηγητική στάση και οι Friedlander, Ellis, Raymond, Siegel, και Milford, (1987) όπως και οι Raymond και συν. (1993) ότι κρατούν κεντρική θέση στην εργασία τους με τις οικογένειες, δηλαδή η επικοινωνία της οικογένειας και των θεραπειών κατά την διάρκεια της συνεδρίας εστιάζεται στο πρόσωπο των θεραπειών.

Η καθοδηγητική συμπεριφορά του θεραπευτή συσχετίστηκε με τη στάση του θεραπευομένου (Cline *et al.*, 1984).

Επίσης οι Drechsler και Shapiro (1963) και Ferreira, Winter και Poindexter (1966) διαπίστωσαν ότι η αύξηση της αλληλεπίδρασης ενδοσυνεδριακά των θεραπειών με την οικογένεια δεν συνδέεται με τη θετική θεραπευτική έκβαση, ενώ η μειωμένη αλληλεπίδραση σχετίζεται με φτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα

Ακόμα οι Shields και συν. (1991) με έρευνά τους συνέδεσαν τη μη διακοπή και κατά συνέπεια την ολοκλήρωση της θεραπείας με την ακόλουθη συμπεριφορά-παρέμβαση του θεραπευτή: ο θεραπευτής ασχολείται και παρεμβαίνει περισσότερο εκεί όπου συναντά διαφωνίες από την πλευρά της οικογένειας και μάλιστα επικεντρώνει τη συζήτηση στα προβλήματα της οικογένειας. Πιθανόν αυτό συμβαίνει, διότι αυξάνεται η θεραπευτική συμμαχία καθώς η οικογένεια αντιλαμβάνεται το ενδιαφέρον του θεραπευτή ιδιαίτερα έντονο, αφού ασχολείται με τα δύσκολα θέματα της οικογένειας, τα οποία είναι και οδυνηρά για τα μέλη της, και έτσι ενισχύονται χαρακτηριστικά της θεραπευτικής συμμαχίας, όπως η συναισθηματική σύνδεση, η ενδοσυνεδριακή

ταύτιση του θεραπευτικού στόχου μεταξύ των μελών και του θεραπευτή και η αύξηση της εμπλοκής στη θεραπευτική διαδικασία τουλάχιστον κατά το διάστημα στο οποίο ο θεραπευτής εστιάζει την συνεδρία στο συγκεκριμένο θέμα.

Από τις έρευνες φαίνεται ότι συνδέονται οι στάσεις και τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή με αλλαγές θεραπευτικού χαρακτήρα και στις οικογενειακές ψυχοθεραπείες συστημικού τύπου.

Ενώ οι οικογενειακοί θεραπευτές ίσως δεν συμπεριφέρονται ανοιχτά αλλά με στερεότυπες συμπεριφορές, μερικά από τα πιο λανθάνοντα σημεία των προτύπων αλληλεπίδρασής τους με τα μέλη της οικογένειας σε θεραπεία αντανakλούν εμπειρίες οι οποίες βασίζονται στην ταυτότητα του φύλου τους (Brown-Standridge & Piercy, 1988; Heatherington & Friedlander, 1990b; Shields & McDaniel 1992). Οι άνδρες έχουν διαφορετικό βίωμα για τη θεραπευτική διαδικασία από τις γυναίκες (Bourgeois, *et al.*, 1990; Cline, *et al.*, 1984).

Στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία οι έρευνες έδειξαν αντιφατικά αποτελέσματα όσον αφορά το συσχετισμό της θετικής θεραπευτικής έκβασης και το φύλο του θεραπευτή, ενώ λίγες έρευνες δείχνουν ότι η στάση του θεραπευτή συσχετίζεται με τη θεραπευτική συμμαχία.

Έρευνες διαδικασίας στη συστημική ψυχοθεραπεία και θεραπευτικές παρεμβάσεις

Στις συστημικές οικογενειακές ψυχοθεραπείες ενώ υπάρχει ευρεία θεωρητική συζήτηση και πολλές θεωρητικές τοποθετήσεις σχετικά με τη χρησιμότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Carson, 1969), δεν υπάρχουν έρευνες, οι οποίες να εξετάζουν απευθείας την επίδραση παρεμβάσεων στη συμπεριφορά του θεραπευόμενου και της οικογένειάς του κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

Οι Berg και De Jong (1996) και αργότερα οι Gingerich και Eisengart (2000) και η Kim (2006) συσχετίζουν τη θετική θεραπευτική έκβαση στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία με την παρέμβαση του θεραπευτή, η οποία εστιάζει και αναδεικνύει τα ισχυρά σημεία και τις ικανότητες για επίλυση προβλημάτων της οικογένειας. Οι Robbins, Alexander, Newell και Turner (1996) συσχετίζουν την άμεση επίδραση της παρέμβασης του θεραπευτή με τη στάση του θεραπευόμενου διατάσσοντας την σε κλίμακα από πολύ αρνητική έως πολύ θετική.

Όσον αφορά την αναπλαισίωση και τις παρεμβάσεις ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού με την οικογένεια, οι έρευνες οι οποίες υπάρχουν (Chamberlain *et al.*, 1984; Patterson & Forgatch, 1985; Brown & Hypen, Standridge & Piercy, 1988; Newberry *et al.*, 1991), υποδεικνύουν ότι μειώνεται ή παρακάμπτεται η αντίσταση στη θεραπεία των θεραπευομένων, όταν εφαρμόζονται αυτές οι παρεμβάσεις. Έρευνες των Conoley και Beard (1984); Conoley και Garber (1985); Feldman και συν. (1982); Lopez και Wambach, (1982); Perrin και Dowd (1986); Newton και Dowd (1990) υποδεικνύουν ότι με τη χρήση παραδόξου δεν μειώνεται η θεραπευτική συμμαχία. Οι παράδοξες οδηγίες δεν επιδρούν αρνητικά στην εικόνα την οποία σχηματίζουν οι ασθενείς για την αξιοπιστία, την ελκυστικότητα και την επιστημονική επάρκεια των θεραπειών, οι οποίοι τους δίνουν τις οδηγίες αυτές. Με τις κυκλικές ερωτήσεις βελτιώνεται η θεραπευτική συμμαχία. Οι κυκλικές ερωτήσεις οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας σε όλες τις μετρήσεις εν συγκρίσει με τις γραμμικές ερωτήσεις (Dermot & Carr, 2001). Δεν αναφέρονται και δεν διερευνώνται άλλα σημαντικά ενδοσυνεδριακά φαινόμενα και η πιθανή σχέση τους με τις παρεμβάσεις αυτές. Οι Gordon και Horvath (1997) μελέτησαν τη θετική σημασιοδότηση σε βραχεία θεραπεία ζεύγους και βρήκαν συσχετισμό θετικό μεταξύ των παρεμβάσεων και της βελτίωσης του ζεύγους.

Σε μια άλλη μελέτη (Greenberg, James, & Conry, 1988), η οποία στηρίχθηκε σε σημειώσεις αυτοαναφοράς των θεραπευομένων, η ενδοσυνεδριακή έκφραση συναισθημάτων εκ μέρους του ενός μέλους του ζεύγους φαίνεται ότι προκαλούσε πέντε σημαντικές αλλαγές, οι οποίες περιγράφονται ως εξής:

α) Αλλαγή αντίληψης, του άλλου μέλους το οποίο ήταν ακροατής, β) Βελτίωση της ικανότητας του να εκφράζει τις ανάγκες του, γ) Όξυνση της κατανόησης, δ) Ανάληψη ευθύνης για τις εμπειρίες του και ε) Αύξηση της αναγνώρισης από την πλευρά του συντρόφου.

Οι εξαιρετικά ολίγες έρευνες οι οποίες έγιναν, για να μελετηθεί η επίδραση των παρεμβάσεων συστημικής θεραπευτικής παρέμβασης στη θεραπευτική διαδικασία, έδειξαν συμπερασματικά ότι το κάθε είδος θεραπευτικής παρέμβασης προκαλεί διαφορετικά ενδοσυνεδριακά φαινόμενα τα οποία είναι τα εξής: Με τις κυκλικές ερωτήσεις βελτιώνεται η θεραπευτική συμμαχία, ενώ με την αναπλαισίωση και τις παρεμβάσεις ενίσχυσης του θεραπευτικού δεσμού ενισχύεται η θεραπευτική

συμμαχία. Η θετική σημασιοδότηση συσχετίζεται θετικά με τη θετική θεραπευτική έκβαση.

Συμπεράσματα

Υπάρχουν άφθονες έρευνες θεραπευτικής έκβασης οι οποίες αφορούν τη μελέτη της ατομικής ψυχοθεραπείας. Αντίθετα έχουν δημοσιευτεί ολίγες έρευνες για την διαδικασία στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία και ακόμα λιγότερες για τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Οι έρευνες διαδικασίας ουσιαστικά απουσιάζουν από τη βιβλιογραφία της έρευνας για την οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία.

Συμπερασματικά θα μπορούσε να λεχθεί ότι η έρευνα διαδικασίας στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι πιο περιορισμένη από ότι σε άλλους τύπους ψυχοθεραπείας.

Οι λίγες έρευνες οι οποίες έχουν γίνει για τους τρεις βασικούς άξονες έρευνας, α) θεραπευτική σχέση-θεραπευτική συμμαχία, β) ενδοσυνεδριακά φαινόμενα, και γ) θεραπευτικές παρεμβάσεις δείχνουν τα εξής:

Όσον αφορά τον πρώτο άξονα, τη θεραπευτική σχέση και θεραπευτική συμμαχία, δεν να μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα ειδικά για τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν μόνο γενικά για όλες τις προσεγγίσεις της οικογενειακής ψυχοθεραπείας.

Η ύπαρξη της θεραπευτικής συμμαχίας σχετίζεται με τη θετική θεραπευτική έκβαση, την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων και τη συνέχιση της θεραπείας, ώσπου να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι. Για ένα από τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης, το οποίο είναι η έκφραση και η επανεπεξεργασία συναισθημάτων, τα οποία μπορεί να είναι έντονα συναισθήματα προς τον θεραπευτή ή έκφραση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας δυνατών συναισθημάτων σε προσωπικές στιγμές (Mahrer & Nadler, 1986), οι έρευνες δείχνουν ότι: αυτό το χαρακτηριστικό της θεραπευτικής σχέσης έχει συνδεθεί με θετική θεραπευτική έκβαση και αποτελεί προϋπόθεση για εδραίωση της καλής θεραπευτικής σχέσης και στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Όσον αφορά τον δεύτερο άξονα των ερευνών, τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα, όπως η βιωματική εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία, η παροχή ενδοσυνεδριακά κλινικά σημαντικού υλικού για τον εαυτό του, τις διαπροσωπικές σχέσεις και για σημαντικά γεγονότα, η περιγραφή –εξερεύνηση της ιδιαίτερης φύσης και του νοήματος των προσωπικών συναισθημάτων και η ανάδυση υλικού το οποίο είχε νωρίτερα αποκρουσθεί, αυτές οι ενδοσυνεδριακές στιγμές συνοδεύονται από το φαινόμενο της ψυχικής κάθαρσης η οποία επιτυγχάνεται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Μπορεί να υποστηριχθεί ότι με σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, όπως η έκφραση ενόρασης /κατανόησης, η εκφραστική επικοινωνία, η έκφραση δυνατών συναισθημάτων, σε προσωπικές στιγμές τα οποία έχουν χαρακτηριστεί και ως σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, έχει συσχετισθεί η διαδικασία αλλαγής.

Έρευνες ειδικά για την συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, προκειμένου να μελετηθεί η σύνδεση των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με τη θεραπευτική έκβαση ή την εμφάνιση αλλαγής, με τη χρονική φάση της θεραπείας, τη βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις του θεραπευτή, δεν υπάρχουν, όπως αντίθετα υπάρχουν για τις ατομικές ψυχοθεραπείες, για τις οποίες έχει γίνει αναφορά σε άλλο σημείο της μελέτης αυτής. Αυτή η έλλειψη ερευνών δημιουργεί ένα αξιοσημείωτο βιβλιογραφικό κενό.

Όσον αφορά τον τρίτο άξονα, δηλαδή τη σχέση των θεραπευτικών παρεμβάσεων με τη θεραπευτική έκβαση και τη θεραπευτική διαδικασία στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία οι έρευνες δείχνουν ότι: η αναπλαισίωση και οι παρεμβάσεις ενίσχυσης του θεραπευτικού δεσμού (joining techniques) συσχετίστηκαν με τη μείωση της αντίστασης από πλευράς των θεραπευόμενων στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Οι παράδοξες παρεμβάσεις δεν επιδρούν αρνητικά στη θεραπευτική συμμαχία. Με τις κυκλικές ερωτήσεις βελτιώνεται η θεραπευτική συμμαχία περισσότερο από όσο με γραμμικές ερωτήσεις. Η θετική σημασιοδότηση έχει συσχετισθεί με θετική θεραπευτική έκβαση.

Αυτά τα ευρήματα είναι σημαντικά διότι υποδεικνύουν ότι και στις συστημικές οικογενειακές ψυχοθεραπείες αυτοί οι τρεις παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο ως προς τη θεραπευτική έκβαση και ως προς τη δραστηριότητα για τη θεραπευτική εξέλιξη της ψυχοθεραπείας. Όμως είναι ελάχιστες οι έρευνες και συνεπώς τα επιστημονικά ερωτήματα τα οποία ανακύπτουν για το αντικείμενο της θεραπευτικής διαδικασίας σε καμιά περίπτωση δεν απαντώνται επαρκώς.

Η βιβλιογραφική έρευνα αποκάλυψε επίσης την εμφανή έλλειψη ερευνών σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο συντελείται η θεραπευτική αλλαγή στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία ο ρόλος των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής, ούτε η σχέση τους με την εμφάνιση θεραπευτικών φαινομένων, όπως τα διάφορα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα και η θεραπευτική έκβαση.

Πιο συγκεκριμένα δεν έχει καθόλου μελετηθεί ποιος είναι ο ρόλος της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία ειδικά στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Ποιες και με ποιον τρόπο ακριβώς οι θεραπευτικές παρεμβάσεις συνδέονται με την βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στην θεραπευτική διαδικασία και με ποιο τρόπο η βιωματική εμπλοκή και οι συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις σχετίζονται με την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών.

Η μελέτη των μεταβλητών «βιωματική εμπλοκή» και «θεραπευτικές παρεμβάσεις» στη συστημική ψυχοθεραπεία είναι σημαντική, διότι επιτρέπει να γίνει καλύτερα κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο και η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία γίνεται αποτελεσματική. Αυτό, φάνηκε από την μελέτη των μεταβλητών αυτών ως προς τον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται, αλληλεπιδρούν και προκαλούν θεραπευτικά φαινόμενα σε άλλου τύπου ψυχοθεραπείες. Επομένως είναι σκόπιμο να εξετασθεί αν λειτουργούν με ανάλογο τρόπο στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, όπως σε άλλους τύπους ψυχοθεραπείας οι οποίοι έχουν ήδη ελεγχθεί. Για παράδειγμα, στην πελατοκεντρική ψυχοθεραπεία, όταν ο θεραπευόμενος παρουσιάζει υψηλό βαθμό βιωματικής εμπλοκής, είναι εξαιρετικά πιθανόν με τη θεραπευτική παρέμβαση της αντανάκλασης να εμφανίσει εις βάθος συνειδητοποίηση της εσωτερικής του ψυχικής κατάστασης /ενόραση, η οποία είναι αναγνωρισμένη ως μία σημαντική ενδοσυνεδριακή στιγμή, δηλαδή ένα θεραπευτικό φαινόμενο. Συμβαίνει το ίδιο και στην συστημική ψυχοθεραπεία; Υπάρχει τέτοια συσχέτιση; Όταν ο θεραπευτής προβαίνει σ' αυτήν ή κάποια άλλη παρέμβαση, θα υπάρξει τέτοιο αποτέλεσμα ή διαφορετικό;

Η καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο πραγματοποιείται η θεραπευτική αλλαγή στη συστημική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει και τη μελέτη του τρόπου με τον οποίο οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία σχετίζονται ενδοσυνεδριακά με την εμφάνιση σημαντικών

ενδοσυνεδριακών στιγμών. Ειδικότερα, χρειάζεται να γίνει καλύτερα κατανοητό ποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις ακριβώς συνδέονται με ποιες σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές ακριβώς και με ποιον τρόπο.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές αποτελούν μεταβλητές οι οποίες έχουν αναγνωρισθεί ως δραστικοί παράγοντες για τη θεραπευτική αλλαγή και έχουν μελετηθεί σε διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας ως προς την αλληλεπίδρασή τους και τη σχέση τους με την θεραπευτική έκβαση. Έχει αναγνωρισθεί σε άλλους τύπους ψυχοθεραπείας ποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις σχετίζονται με ποιες σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής θεραπευτικής διαδικασίας και με ποιον τρόπο. Αυτά μένει να μελετηθούν και για την συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Για παράδειγμα με τις ερωτήσεις ανοικτού τύπου κατά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις έχει συσχετισθεί με την ακόλουθη συμπεριφορά του θεραπευόμενου: ομιλεί συχνότερα για τον εαυτό του και τους σημαντικούς άλλους αποκαλύπτοντας πληροφορίες οι οποίες αναγνωρίζονται ως κλινικά σημαντικές. Αντιθέτως οι κλειστές ερωτήσεις δεν συνδέονται με τέτοια αποτελέσματα.

Η θεραπευτική σχέση και ειδικότερα η θεραπευτική συμμαχία έχει ήδη συσχετισθεί με τη θεραπευτική έκβαση και τη θεραπευτική διαδικασία και ως εκ τούτου σε αυτή τη μελέτη αναγνωρίσθηκε ως παράγοντας ο οποίος έπρεπε να ληφθεί υπόψη, να γίνει απλή αναφορά σ' αυτόν και στην συνέχεια να εστιασθεί η έρευνα στους υπόλοιπους οι οποίοι έχουν διερευνηθεί λιγότερο.

Σε αυτή την διατριβή επιχειρείται να μελετηθούν στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία οι σημαντικότεροι δραστικοί παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με τη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής, ώστε να γίνει φανερός ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν ο παράγοντες αυτοί σ' αυτόν τον τύπο ψυχοθεραπείας. Ειδικότερα μελετήθηκαν οι αλληλεπιδράσεις των θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες είναι χαρακτηριστικές της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας, ως προς την σχέση τους με τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και της εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, προκειμένου να ερευνηθεί η σημασία τους για τη θεραπευτική αλλαγή στην συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, όπως έχει ήδη πραγματοποιηθεί σε άλλου τύπου ψυχοθεραπείες.

Οι μεταβλητές οι οποίες μελετήθηκαν, δηλαδή η βιωματική εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία, οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και οι θεραπευτικές

παρεμβάσεις, επελέγησαν διότι αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως σημαντικοί δραστικοί παράγοντες για τη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής και αναγνωρίζονται σε όλους τους τύπους ψυχοθεραπείας, σε αντίθεση με άλλες μεταβλητές, για παράδειγμα το θεραπευτικό κλίμα το οποίο ως μεταβλητή δεν εμφανίζεται στους δραστικούς παράγοντες σε όλους τους τύπους ψυχοθεραπείας.

Για να δοθούν απαντήσεις στους προβληματισμούς αυτούς, διατυπώθηκαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

Τα ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις εμφανίζονται ανάλογα με τη χρονική φάση της θεραπείας σε θεραπείες συστημικής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση και αν υπάρχει σχέση της εμφάνισής τους με τη θεραπευτική έκβαση και τη χρονική φάση της θεραπείας;
2. Ποιες σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές εμφανίζονται ανάλογα με τη χρονική φάση της θεραπείας σε θεραπείες με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση και αν υπάρχει σχέση της εμφάνισής τους με τη θεραπευτική έκβαση και τη χρονική φάση της θεραπείας;
3. Σε θεραπείες συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση με ποιον τρόπο σχετίζονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (παρεμβάσεις ενίσχυσης θεραπευτικού δεσμού, κυκλικές ερωτήσεις, θετική σημασιοδότηση-αναπλαισίωση, εστίαση στην ισχύ, εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας-γενογραμματικές ερωτήσεις) με την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών κατά τις χρονικές φάσεις της θεραπείας αυτής;
4. Με ποιο τρόπον διακυμαίνεται η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου ανάλογα με τη χρονική φάση της θεραπείας σε θεραπείες με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση; Πώς σχετίζεται με την θεραπευτική έκβαση και τις χρονικές φάσεις της θεραπείας;

5. Σε θεραπείες συστημικής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση με ποιον τρόπο σχετίζονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (παρεμβάσεις ενίσχυσης θεραπευτικού δεσμού, κυκλικές ερωτήσεις, θετική σημασιοδότηση-αναπλαισίωση, εστίαση στην ισχύ, εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας-γενογραμματικές ερωτήσεις) με τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου συστήματος κατά τις χρονικές φάσεις της θεραπείας αυτής;
6. Σε θεραπείες συστημικής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση με ποιον τρόπο σχετίζεται η εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου συστήματος κατά τις χρονικές φάσεις της θεραπείας αυτής;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Το δείγμα το οποίο χρησιμοποιήθηκε σε αυτή τη μελέτη προήλθε από οικογένειες οι οποίες ζήτησαν ψυχοθεραπευτική βοήθεια από δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα της Αττικής. Πρόκειται για δημόσιο ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, εξειδικευμένο στη συστημική ψυχοθεραπεία ζεύγους και οικογένειας.

Οι θεραπευτές, ψυχίατροι και ψυχολόγοι οι οποίοι αποτελούν το μόνιμο θεραπευτικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένοι στην συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Το δείγμα αποτελείται από μαγνητοσκοπημένες θεραπευτικές συνεδρίες συνθετικής συστημικής προσέγγισης είκοσι (20) οικογενειών. Εδώ πρέπει να επισημανθεί ότι οι δέκα (10) από αυτές τις οικογένειες επιλέχθηκαν με κριτήριο την επιτυχή θεραπευτική έκβαση και οι υπόλοιπες δέκα (10) τη μη επιτυχή θεραπευτική έκβαση. Από το σύνολο των συνεδριών τις οποίες πραγματοποίησε η οικογένεια χρησιμοποιήθηκαν τρεις (3) ολόκληρες συνεδρίες από κάθε οικογένεια. Οι συνεδρίες επιλέχθηκαν από την αρχική, τη μεσαία και την τελική χρονική φάση της θεραπείας. Ο συνολικός αριθμός συνεδριών θεραπείας για κάθε οικογένεια κυμάνθηκε από τρεις (3) έως εικοσιέξι (26). Συνολικά μελετήθηκαν 60 θεραπευτικές συνεδρίες, τριάντα (30) με θετική θεραπευτική έκβαση και τριάντα (30) με μη θετική θεραπευτική έκβαση.

Τα κριτήρια της επιτυχούς θεραπείας αφορούν ύφεση μερική ή πλήρη της αναφερόμενης συμπτωματολογίας, απουσία άλλης μορφής συμπτωμάτων, απουσία εμφάνισης κάποιας μορφής συμπτώματος σε κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας ταυτόχρονα με την ύφεση ή εξαφάνιση του συμπτώματος στον υποδεικνυόμενο ασθενή και βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και της ψυχοσωματικής υγείας.

Τα κριτήρια της ανεπιτυχούς θεραπείας περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά όπως αμετάβλητη συμπτωματολογία στον ή στους υποδεικνυόμενους ασθενείς, επιδείνωση της συμπτωματολογίας, εμφάνιση συμπτωματολογίας σε άλλο μέλος της οικογένειας.

Η αξιολόγηση του θεραπευτικού αποτελέσματος πραγματοποιήθηκε μέσω κλινικής αξιολόγησης και ημιδομημένων συνεντεύξεων από εξωτερικό ως προς τη θεραπευτική ομάδα ψυχίατρο.

Οι υπό θεραπείαν οικογένειες μετείχαν στις συνεδρίες εξαιτίας της ύπαρξης ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων σε κάποιο μέλος τους, το οποίο αναφέρεται ως υποδεικνυόμενος ασθενής ή Index Person, (IP). Οι οικογένειες είχαν παραπεμφθεί σε αυτό το πλαίσιο από τους θεράποντες ψυχιάτρους, παιδοψυχιάτρους ή ψυχολόγους. Στην έρευνα αυτή επιλέχθηκαν οικογένειες των οποίων κάποιο μέλος αναγνωριζόταν ως ασθενής με συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία (δυσθυμία, ψυχογενή ανορεξία, αγχώδεις εκδηλώσεις αλλά και μείζονα ψυχοπαθολογία, όπως ψυχώσεις και συναισθηματικές διαταραχές).

Τα ποσοστά του είδους των διαταραχών τις οποίες παρουσίαζαν τα μέλη του δείγματός φαίνονται στον πίνακα 1 και αναφέρονται επί συνόλου 20 οικογενειών με 22 διαγνώσεις διότι μία από αυτές είχε δύο άτομα ως υποδεικνυόμενους ασθενείς και άλλη μία υποδεικνυόμενο ασθενή με διπλή διάγνωση.

Πίνακας 1 Είδος διαταραχής στο δείγμα σε ποσοστά

Κατάθλιψη	9 διαγνώσεις= 40,9 %
Ψυχογενής ανορεξία	1 διαγνώσεις= 4,54 %
Προβλήματα συμπεριφοράς (νυχτερινή ενοούρηση, εφιάλτες)	1 διαγνώσεις= 4,54%
Αγχώδης-ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.	2 διαγνώσεις= 9,08%
Διαταραχές πρόσληψης τροφής	2 διαγνώσεις= 9,08%
Απόπειρα αυτοκτονίας	1 διαγνώσεις= 4,54%
Σχιζοφρενική ψύχωση	2 διαγνώσεις= 4,54%
Μεθοριακή διαταραχή	2 διαγνώσεις= 9,08%
Συναισθηματική διαταραχή	1 διαγνώσεις= 4,54%
Διαταραχή συμπεριφοράς	1 διαγνώσεις= 4,54%
Σύνολο διαγνώσεων	22 διαγνώσεις= 100%

Το ποσοστό διαταραχών υπολογίστηκε βάσει του αριθμού διαταραχών οι οποίες αναγνωρίστηκαν στο δείγμα της μελέτης αυτής. Δεν συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα οικογένειες με προβλήματα επικοινωνίας στο ζεύγος απλώς.

Το ποσοστό των μελών του δείγματος τα οποία είχαν περισσότερες από μία διαγνώσεις ήταν σε σύνολο 20 υποδεικνυόμενων ασθενών 5%, ενώ με μία μόνο διάγνωση ήταν το 95% .

Σε μία οικογένεια υπήρχαν δύο ενδεικνυόμενοι ασθενείς. Το ποσοστό των υποδεικνυόμενων ασθενών κατά φύλο και ηλικία φαίνεται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2. Ποσοστά υποδεικνυόμενων ασθενών κατά ηλικία και φύλο

Αγόρι	45,45%
Κορίτσι	36,33%
Ανδρας	13,63%
Γυναίκα	4,55%

Η θεραπευτική ομάδα απαρτιζόταν από ένα (1) ζεύγος θεραπειών, το οποίο διεξήγε τη συνέντευξη με την υπό θεραπεία οικογένεια στην αίθουσα συνέντευξης, και από έναν (1) ή δύο (2) κατά περίπτωση ψυχοθεραπευτές, οι οποίοι βρίσκονταν πίσω από τον μονόδρομο καθρέφτη σε διπλανή αίθουσα, μαζί με δύο ή τρεις εκπαιδευόμενους ψυχοθεραπευτές αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης, οι οποίοι ήταν ή ψυχίατροι ή ψυχολόγοι.

Το ζεύγος των θεραπειών το οποίο πραγματοποιούσε τη συνέντευξη ήταν το ίδιο καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας σε μία οικογένεια. Η σύνθεση του ζεύγους των θεραπειών άλλαζε από οικογένεια σε οικογένεια. Έτσι, στις εξήντα (60) συνεδρίες το σύνολο των θεραπειών ήταν δεκαέξι (16). Από τις εξήντα (60) συνεδρίες οι έξι (6) πραγματοποιήθηκαν με ένα θεραπευτή μέσα στην αίθουσα της συνέντευξης. Για τις υπόλοιπες πενήντατέσσερες (54) υπήρχαν δύο θεραπευτές στην αίθουσα της συνέντευξης, ένας (1) άνδρας και μία (1) γυναίκα.

Οι θεραπευτές οι οποίοι μετείχαν στη θεραπευτική διαδικασία έπρεπε να εφαρμόζουν πράγματι τη συστημική ψυχοθεραπεία στις συναντήσεις τους με τις οικογένειες και να έχουν την απαραίτητη κατάρτιση και εμπειρία, ώστε να εξασκούν συστημική ψυχοθεραπεία.

Για να διασφαλισθούν αυτές οι απαιτήσεις, όλοι οι θεραπευτές, είτε ψυχολόγοι είτε ψυχίατροι, ήταν αναγνωρισμένα μέλη της ΕΕΤΑ(Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Οικογενειακής Θεραπείας) και έμπειροι συστημικοί οικογενειακοί ψυχοθεραπευτές.

Οι κριτές οι οποίοι αξιολόγησαν τις συνεδρίες ήταν διαφορετικοί για κάθε εργαλείο αξιολόγησης. Για κάθε ένα από αυτά υπάρχει ικανοποιητική αξιοπιστία των κριτών.

Οι κριτές της κλίμακας βιωματικής εμπλοκής ήταν τελειόφοιτοι ψυχολογίας, συνολικά έλαβαν μέρος στην αξιολόγηση των συνεδριών εννέα (9) άτομα τα οποία χωρίστηκαν σε τρεις (3) ομάδες των τριών (3) ατόμων η κάθε μία.

Οι κριτές της αναγνώρισης των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών ήταν όλοι πτυχιούχοι ψυχολογίας και εκπαιδευόμενοι ή εκπαιδευμένοι σε κάποια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Οι περισσότεροι είχαν κλινική ψυχοθεραπευτική εμπειρία και όλοι κλινική συμβουλευτική εμπειρία. Οι κριτές ήταν συνολικά 9 άτομα χωρισμένα σε τρεις (3) ομάδες των τριών (3) ατόμων η κάθε μία.

Όσον αφορά τους κριτές της κλίμακας αναγνώρισης των συστημικών τεχνικών, αυτοί ήταν μία (1) ομάδα των δύο (2) ατόμων. Διέθεταν 6 ετή εκπαίδευση στη συστημική οικογενειακή θεραπεία και 10ετή κλινική εμπειρία στην προσέγγιση αυτή. Ήταν μέλη της Ερωπαικής Ένωσης Συστημικών Θεραπευτών.

Οι κριτές για τη μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας ήταν συνολικά δώδεκα (12). Οι έξι (6) από αυτούς ήταν τεταρτοετείς φοιτητές ψυχολογίας, οι πέντε (5) μεταπτυχιακοί φοιτητές ψυχολογίας με βασικό πτυχίο ψυχολογίας και μία (1) διδακτορική φοιτήτρια ψυχολογίας. Εκπληρούσαν τις προϋποθέσεις επάρκειας για την εκπαίδευση σε αυτό το εργαλείο. Αυτοί αξιολόγησαν τις συνεδρίες χωρισμένοι σε τέσσερις (4) ομάδες τριών (3) ατόμων η κάθε μία.

Περιορισμοί

Επιλέχθηκαν ως δείγμα περισσότερες από μία συνεδρίες από κάθε οικογένεια, συνολικά τρεις (3) συνεδρίες για κάθε οικογένεια από διαφορετική χρονολογική φάση της θεραπείας.

Οι τρεις (3) συνεδρίες επιλέχθηκαν αντίστοιχα από τρεις (3) χρονολογικές φάσεις της ψυχοθεραπείας, την αρχική, τη μεσαία και την τελική χρονολογικά φάση. Επιλέχτηκε η δεύτερη ή μία από τις αρχικές συνεδρίες, διότι από άλλες έρευνες θεραπευτικής διαδικασίας, οι οποίες μελέτησαν μη συστημικού τύπου θεραπευτικές προσεγγίσεις, έχει βρεθεί ότι, όταν οι πρώτες συνεδρίες συνδέονται με επιτυχή έκβαση της θεραπείας (O'Malley, Suh, & Strupp 1983), αυτό ενισχύει και τον

συσχετισμό των τελικών συνεδριών με επιτυχή έκβαση. Γι' αυτό και οι Suh, Strupp, και O' Malley (1986) προτείνουν να περιλαμβάνεται στο δείγμα και εκπροσώπηση των αρχικών συνεδριών, όπως και των τελικών, πρόταση η οποία ελήφθη υπόψη σ' αυτήν την έρευνα.

Αποφεύχθηκε, όπου ήταν δυνατόν, η μελέτη της πρώτης και της τελευταίας συνεδρίας' της πρώτης διότι ακόμα δεν έχει επιτευχθεί συνήθως δεσμός με την οικογένεια και της τελευταίας διότι συνήθως σε αυτού του είδους τη θεραπευτική προσέγγιση γίνεται ένας απολογισμός και σε πολύ μεγάλο ποσοστό δεν εντοπίζονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που αφορούν την παρούσα μελέτη. Υπήρξε μια περίπτωση από τις οικογένειες οι οποίες είχαν μη επιτυχή έκβαση, στην οποία ο αριθμός συνεδριών δεν ήταν πάνω από τρεις (3), διότι η οικογένεια αποφάσισε να διακόψει τη θεραπεία. Σε αυτή την περίπτωση συμπεριλήφθηκαν όλες οι συνεδρίες.

Η επιλογή των συνεδριών και ο γενικότερος σχεδιασμός, όπως έχουν πιο πάνω περιγραφεί, εξασφαλίζουν αντιπροσωπευτικότητα, αξιοπιστία και γενικευσιμότητα των συμπερασμάτων (Heppner, Kivlinghan, & Wampold 1999). Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε ολόκληρη η συνεδρία και όχι τμήματά της. Έτσι μελετήθηκαν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες εμφανίζονται στη συστημική ψυχοθεραπεία, σε όλες τις χρονικές στιγμές της θεραπευτικής συνεδρίας.

Κάθε συνεδρία του δείγματός αναλύθηκε σε επικοινωνιακές μονάδες οι οποίες ορίστηκαν με τον εξής τρόπο: μία επικοινωνιακή μονάδα αποτελούσε κατάθεση ή δήλωση του συμμετέχοντος στον θεραπευτικό διάλογο από τη στιγμή της έναρξης μέχρι την ολοκλήρωση της φράσης του ή τη διακοπή της και την έναρξη του λόγου του επόμενου, ο οποίος αναλάμβανε να μιλήσει. Κάθε δήλωση είναι μονάδα προς αξιολόγηση.

Όσον αφορά τον προσδιορισμό των σημείων της συνεδρίας τα οποία έπρεπε να αναγνωρισθούν ως σημεία έναρξης και περάτωσης των θεραπευτικών παρεμβάσεων εντός της συνεδρίας, υιοθετήθηκαν τα ακόλουθα κριτήρια:

Να είναι τα σημεία αυτά τμήματα της συνεδρίας στην οποία ο θεραπευτής πραγματοποιεί θεραπευτική παρέμβαση συστημικού τύπου.

Η θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να περιλαμβάνει περισσότερες της μίας δηλώσεις του θεραπευτή οι οποίες έχουν ακολουθηθεί από απαντήσεις των μελών της οικογένειας.

Το κριτήριο της μη μεσολάβησης άλλης παρέμβασης θεραπευτού. Αυτό σημαίνει ότι αναγνωρίστηκε ως θεραπευτική παρέμβαση το σημείο της συνεδρίας το οποίο ορίζεται μεταξύ μιας παρέμβασης των θεραπειών και της αντίδρασης των μελών της οικογένειας η οποία όμως δεν διακόπτεται από άλλη θεραπευτική παρέμβαση. Αυτό το σημείο μπορεί να αποτελείται από αρκετές επικοινωνιακές μονάδες-δηλώσεις. Αυτό το κριτήριο διασφαλίζει ότι η επίδραση στην οικογένεια η οποία παρατηρήθηκε μπορεί να συσχετισθεί ασφαλέστερα με την παρέμβαση που προηγήθηκε.

Για τη μελέτη της επίδρασης της θεραπευτικής παρέμβασης και η εμφάνιση των ενδοσυνεδριακών φαινομένων κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας, χωρίστηκε η κάθε συνεδρία σε τρεις χρονικές φάσεις: την αρχική, τη μεσαία και την τελική με το ακόλουθο σκεπτικό:

Η αρχική φάση της συνεδρίας θεωρήθηκε ότι αντιστοιχεί περίπου στα πρώτα 10' λεπτά του όλου χρόνου της, ο οποίος συνολικά είναι 60' λεπτά. Αυτό το χρονικό διάστημα χρειάζεται για να «θερμανθεί η ατμόσφαιρα» της συνεδρίας και να μπορέσει η οικογένεια να αναπτύξει το θέμα. Καταχωρήθηκαν ως ανήκουσες στην αρχική φάση όλες οι δηλώσεις θεραπειών και θεραπευομένων οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε αυτά τα δέκα λεπτά. Ως μεσαία φάση ορίστηκε η κυρίως συνεδρία, η οποία χρονικά είναι και μεγαλύτερης διάρκειας, περίπου 40'-50' λεπτά της ώρας. Ως τελική φάση της συνεδρίας ορίστηκαν τα τελευταία περίπου 10' λεπτά της συνεδρίας, τα οποία είναι η φάση του τερματισμού της συνεδρίας και της τελικής θεραπευτικής παρέμβασης. Οι οικογένειες του δείγματος στις οποίες είχε αναπτυχθεί θετική θεραπευτική συμμαχία απετέλεσαν το τελικό δείγμα στο οποίο έγινε η στατιστική επεξεργασία. Χρησιμοποιήθηκε η ύπαρξη ή μη θεραπευτικής συμμαχίας, ως ουδός επιλογής ή αντίθετα αποκλεισμού μίας συνεδρίας από το τελικό δείγμα.

Το κριτήριο με το οποίο έγινε η επιλογή ήταν το ακόλουθο: θεωρείται ότι η οικογένεια σε μία συνεδρία ανέπτυξε, ικανοποιητική –θετική, θεραπευτική συμμαχία όταν τουλάχιστον ένα μέλος της κατά την διάρκεια της συνεδρίας τουλάχιστον σε μία διάσταση από τις τέσσερις (4) του εργαλείου σημείωσε βαθμό +1.

Όταν η οικογένεια, σε κάποια συνεδρία δεν πληρούσε αυτό το κριτήριο, η συνεδρία θεωρείτο αρνητικής ή αδιάφορης θεραπευτικής συμμαχίας και εξαιρείτο του δείγματος.

Εργαλεία

Σε αυτή τη μελέτη οι μεταβλητές οι οποίες μελετήθηκαν είναι:

1. Η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία
2. Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές
3. Η θεραπευτική συμμαχία.
4. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις

1. Η Κλίμακα Βιωματικής Εμπλοκής (Patient Experiencing Scale)

Προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία επιλέχθηκε η Βιωματική Κλίμακα (Patient Experiencing Scale). Αυτή η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές έρευνες ως εργαλείο καταγραφής και μέτρησης της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας (Barkham & Shapiro, 1986; Lewis & Beck, 1982; Iwakabe, 2004; O'Farrell, Hill & Patton, 1986; Maher, Stalikas, Boissoneault, Trainor, & Pilloud, 1990; Stalikas & Fitzpatrick, 1995; Stalikas, & Fitzpatrick, 1996; Stuart, 1997). Πρόκειται για μία κλίμακα κριτών η οποία αξιολογεί και βαθμολογεί την ποιότητα της βιωματικής εμπειρίας του ασθενούς κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Η ανάδειξη των δεδομένων γίνεται με την παρατήρηση. Η παρατήρηση μπορεί να είναι "in vivo" ή και σε καταγεγραμμένο ηχητικά μόνο ή και οπτικοακουστικά υλικό. Πιο έγκυρα αποτελέσματα έχει ο ερευνητής, όταν οι συνεδρίες τις οποίες μελετά είναι όχι μόνο καταγεγραμμένες οπτικοακουστικά αλλά και απομαγνητοφωνημένες (Klein *et al.*, 1986). Εκτός από το τμήμα του εγχειριδίου το οποίο περιγράφει τι παρατηρεί ο κριτής, όσον αναφορά με τη λεκτική έκφραση του ασθενούς, υπάρχει και το τμήμα του εγχειριδίου για αξιολόγηση της έκφρασης του θεραπευτή, καθώς και η μορφή της κλίμακας για δομημένη συνέντευξη.

Αυτή η κλίμακα έχει στηριχθεί στην ομώνυμη κλίμακα των Gendlin και Tomlinson (1967) με τροποποιήσεις από τους Klein, Coughlan και Keisler (1970), οι οποίες την καθιστούν περισσότερο εύχρηστη σε έρευνες και ευκολότερα διδάξιμη στους ερευνητές.

Η παρούσα εκδοχή της βιωματικής κλίμακας (EXP) διαμορφώθηκε μέσα από την εκπαίδευση κλινικά άπειρων μαθητών του κολεγίου ως αξιολογητών (Klein, *et al.*

1970). Οι περισσότερες αλλαγές έγιναν στο αρχικό μοντέλο με σκοπό να επιστήσουν αφενός την προσοχή του αξιολογητή στις έκδηλες λεκτικές εκφράσεις του ασθενούς και αφετέρου να μειώσουν συγχρόνως την ανάγκη αναφορών του αξιολογητή στα κίνητρα του ασθενούς, στην προτιθέμενη επικοινωνία του, στην εσωτερική του κατάσταση, στο επίπεδο υγείας του ή στην ικανότητα αυτογνωσίας του Klein και συν. (1970).

Η βιωματική εμπειρία η οποία αντιστοιχεί στην εμπλοκή στη θεραπεία αποτελεί μία διαδικασία ενδοσκοπήσης η οποία συντίθεται από 3 στοιχεία: μία διαδικασία, ένα θέμα, και την έκφρασή αυτών. Όταν η έκφραση της βιωματικής εμπειρίας πραγματοποιείται λεκτικά, μπορεί να μετρηθεί και να ιεραρχηθεί σε επίπεδα.

Τα επίπεδα αυτά της βιωματικής εμπειρίας της εμπλοκής είναι ιεραρχημένα στην εν λόγω κλίμακα αυτή με κριτήρια το βάθος και την ποιότητα της βιωματικής εμπειρίας και είναι επτά (βλ. Παράρτημα). Η καταγραφή των 7 επιπέδων είναι η καταγραφή της διαδικασίας εμβάθυνσης στη συνειδητή επαφή κάπου με τον εσωτερικό του εαυτό ή το βίωμα αντίληψης και έκφρασης του εαυτού του. Το βίωμα αυτό ποικίλει σε πλούτο, πολυπλοκότητα, βαθμό εμπλοκής και αμεσότητας.

Η κλίμακα αποτελείται από ορισμούς και αναλυτικές περιγραφές και παραδείγματα αυτών των επτά επιπέδων βιωματικής εμπλοκής.

Σε ένα χαμηλό βιωματικό επίπεδο το άτομο είναι αποστασιοποιημένο από συναισθήματα, αντιδράσεις και προσωπικά νοήματα και δεν έχει καλή συναίσθηση της προσωπικής ύπαρξης. Από το πρώτο έως το τέταρτο στάδιο ο αξιολογητής θα πρέπει περισσότερο να προσδιορίσει αν και σε ποιο βαθμό γίνεται αναφορά σε συναισθήματα παρά να εκτιμήσει την πληρότητα ή την αμεσότητα του βιώματος του ασθενούς.

Ανεβαίνοντας την κλίμακα η προσωπική αντίληψη γίνεται περισσότερο σαφής, το άτομο αρχικά συνειδητοποιεί τις προσωπικές του αντιδράσεις και εκτυλίσσεται προοδευτικά στη συνέχεια συναισθάνεται λεπτομερώς το ιδιαίτερο νόημά τους, ώσπου το βίωμα του εαυτού γίνεται μια έτοιμη και διαθέσιμη διαδικασία προς διερεύνηση. Στο τέταρτο στάδιο τα συναισθήματα αποτελούν τον θεματικό πυρήνα. Στο πέμπτο στάδιο θα πρέπει να υπάρχει σαφής απόδειξη μιας σκόπιμης και συνεκτικής επεξεργασίας ή εξερεύνησης, η οποία να περιλαμβάνει τον προσδιορισμό ενός προβλήματος ή μιας πρότασης με τη μορφή συναισθημάτων, καθώς και μια εσωτερικά δομημένη κατεργασία.

Σε ένα υψηλότερο ακόμα βιωματικό επίπεδο ο υποκειμενικός χώρος του ασθενούς βρίσκεται σε ετοιμότητα και είναι παραγωγικά διαθέσιμος ως βάση για την επικοινωνία, την αυτοκατανόηση και τη δράση. Στο έκτο και το έβδομο στάδιο δίνεται έμφαση σε σαφείς σχηματισμούς, οι οποίοι ολοκληρώνουν το άμεσο ή το επικείμενο βίωμα, για να επιλύσουν συγκεκριμένα θέματα. Σε αυτό το στάδιο καλείται να αξιολογήσει τον τρόπο συζήτησης των συναισθημάτων.

Σε κάθε κλίμακα κριτών η εγκυρότητα των βαθμολογήσεων και η αξιοπιστία τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της εκπαίδευσης των κριτών και από την τελική ικανότητά τους. Σε αυτή την κλίμακα έχει βρεθεί καλή αξιοπιστία (Ebel, 1951) της τάξης του (Ebel $R = 0,97$ έως $0,75$) με κριτές εκπαιδευμένους με το εγχειρίδιο αυτό και με τον τρόπο εκπαίδευσης τον οποίο προτείνουν οι κατασκευαστές του, φοιτητές ανθρωπιστικών σπουδών (Klein, et al., 1986) ανάλογα αποτελέσματα υπήρξαν και με επαγγελματίες κριτές: (Ebel $R = 0,98$ έως $0,88$), τιμές απόλυτα ικανοποιητικές για μεταξύ κριτών αξιοπιστία μετρημένη με τον R of Ebel (Klein, et al., 1986).

Η εγκυρότητα της κλίμακας έχει ελεγχθεί από έρευνες, οι οποίες έχουν ήδη αναφερθεί, και προέκυψαν γι' αυτήν τα εξής είδη εγκυρότητας: κατά τεκμήριο εγκυρότητα, περιεχομένου και κριτηρίου (Klein et al., 1986). Διαθέτει ικανοποιητικά επίπεδα διαταξικής και ενδοταξικής εγκυρότητας, κυμαινόμενα από $0,73$ έως $0,92$ (Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούσση, 2002).

Έχει γίνει η μετάφραση και προσαρμογή της κλίμακας στα Ελληνικά. Κατά την προσαρμογή της έγινε χρήση της από Έλληνες κριτές εκπαιδευμένους με όμοιον τρόπο με την αντίστοιχη ομάδα Αγγλόφωνων κριτών στον Καναδά. Κατ' αυτόν τον τρόπο διατίθενται συγκριτικά αποτελέσματα, τα οποία επιτρέπουν τη χρήση της κλίμακας με την παρούσα μεταφρασμένη μορφής της. Η εφαρμογή της κλίμακας σε αμερικανικές και ελληνικές συνεδρίες από Έλληνες αξιολογητές καθώς και η σύγκριση της κατανομής των αξιολογήσεων με εκείνες των Καναδών αξιολογητών δεν έδειξαν διαπολιτισμικές διαφορές στην κατανόηση και εφαρμογή της.

Μία επιφύλαξη γι' αυτό το εργαλείο στην ελληνική προσαρμογή του είναι ότι οι συγκρίσεις έγιναν σε μικρό αριθμό συνεδριών. Πάντως από τα μέχρι τώρα δεδομένα συνάγεται ότι δεν παρατηρούνται στην εφαρμογή της αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις από την αγγλόφωνη έκδοσή της.

2. Η Κλίμακα Σημαντικών Ενδοσυνεδριακών Στιγμών (Category System Of Client Good Moments Scale)

Προκειμένου να αναγνωρισθεί και να μετρηθεί το είδος των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Σημαντικών Ενδοσυνεδριακών Στιγμών (Category System Of Client Good Moments Scale). Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε πληθώρα ερευνών ως εργαλείο καταγραφής της εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας. Μερικές από τις πιο πρόσφατες έρευνες είναι των Stalikas και Fitzpatrick, 1995; Stalikas, De Stefano και Bernardelli, 1997; Stalikas, Peternelli και Iwakabe, 1999).

Πρόκειται για κλίμακα κριτών η οποία καταγράφει όλες τις κλινικά σημαντικές πτυχές μιας θεραπευτικής διαδικασίας. Καταγράφει και μετρά στοιχεία όπως είναι η έκφραση συναισθημάτων, η εκδήλωση συμπεριφορών, η αλλαγή, η θεραπευτική σχέση και η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου. Η συγκεκριμένη κλίμακα κατασκευάστηκε με πρόθεση να αποτελέσει ένα πανθεωρητικό εργαλείο, το οποίο να καλύπτει όλες τις πτυχές της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας και όλες τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Και πράγματι είναι ένα πανθεωρητικό εργαλείο και αυτό επειδή οι κατασκευαστές της, οι Mahrer και Nadler (1986) συμπεριέλαβαν, στις υπό εξέταση κατηγορίες έννοιες από τις περισσότερες θεωρητικές προσεγγίσεις, ώστε η κλίμακα να μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές θεραπευτικές συνεδρίες ανεξάρτητα από την ψυχοθεραπευτική θεωρητική προσέγγιση του θεραπευτή.

Η κλίμακα περιλαμβάνει δώδεκα κατηγορίες ενδοσυνεδριακών φαινομένων, τα οποία έχουν χαρακτηριστεί σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές από ερευνητές, θεωρητικούς και ψυχοθεραπευτές. Αυτές είναι:

1. Η παροχή σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τις διαπροσωπικές σχέσεις.
2. Η περιγραφή και η εξερεύνηση της ιδιαίτερης φύσης και του νοήματος των προσωπικών συναισθημάτων.
3. Η ανάδυση υλικού το οποίο είχε νωρίτερα αποκρουστεί.
4. Η έκφραση της ενόρασης /κατανόησης.
5. Η εκφραστική επικοινωνία.
6. Η έκφραση καλής λειτουργίας της θεραπευτικής σχέσης.
7. Η έκφραση δυνατών συναισθημάτων στον θεραπευτή.
8. Η έκφραση δυνατών συναισθημάτων σε προσωπικές στιγμές.

9. Η έκδηλη εμφάνιση μιας νέας στην ουσία προσωπικότητας.
10. Η υιοθέτηση νέων τρόπων ύπαρξης και συμπεριφοράς στο άμεσο έξω-θεραπευτικό περιβάλλον.
11. Η έκφραση και η περιγραφή αλλαγών της συμπεριφοράς-στόχου.
12. Η έκφραση μιας καλοδεχούμενης γενικής κατάστασης ευεξίας

Οι κριτές με βάση την κλίμακα αυτή καλούνται να αξιολογήσουν το υλικό της συνεδρίας. Αξιολογούν τα λεκτικά στοιχεία της επικοινωνίας και το περιεχόμενο, ενώ σε μερικές κατηγορίες τα εξωλεκτικά στοιχεία, όπως την ποιότητα της φωνής, τη χροιά και την ένταση της μαζί με το περιεχόμενο. Το προς αξιολόγηση υλικό πρέπει να είναι ηχογραφημένο ή και μαγνητοσκοπημένο και παράλληλα να παρέχεται στους κριτές και σε απομαγνητοφωνημένο χειρόγραφο.

Η προτεινόμενη μονάδα ανάλυσης είναι η κάθε δήλωση του θεραπευόμενου η οποία καθορίζεται ως το τμήμα του λόγου του ανάμεσα σε δύο δηλώσεις του θεραπευτή. Κάθε δήλωση αξιολογείται ανεξάρτητα από τις άλλες και μπορεί να μην ενταχθεί σε καμία κατηγορία ή να ενταχθεί σε μία ή περισσότερες.

Η κάθε συνεδρία αξιολογείται ανεξάρτητα από τις προηγούμενες ή τις επόμενες.

Οι κριτές πρέπει να γνωρίζουν καλά και τις 12 κατηγορίες. Είναι αναμενόμενο μερικοί κριτές να δείχνουν προτίμηση προς κάποιες κατηγορίες ή και το αντίθετο. Αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί είτε με προσωπική εκπαίδευση καθενός κριτή στις κατηγορίες αυτές είτε με την αύξηση του αριθμού των κριτών.

Οι κριτές, αξιολογώντας ο καθένας μόνος του, θα πρέπει να αναγνωρίσουν όσες καλές στιγμές μπορούν να εντοπίσουν και ακολούθως σε ολομέλεια να επαναξιολογήσουν με μεγαλύτερη αυστηρότητα από όση στην πρώτη αξιολόγηση τις εντοπισμένες καλές ενδοσυνεδριακές στιγμές. Το ποσοστό συμφωνίας τους πρέπει να είναι 70%-75%, για να αναγνωριστεί μία στιγμή ως σημαντική ενδοσυνεδριακή στιγμή. Ο βαθμός συμφωνίας τους καθορίζει και το αποτέλεσμα της αξιολόγησης.

Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα μεταφρασμένη και προσαρμοσμένη στην ελληνική γλώσσα.

Επιλέχθηκε αυτή η κλίμακα λόγω των ικανοποιητικών ψυχομετρικών δυνατοτήτων της και επειδή θεωρήθηκε ότι μπορεί με ασφάλεια να χρησιμοποιηθεί και για την αξιολόγηση των συνεδριών συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας, αφού είναι ένα πανθεωρητικό εργαλείο.

Η κλίμακα αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για την έρευνα διαδικασίας αφού έχει επιβεβαιωθεί η αξιοπιστία της σε παλαιότερες έρευνες (Martin, Martin, & Slemon,

1987; Martin & Stelmazonek, 1988), οι οποίες αφορούσαν το σύνολο των ερευνών οι οποίες έχουν γίνει με τη χρήση της. Βρέθηκε ότι ο βαθμός αξιοπιστίας μεταξύ των κριτών, μετρημένης με τον δείκτη Kappa του Cohen (Cohen, 1960), τα kappa's κυμαινόταν μεταξύ του 0,72 και 0,77.

Στην ελληνική γλώσσα η μετάφρασή της έγινε από προπτυχιακούς φοιτητές του τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου Αθηνών, η τελική επιλογή των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών έγινε με βάση το ποσοστό συμφωνίας την οποία παρουσίασαν οι κριτές μετά την επαναξιολόγηση των συνεδριών, οι συνεδρίες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν έγιναν στην αγγλική γλώσσα και το ποσοστό συμφωνίας μεταξύ των κριτών ήταν 60%.

Συγκρίθηκε ο τρόπος αξιολόγησης των Ελλήνων κριτών με τον αντίστοιχο ισάριθμων κριτών στον Καναδά και το ποσοστό συμφωνίας ήταν 71% για τους Έλληνες κριτές και 86% για τους Καναδούς κριτές.

3. System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o)

Η θεραπευτική συμμαχία είναι ένα αναπόσπαστο στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης. Η καλή θεραπευτική συμμαχία έχει αναδειχθεί ως βασικός θεραπευτικός παράγοντας και ως σημαντικός παράγοντας και βασική προϋπόθεση θεραπευτικής αλλαγής για την πλειοψηφία των θεραπευτικών προσεγγίσεων (Σταλίκας & Μερτίκας, 2004). Η ύπαρξη καλής θεραπευτικής συμμαχίας στο δείγμα της έρευνας υποδηλώνει ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις για περαιτέρω αναλύσεις.

Προκειμένου να εξασφαλισθεί ότι στις συνεδρίες του δείγματος έχει εγκαθιδρυθεί καλή θεραπευτική συμμαχία χρησιμοποιήθηκε, το System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) (Friedlander, Escudero, Heartherington, Deihl, Field, Lehman, McKee, & Cutting, 2004).

Πρόκειται για ένα πανθεωρητικό εργαλείο μέτρησης της θεραπευτικής συμμαχίας σε ψυχοθεραπείες οικογενειών και ζευγαριών οποιουδήποτε τύπου στο οποίο χρησιμοποιούνται κριτές- παρατηρητές.

Το εργαλείο αυτό αποτελείται από τέσσερες κατηγορίες, οι οποίες ορίζονται και περιγράφονται αναλυτικά και οι ενδείξεις για κάθε κατηγορία αναφέρονται ως υποκατηγορίες σαφώς ορισμένες και περιγραμμένες στο εγχειρίδιο, ώστε να είναι εύκολα αναγνωρίσιμες στον κριτή. Οι κατηγορίες αυτές είναι οι εξής: Engagement in

the Therapeutic Process, Emotional Connection with the Therapist, Safety within the Therapeutic Context, and/or Shared Sense of Purpose within the Family.

Οι παρατηρητές-κριτές μελετούν το οπτικοακουστικό υλικό της συνεδρίας για να την αξιολογήσουν. Η αξιολόγησή τους περιλαμβάνει το λεκτικό και το μη λεκτικό μέρος της επικοινωνίας. Το υλικό το οποίο αξιολογούν είναι η οπτικοακουστικά καταγραμμένη συνεδρία με το απομαγνητοφωνημένο κείμενο μαζί (Friedlander et al., 2004).

Οποιαδήποτε στιγμή της συνεδρίας αξιολογείται, αν και είναι προτιμότερο να αξιολογούνται όχι τμήματα της συνεδρίας αλλά όλη η συνεδρία, για να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα. Η συμπεριφορά, λεκτική και μη, του θεραπευτή αξιολογείται όπως και του κάθε μέλους της οικογένειας χωριστά αλλά και όλης της οικογένειας ως συνόλου. Μπορεί όμως ο ερευνητής να εξαγάγει ασφαλή συμπεράσματα για τον βαθμό της θεραπευτικής συμμαχίας της οικογένειας εστιάζοντας μόνο στην οικογένεια και παραβλέποντας τον θεραπευτή (Friedlander *et al.*, 2004).

Τα δεδομένα με αυτήν την κλίμακα είναι τιμές τακτικές. Αρχικά εντοπίζονται σε κάθε δήλωση της οικογένειας οι υποκατηγορίες καθεμιάς από τις τέσσερις (4) κατηγορίες και κατόπιν βαθμολογούνται με μία κλίμακα Likert η οποία διαβαθμίζεται από το -3 έως και +3.

Κάθε κατηγορία έχει έναν τελικό βαθμό από το -3 έως και +3, όπου -3 είναι ή παντελής έλλειψη συμμαχίας και +3 το μέγιστο επίπεδο συμμαχίας.

Οι κριτές δεν χρειάζεται να έχουν υψηλό επίπεδο εξειδίκευσης, μπορεί να είναι και φοιτητές ψυχολογίας αρκεί να έχουν καλή εκπαίδευση και εξοικείωση με την κλίμακα (Friedlander *et al.*, 2004).

Το System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) είναι ένα καινούργιο εργαλείο και δεν έχει χρησιμοποιηθεί ακόμα σε έρευνες ήδη δημοσιευμένες, όμως η αξιοπιστία του έχει μετρηθεί. Βέβαια εξαρτάται πάντοτε από το επίπεδο εκπαίδευσης και εξοικείωσης των κριτών με το εργαλείο. Σε τρεις δοκιμασίες αξιοπιστίας, οι οποίες έγιναν σε ισπανική και αγγλική γλώσσα, η intraclass correlation κυμάνθηκε από 0,72 έως και 0,95, αποτέλεσμα ικανοποιητικό (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

Η κατά τεκμήριο εγκυρότητά του έχει ελεγχθεί από ερευνητές της οικογενειακής ψυχοθεραπείας αγγλόφωνους και ισπανόφωνους (Friedlander *et al.*, 2006). Η εγκυρότητα κριτηρίου για κάθε κατηγορία του εργαλείου χωριστά έχει

ελεγχθεί και βρέθηκε ότι οι μετρήσεις του αντανακλούν με πιστότητα κλινικά σημαντικές συμπεριφορές οι οποίες σχετίζονται με τη θεραπευτική συμμαχία (Friedlander *et al.*, 2006).

Η παραγοντική ανάλυση η οποία έχει γίνει έδειξε ότι και οι τέσσερις (4) κατηγορίες είναι διαφορετικές όψεις της ίδιας εννοιολογικής κατασκευής, της θεραπευτικής συμμαχίας (Friedlander *et al.*, 2006).

Η εγκυρότητα κριτηρίου, εδώ η συγχρονική εγκυρότητα καθώς και η προβλεπτική του εγκυρότητα έχει επίσης μελετηθεί και έχει βρεθεί ικανοποιητική ((Friedlander *et al.*, 2006).

4. Κατάλογος Αναγνώρισης Συστημικών Θεραπευτικών Παρεμβάσεων

Για να αναγνωρισθούν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι χαρακτηριστικές της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας, χρησιμοποιήθηκε ένας κατάλογος αναγνώρισης και καταγραφής των συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Η κατασκευή του καταλόγου αυτού στηρίχτηκε σε ανάλογο εργαλείο, το Manual Systems Integrative Family Therapy (SIFT) των Byng'Hall, Campbell, Papadopoulos (1996), ο οποίο έχει χρησιμοποιηθεί για έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας σε οικογένειες με μέλος- παιδί καταθλιπτικό. Επίσης στηρίχτηκε συμπληρωματικά στο The Language of Family Therapy των Simon, Stierlin, Wynne (1985) και στο Interventive interviewing: Part 2. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing του Tom (1987).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις τις οποίες περιλαμβάνει ορίζονται σαφώς και παρέχεται μία μικρή περιγραφή αναφορικά με τον τρόπο αναγνώρισης καθεμιάς στην πρακτική εφαρμογή της. Αναφέρονται και κάποια ενδεικτικά παραδείγματα για την καλύτερη κατανόηση της παρέμβασης και την εγκυρότερη αναγνώρισή της. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες περιγράφονται είναι οι εξής οκτώ (8) (βλ.. παρ.1): *Joining techniques* (παρεμβάσεις ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού), οι κυκλικές ερωτήσεις, η εστίαση στην ισχύ, η παράδοξη παρέμβαση, η αναπλαισίωση, η θετική σημασιοδότηση, η εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας και οι τεχνικές πρόκλησης.

Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στους χώρους δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος της Αττικής, το οποίο διαθέτει μονάδα οικογενειακής ψυχοθεραπείας.

Οι συνεδρίες με την ενυπόγραφη συγκατάθεση των θεραπευομένων καταγράφονταν σε ηλεκτρονική οπτικοακουστική μορφή.

Το υλικό της έρευνας, χειρόγραφα, ηλεκτρονικό οπτικοακουστικό υλικό παρέμενε ασφαλές στον χώρο του νοσηλευτικού ιδρύματος. Οι έχοντες την ευθύνη της έρευνας έκαναν ό,τι ήταν απαραίτητο, ώστε οι συνθήκες να είναι όπως ακριβώς προβλέπονταν.

Διασφαλίστηκε το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων του δείγματος, με ενέργειες, όπως η εξασφάλιση ότι οι οικογένειες υπό μελέτην θα παραμένουν άγνωστες στους κριτές, ακόμα και φυσιογνωμικά, η αλλοίωση των προσωπικών δεδομένων των μελών του δείγματος στο γραπτό κείμενο, ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία τους και η ηθική και νομική δέσμευση των κριτών για την υπεύθυνη διασφάλιση του απορρήτου εκ μέρους τους. Διασφαλίστηκαν επίσης η πλήρης αντιστοιχία του οπτικοακουστικού υλικού της συνεδρίας με το απομαγνητοφωνημένο κείμενο, η σταθερή σύνθεση υποομάδας κριτών από τα ίδια πρόσωπα για τον συμφωνημένο αριθμό συνεδριών τον οποίο θα αξιολογούσε η υποομάδα και η ομαλή λειτουργία των μηχανημάτων.

Το υλικό στο οποίο ήταν καταγεγραμμένες οι συνεδρίες οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας του δείγματος ήταν αρχικά σε μορφή βίντεο VHS, το οποίο στη συνέχεια μετατράπηκε σε ψηφιακή μορφή, σε DVD, για να υπάρχει περισσότερη τεχνική ευχέρεια στη μελέτη των συνεδριών αυτών.

Ακολουθώς απομαγνητοφωνήθηκε η κάθε συνεδρία δύο φορές από διαφορετικούς συνεργάτες και έγινε σύγκριση και διόρθωση του τελικού κειμένου, ώστε να υπάρχει αξιοπιστία και εγκυρότητα στη μεταφορά του σε γραπτό λόγο.

Οι κριτές εργάζονταν σε ομάδες μικρές, των τριών προσώπων όσον αφορά τα εργαλεία Βιωματική κλίμακα, Σημαντικές Ενδοσυνεδριακές Στιγμές και SOFTA , αλλά σε ομάδα των δύο προσώπων όσον αφορά την αναγνώριση των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Υπήρχε στη διάθεση των κριτών το απομαγνητοφωνημένο κείμενο των συνεδριών του δείγματος, η οθόνη -μόνιτορ, το DVD player και ο απόλυτος έλεγχος από την πλευρά των κριτών της ροής της συνεδρίας στην οθόνη, ώστε με άνεση να μελετούν

τις συνεδρίες και να μπορούν να επιστρέφουν σε οποιοδήποτε σημείο της συνεδρίας οποιαδήποτε στιγμή, για να πραγματοποιήσουν την αξιολόγησή τους. Υπήρχε ένα πρόσωπο το οποίο συντόνιζε αυτές τις ομάδες και είχε την ευθύνη για το οπτικοακουστικό υλικό τα μηχανήματα και τον χώρο. Οι κριτές δεν ε γνώριζαν, για όσο διάστημα διήρκεσε η αξιολόγηση των συνεδριών εκ μέρους τους, ποιοι ήταν οι σκοποί της έρευνας. Φυσικά γνώριζονταν μεταξύ τους οι μετέχοντες στην υποομάδα.

Οι κριτές

Όλα τα εργαλεία αυτής της έρευνας ήταν κλίμακες κριτών. Είναι σκόπιμο σε αυτό το σημείο της μελέτης, να γίνει αναφορά στην εκπαίδευση των κριτών, τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους και στον τρόπο με τον οποίο λειτούργησαν στην έρευνα, χωριστά για κάθε εργαλείο.

Η βιωματική κλίμακα

Οι κριτές, πριν λάβουν μέρος στην αξιολόγηση του υλικού της έρευνας, είχαν εκπαιδευτεί 30 ώρες στην αξιολόγηση ηλεκτρονικά καταγεγραμμένων και απομαγνητοφωνημένων συνεδριών.

Μεριμνήθηκε ιδιαίτερα να έχουν υψηλό βαθμό συμφωνίας μεταξύ τους στην αξιολόγηση αλλά και να αφομοιώσουν τις έννοιες του εγχειριδίου ώστε πράγματι να αναγνωρίζουν αυτές τις οποίες προβλέπει το εγχειρίδιο μέσα στη συνεδρία την οποία αξιολογούσαν.

Όσον αφορά τη μέτρηση του βαθμού βιωματικής εμπλοκής των θεραπευομένων στη θεραπευτική διαδικασία, έγινε ως ακολούθως. Αρχικά μελετήθηκε η βιωματική εμπλοκή των θεραπευομένων με τη βαθμολόγηση των συνεδριών από τους κριτές. Οι κριτές ήταν δεκαπέντε (15) άτομα συνολικά για τη βιωματική κλίμακα, τα οποία χωρίστηκαν σε πέντε (5) ομάδες των τριών (3) μελών η κάθε μία. Ο αριθμός και τα μέλη κάθε ομάδας ήταν σταθερά. Κάθε ομάδα χωριστά χρειάστηκε τρεις (3) μήνες και ο αριθμός συνεδριών τον οποίο αξιολογούσε κάθε μήνα ήταν τέσσερις (4), μία συνεδρία ανά εβδομάδα. Οι συνεδρίες ήταν οπτικοακουστικά καταγεγραμμένες και απομαγνητοφωνημένες. Στην υποομάδα οι κριτές είχαν στη διάθεσή τους το DVD της συνεδρίας και το απομαγνητοφωνημένο κείμενο. Κατά την έναρξη της αξιολόγησης πραγματοποιούνταν επαναληπτική μελέτη

του εγχειριδίου από τον κάθε κριτή και ακολούθως ο κάθε κριτής, καταρχήν ατομικά, αξιολογούσε ολόκληρη τη συνεδρία βαθμολογώντας κάθε δήλωση ή επικοινωνιακή μονάδα χωριστά. Οι δηλώσεις τις οποίες αξιολογούσε και βαθμολογούσε ήταν κάθε δήλωση των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια της συνεδρίας-παραλείπονταν αυτές του θεραπευτή. Κάθε δήλωση βαθμολογιόταν με τιμές οι οποίες κυμαίνονταν από ένα (1) έως επτά (7) κλίμακας τακτικών τιμών, όπως προβλεπόταν από το εγχειρίδιο.

Ακολουθούσε η ολομέλεια, όπου οι κριτές συνέκριναν τις αξιολογήσεις τους για κάθε δήλωση και κατέληγαν στην τελική τους γνώμη. Η βάση για την κρίση και την κοινή ενδεχομένως απόφαση ήταν πάντοτε η κοινή γνώση του εγχειριδίου. Το εγχειρίδιο ήταν διαθέσιμο καθ' όλη τη διάρκεια της αξιολόγησης σε όλους τους κριτές.

Η τελική γνώμη-βαθμολόγηση του κάθε κριτή λαμβανόταν υπόψη στη συζήτηση της ολομέλειας κατά την οποία προέκυπτε ο βαθμός ο οποίος αναγνωρίστηκε και αξιοποιήθηκε ως δεδομένο. Αυτός ήταν ο βαθμός της ομοφωνίας. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες δύο από τους τρεις κριτές συμφωνούσαν, γινόταν δεκτός ο βαθμός τον οποίον κατέθεταν ως τελικό βαθμό της δήλωσης. Τέλος για τις ελάχιστες περιπτώσεις στις οποίες για την ίδια δήλωση υπήρξαν και μετά την ολομέλεια τρεις (3) διαφορετικές βαθμολογίες επιλέχθηκε να γίνει αποδεκτή ως δεδομένο η χαμηλότερη από τις τρεις.

Η κλίμακα σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών

Οι κριτές ήταν όλοι πτυχιούχοι ψυχολογίας, εκπαιδευόμενοι ή εκπαιδευμένοι σε κάποια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Οι περισσότεροι είχαν κλινική ψυχοθεραπευτική εμπειρία και όλοι κλινική συμβουλευτική εμπειρία. Οι κριτές ήταν εννέα (9) άτομα χωρισμένα σε τρεις (3) ομάδες των τριών (3) ατόμων η κάθε μία.

Η εκπαίδευσή τους διήρκεσε τρεις μήνες. Περιελάμβανε μελέτη και κοινή κατανόηση των εννοιών του εγχειριδίου, εκπαιδευτική αξιολόγηση επτά (7) συνεδριών ψυχοθεραπείας, από τις οποίες τρεις (3) ήταν οικογενειακής ψυχοθεραπείας, οι υπόλοιπες ατομικής ψυχοθεραπείας. Ακολούθως, όταν ολοκληρώθηκε η εκπαίδευσή τους, αξιολογήθηκαν και οι εννέα (9) στην ίδια συνεδρία και ο βαθμός ομοφωνίας τους στην εξέταση ήταν με τον δείκτη K του Cohen 0,90, ικανοποιητικός ώστε να θεωρηθούν αξιόπιστοι και ικανοί για την αξιολόγηση συνεδριών της έρευνας. Με τη μακροχρόνια θεωρητική και πρακτική

εκπαίδευση, εξασφαλίστηκε η ορθή και ομοιογενής κατανόηση των κατηγοριών της κλίμακας, ώστε να υπάρχει επαρκής εγκυρότητα και αξιοπιστία. Με τον δείκτη K του Cohen, $K=0,90$ εξασφαλίστηκε η αξιοπιστία αλλά και με την εκπαίδευση των κριτών η επαρκής εγκυρότητα.

Κάθε ομάδα κριτών αξιολόγησε τις συνεδρίες με γνώμονα την κλίμακα σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών. Ο χρόνος συνολικά τον οποίο χρειάστηκαν οι ομάδες κριτών ήταν δεκατέσσερις (14) μήνες. Για κάθε υποομάδα κριτών ο χρόνος ήταν περίπου τέσσερις (4) μήνες. Περίπου κάθε μία εβδομάδα πραγματοποιούνταν αξιολόγηση μιας συνεδρίας. Το υλικό αξιολόγησης, το οποίο ήταν οι συνεδρίες οικογενειακής ψυχοθεραπείας, ήταν στη διάθεση των κριτών σε μορφή οπτικοακουστική και απομαγνητοφωνημένου κειμένου. Η κάθε υποομάδα αξιολόγησε είκοσι (20) συνεδρίες και η αξιολόγηση έγινε σε δύο φάσεις.

Στην πρώτη φάση της αξιολόγησης ο κάθε κριτής αναλάμβανε την ευθύνη να αναγνωρίσει τέσσερες από τις κατηγορίες της κλίμακας έτσι ώστε να μοιραστούν και οι δώδεκα κατηγορίες στους τρεις κριτές. Οι κριτές επέλεξαν τις κατηγορίες τις οποίες προτιμούσαν και, αν τελικά υπήρχε υπεραντιπροσώπευση κάποιας κατηγορίας και υποεκπροσώπηση κάποιας άλλης, ο υπεύθυνος της έρευνας τις αναδιένεμε, ώστε να υπάρξει ισομερής αντιπροσώπευση όλων των κατηγοριών.

Σε αυτή την αρχική φάση πραγματοποιούνταν επαναληπτική μελέτη του εγχειριδίου και ακολούθως ατομικά ο κάθε κριτής μελετούσε τη συνεδρία από το απομαγνητοφωνημένο κείμενο και ταυτόχρονα είχε οπτικοακουστική εικόνα της. Διερευνούσε κάθε δήλωση, καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας, κάθε μέλους της οικογένειας το οποίο συμμετείχε στη συνεδρία, φυσικά εκτός από τις δηλώσεις των θεραπειών, ασχολούμενος βέβαια μόνο με τις τέσσερες (4) κατηγορίες τις οποίες είχε αναλάβει.

Η βαθμολόγηση είχε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορούσε τη μη ύπαρξη κάποιας από τις 12 σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και ο βαθμός ήταν το μηδέν (0). Η δεύτερη αφορούσε τον εντοπισμό και την ταυτοποίηση καθενός από τα δώδεκα είδη σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών και για κάθε μία από αυτές τις σημαντικές στιγμές αντιστοιχούσε ένας αριθμός από το ένα (1) έως το δώδεκα (12). Υπήρχε η περίπτωση σε μία δήλωση να εντοπιζόταν ένα μόνο είδος σημαντικής ενδοσυνεδριακής στιγμής ή και περισσότερα του ενός.

Αφού ολοκληρωνόταν η ατομική βαθμολόγηση των δηλώσεων της συγκεκριμένης συνεδρίας, ακολουθούσε η ολομέλεια των κριτών. Αυτή ήταν η δεύτερη φάση της αξιολόγησης.

Σε αυτή τη φάση, την ολομέλεια, γινόταν αξιολόγηση των αξιολογήσεων του κάθε κριτή για κάθε δήλωση και η λήψη της τελικής απόφασης του καθενός για την αξιολόγηση της κάθε δήλωσης. Για να γίνει αυτό, ο καθένας χωριστά από τους υπόλοιπους κριτές επανήλεγχε το απομαγνητοφωνημένο κείμενο και το οπτικοακουστικό υλικό και βαθμολογούσε τις δηλώσεις των υπολοίπων παράλληλα με την ήδη υπάρχουσα από τον αρχικό κριτή βαθμολόγηση.

Η τελική απόφαση του καθενός κριτή ήταν αποτέλεσμα ανταλλαγής απόψεων των κριτών για την ταυτοποίηση της δήλωσης. Οι απόψεις πάντοτε στηρίζονταν και απέρρεαν από τον βαθμό κατανόηση του εγχειριδίου της κλίμακας, τον οποίο διέθετε ο κάθε κριτής. Το εγχειρίδιο ήταν διαθέσιμο καθ' όλη τη διάρκεια της αξιολόγησης σε όλους τους κριτές.

Δεκτές ως έγκυρες γίνονταν οι αξιολογήσεις οι οποίες διέθεταν την πλήρη ομοφωνία των κριτών (επίπεδο 100%) , ή τη σχετική πλειοψηφία των 2/3 (66,33%).

Με αυτόν τον τρόπο κάθε δήλωση ελέγχθηκε από όλους τους κριτές σε μία μορφή παράλληλης ανάλυσης, όπως αναφέρεται σε παλαιότερες έρευνες των Greenberg (1984) και των Rice και Saperia (1984).

Η κλίμακα της θεραπευτικής συμμαχίας

Η ομάδα των κριτών αποτελούνταν από δώδεκα (12) άτομα, τα οποία χωρίστηκαν σε τέσσερις (4) υποομάδες των τριών (3) ατόμων η κάθε μία. Αξιολογήθηκαν συνολικά εξήντα (60) συνεδρίες. Κάθε υποομάδα αξιολόγησε δεκαπέντε (15) συνεδρίες. Ο συνολικός χρόνος ο οποίος χρειάστηκε, για να αξιολογηθούν όλες οι συνεδρίες, ήταν δύο (2) μήνες.

Σε αυτή την έρευνα οι κριτές τηρούσαν τις προϋποθέσεις επάρκειας για την εκπαίδευση σε αυτό το εργαλείο. Η σύνθεσή τους ήταν: έξι (6) τεταρτοετείς φοιτητές ψυχολογίας, πέντε (5) μεταπτυχιακοί φοιτητές ψυχολογίας με βασικό πτυχίο ψυχολογίας και μία (1) διδακτορική φοιτήτρια ψυχολογίας.

Οι κριτές εκπαιδεύτηκαν σύμφωνα με τις προδιαγραφές του κατασκευαστή της κλίμακας, ο οποίος ορίζει, όπως έχει αναφερθεί, τον τρόπο, τον χρόνο, το

περιεχόμενο της εκπαίδευσης και το επίπεδο αξιοπιστίας των κριτών (Friedlander et al., 2004).

Η εκπαίδευσή τους περιλαμβάνει εκτός από τη θεωρητική εκπαίδευση-εξοικείωση με τις έννοιες του εγχειριδίου της κλίμακας και πρακτική εφαρμογή της κλίμακας τουλάχιστον σε δέκα (10) εκπαιδευτικές συνεδρίες οικογενειακής ψυχοθεραπείας και συζήτηση με τον εκπαιδευτή των διαφόρων δυσκολιών τις οποίες αντιμετώπισαν ή των λαθών τα οποία έκαναν, ώστε να υπάρχει εγκυρότητα. Ο βαθμός ομοφωνίας μεταξύ των κριτών ο οποίος απαιτείται, για να έχουν επαρκή αξιοπιστία για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, είναι $icc = 0,75$ (Friedlander et al., 2004).

Οι εκπαιδευόμενοι κριτές αυτής της έρευνας χρησιμοποίησαν αυτό το εργαλείο σε δέκα (10) εκπαιδευτικές συνεδρίες και κατόπιν αξιολογήθηκαν.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας οι ερευνητές εργάστηκαν σε σταθερές ως προς τη σύνθεση υποομάδες των τριών ατόμων. Επικεντρώθηκαν στην αξιολόγηση των δηλώσεων μόνο της οικογένειας. Προτιμήθηκε αυτή η επικέντρωση για δύο λόγους, πρώτον διότι οι έρευνες σε ατομικές ψυχοθεραπείες έχουν επανειλημμένα δείξει ότι η αντίληψη των θεραπευόμενων για τη θεραπευτική συμμαχία είναι ο ισχυρότερος παράγοντας για την επιτυχή θεραπευτική έκβαση (Horvath, 1994; Horvath & Symonds, 1991) και δεύτερον διότι βρέθηκε εξαιρετικά λίγη βιβλιογραφία για τις σκέψεις και τα συναισθήματα των θεραπευόμενων σε θεραπείες οικογενειακές και ζεύγους (Friedlander et al., 2006).

Οι κριτές αξιολόγησαν ολόκληρη τη συνεδρία και τις 60 συνεδρίες του δείγματος. Αξιολογήθηκε κάθε δήλωση των μελών της οικογένειας. Για κάθε μέλος της οικογένειας υπολογίστηκε το είδος της θεραπευτικής συμμαχίας την οποία σύναψε στη κάθε συνεδρία και ο βαθμός της. Οι τέσσερις κατηγορίες θεραπευτικής συμμαχίας τις οποίες εντοπίζει το εργαλείο αυτό για κάθε μέλος της οικογένειας εμφανίζονταν στην συνεδρία με διαφορετική ένταση και συχνότητα. Ήταν ενδεχόμενο σε μία συνεδρία για κάποιο μέλος να μην υπήρχε κάποια ή κάποιες από τις κατηγορίες και μάλιστα, αν υπήρχε, να υπήρχε με διαφορετικό βαθμό για κάθε μέλος. Όλα αυτά τα δεδομένα αναδείχθηκαν. Αναγνωρίστηκε για κάθε μέλος και η ύπαρξη ή όχι μιας από τις τέσσερις κατηγορίες θεραπευτικής συμμαχίας αλλά και με τη βαθμολόγηση σε κλίμακα Likert με αρίθμηση από -3 έως $+3$ η κλιμάκωση της εμφάνισης του φαινομένου της θεραπευτικής συμμαχίας.

Όλη η αξιολόγηση έγινε σε διάστημα τριών (3) μηνών αμέσως μετά την εκπαίδευση, η οποία διήρκεσε ενάμισο μήνα. Οι ερευνητές είχαν πρόσφατη την εκπαίδευση και

συχνές συναντήσεις, ώστε να μη ξεχθούν αυτά τα οποία έμαθαν και έτσι να επιτευχθεί καλύτερος βαθμός εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

Ο κατάλογος των συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων

Οι κριτές οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν για την αναγνώριση των θεραπευτικών παρεμβάσεων ήταν δύο άτομα.

Οι δύο κριτές σε διάστημα πέντε (5) μηνών αξιολόγησαν όλες τις συνεδρίες με ρυθμό συναντήσεων δώδεκα (12) τον μήνα, περίπου τρεις (3) συναντήσεις την εβδομάδα και αξιολόγηση μιας συνεδρίας σε κάθε συνάντηση.

Οι δύο (2) οικογενειακοί θεραπευτές οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν ως κριτές αναγνώριζαν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, μελετώντας τις συνεδρίες από το DVD και ταυτόχρονα από το κείμενο των απομαγνητοφωνημένων συνεδριών το οποίο είχαν στη διάθεσή τους. Οι κρίσεις τους για τον εντοπισμό και αναγνώριση των θεραπευτικών παρεμβάσεων στηρίχθηκαν στον ορισμό και τη περιγραφή των παρεμβάσεων οι οποίες αναφέρονται στο έντυπο το οποίο κατασκευάστηκε. Είχαν στην διάθεσή τους όλο το έντυπο και μία περιληπτική έκδοσή του. Οι κριτές διέθεταν εξαετή (6) εκπαίδευση στη συστημική οικογενειακή θεραπεία και 10ετή κλινική εμπειρία στην προσέγγιση αυτή. Είναι μέλη της Ερωπαϊκής Συνομοσπονδίας Οικογενειακών Θεραπευτών.

Η εκπαίδευσή και η κλινική τους εμπειρία τους ήταν η προϋπόθεση για να επιλεγούν ως κριτές. Ακολούθως υιοθέτησαν τα κριτήρια του εγχειριδίου για τον ορισμό και την περιγραφή των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Εξασκήθηκαν σε υλικό οικογενειακής ψυχοθεραπείας, έως ότου αποκτήσουν και στην αξιολόγηση κοινή κατανόηση των ενοιών και ικανοποιητικό βαθμό ομοφωνίας, ο οποίος υπολογίστηκε με τον δείκτη k του Cohen και διακυμάνθηκε κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους από $K=0,80$ έως και $0,89$. Στο τέλος της εκπαίδευσης αξιολογήθηκαν οι κριτές και ο βαθμός ομοφωνίας τους ήταν $K=0,91$.

Δεδομένα και στατιστική ανάλυση

Σε αυτό το σημείο του πονήματος θα παρουσιαστούν οι στατιστικές αναλύσεις οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την στατιστική μελέτη των ερευνητικών υποθέσεων αυτής της έρευνας.

Τα δεδομένα για τις αναλύσεις αποτελούνταν από τις αξιολογήσεις-βαθμολογήσεις των κριτών για τις α) σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, β) τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία, γ) τον βαθμό θεραπευτικής συμμαχίας και την δ) αναγνώριση εμφάνισης συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Οι αναλύσεις οι οποίες διεξήχθησαν αποτελούν μια σειρά από στατιστικές δοκιμασίες σχέσεων μεταξύ εμφάνισης συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων και εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, βαθμού βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στη θεραπευτική συνεδρία και βαθμού θεραπευτικής συμμαχίας.

Τα δεδομένα είναι όλα μη παραμετρικά, μερικά από αυτά σε κλίμακα κατηγορικού τύπου, ενώ άλλα ήταν σε τακτική κλίμακα δεδομένων. Για τα δεδομένα σε κατηγορική κλίμακα μελετήθηκε η σχέση μεταξύ μεταβλητών οι οποίες έχουν κατηγορικές τιμές και πραγματοποιήθηκαν μία σειρά κατανομές περιγραφικής στατιστικής και έλεγχοι εξάρτησης χ^2 . Ο συντελεστής Pearson ήταν η δοκιμασία σημαντικότητας για όλους τους χ^2 ελέγχους εξάρτησης και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0,05$.

Για τη μελέτη μεταβλητών με δεδομένα ίσων διαστημάτων χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διασποράς μονής κατεύθυνσης, T- Tests.

Όλη η στατιστική επεξεργασία έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS-11 (Statistical Package for Social Sciences).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιασθεί μια γενική περιγραφή των δεδομένων, οι στατιστικές αναλύσεις και πληροφορίες οι οποίες αφορούν την αξιοπιστία των δεδομένων. Ακολούθως θα παρουσιασθούν τα ευρήματα τα οποία σχετίζονται με τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσης μελέτης.

Τα αποτελέσματα προέκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων τα οποία συγκεντρώθηκαν από την εφαρμογή της Κλίμακας Σημαντικών Ενδοσυνεδριακών Στιγμών (Category System Of Client Good Moments Scale), του System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o), της Βιωματικής Κλίμακας (Patient Experiencing Scale) και του καταλόγου των συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων για τον εντοπισμό των συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Τα δεδομένα στα οποία έγινε στατιστική επεξεργασία προέρχονται από την αξιολόγηση όλων των συνεδριών του δείγματος.

Μετά την ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας συλλέχθηκαν και αξιολογήθηκαν εξήντα (60) συνεδρίες –τρεις συνεδρίες για κάθε οικογένεια –από τις οποίες οι τριάντα (30) είχαν θετική θεραπευτική έκβαση και οι υπόλοιπες τριάντα (30) μη θετική θεραπευτική έκβαση. Σε αυτές τις συνεδρίες το σύνολο των δηλώσεων το οποίο εντοπίστηκε ανέρχεται σε 39352. Ο αριθμός των δηλώσεων σε συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση ανέρχεται σε 20534, ενώ σε συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση ανέρχεται σε 18818.

Ο αριθμός των δηλώσεων διακυμάνθηκε μεταξύ των 20 οικογενειών όπως φαίνεται στον Πίνακα 3:

Πίνακας 3. Συχνότητα δηλώσεων ανά οικογένεια

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Συνεδρία	1	1490	3,8	3,8	3,8
	2	2026	5,1	5,2	8,9
	3	1391	3,5	3,5	12,5
	4	2289	5,8	5,8	18,3
	5	1510	3,8	3,8	22,1
	6	1647	4,2	4,2	26,3
	7	2300	5,8	5,9	32,2
	8	2536	6,4	6,5	38,6
	9	2432	6,2	6,2	44,8
	10	2913	7,4	7,4	52,2
	11	1877	4,8	4,8	57,0
	12	2048	5,2	5,2	62,2
	13	1902	4,8	4,8	67,0
	14	1260	3,2	3,2	70,3
	15	2501	6,4	6,4	76,6
	16	1311	3,3	3,3	79,9
	17	1515	3,8	3,9	83,8
	18	2093	5,3	5,3	89,1
	19	1837	4,7	4,7	93,8
	20	2438	6,2	6,2	100,0
Σύνολο		39316	99,9	100,0	
Απώλειες	Συστήματος	36	,1		
Σύνολο		39352	100,0		

Όπως φαίνεται ο αριθμός των δηλώσεων ανάμεσα στις συνεδρίες δεν διαφέρει σημαντικά. Προκύπτει μια ισορροπημένη κατανομή του αριθμού των δηλώσεων.

Πίνακας 4. Στατιστική δηλώσεων ανά φάση θεραπείας

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρες	Αρχική	13519	34,4	34,4
	Μεσαία	12617	32,1	32,1
	Τελική	13216	33,6	33,6
	Σύνολο	39352	100,0	100,0

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, η κατανομή του αριθμού των δηλώσεων μεταξύ αρχικών, μεσαίων και τελικών συνεδριών είναι ισοδύναμη.

Οι δηλώσεις οι οποίες αναγνωρίστηκαν ως διατύπωση θεραπευτικών παρεμβάσεων συνολικά ανήλθαν σε 5496, ήτοι το 14% των δηλώσεων. Ο αριθμός αυτός είναι αναμενόμενος. Οι παρεμβάσεις οι οποίες αναγνωρίστηκαν είναι οι joining techniques, κυκλικές ερωτήσεις, εστίαση στην ισχύ, αναπλαισιώσεις, γενογραμματικές ερωτήσεις, σε αριθμούς και ποσοστά τα οποία φαίνονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5. Συχνότητα και ποσοστό εμφάνισης θεραπευτικών παρεμβάσεων

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Έγκυρα	Τεχνικές ανάπτυξης	1656	4,2	4,2
	θεραπευτικού			
	Κυκλικές Ερωτήσεις	628	1,6	1,6
	Εστίαση στην ισχύ	1134	2,9	2,9
	αναπλαισιώσεις	658	1,7	1,7
	Γενογραμματικές	1420	3,6	3,6
	ερωτήσεις			
	καμιά συστημική τεχνική	33850	86,0	86,0
	Σύνολο	39352	100,0	100,0

Από τον Πίνακα 5 φαίνεται ότι οι παρεμβάσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται συχνότερα είναι οι τεχνικές ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού και οι γενογραμματικές ερωτήσεις, ενώ η εστίαση στην ισχύ έπεται σε συχνότητα χρήσης. Οι κυκλικές ερωτήσεις και οι αναπλαισιώσεις εμφανίζονται λιγότερο από τις άλλες παρεμβάσεις. Ο αριθμός δηλώσεων οι οποίες αναγνωρίζονται ως διατύπωση κάποιας συστημικού

τύπου παρέμβασης σε σχέση με αυτές οι οποίες δεν αναγνωρίζονται ως κάποιου τύπου συστημική παρέμβαση είναι σαφώς μικρότερος αλλά είναι αναμενόμενος.

Οι δηλώσεις των οικογενειών στις οποίες αναγνωρίστηκε η εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών στο σύνολο των δηλώσεων του δείγματος ανέρχονται στις 3101 που αντιστοιχεί σε ποσοστό 7,4% του συνόλου των δηλώσεων των μελών της οικογένειας.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6, συνολικά ο αριθμός των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών είναι αρκετά μικρότερος από το σύνολο των δηλώσεων, όπως ακριβώς αναμενόταν. Αναλυτικότερα φαίνεται (βλέπε Πίνακα 6) ότι μερικές κατηγορίες σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών εκπροσωπούνται περισσότερο από άλλες οι οποίες απλά εμφανίζονται, ενώ μερικές δεν εμφανίστηκαν καθόλου.

Πίνακας 6. Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές ανά κατηγορία στο σύνολο των δηλώσεων

Κατηγορίες κλίμακας	Αριθμός δηλώσεων	Ποσοστό δηλώσεων
1. Αποκάλυψη σημαντικού υλικού	2726	6,9 %
2. Περιγραφή και εξερεύνηση συναισθημάτων	13	< 0,1
3. Αποκάλυψη απωθημένου υλικού	2	< 0,01
4. Έκφραση ενόρασης	0	0
5. Εκφραστική επικοινωνία	321	0,8%
6. Καλή λειτουργία της θεραπευτικής σχέσης	5	0,1%
7. Έκφραση συναισθημάτων στον θεραπευτή	2	< 0,01
8. Έκφραση συναισθημάτων σε προσωπικές στιγμές	15	< 0,1
9. Εμφάνιση νέας προσωπικότητας	0	0
10. Νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά	17	< 0,1
11. Μείωση συμπτωμάτων	60	0,2%
12. Έκφραση γενικής ευεξίας	0	0

Οι κατηγορίες «Αποκάλυψη σημαντικού υλικού», « Εκφραστική επικοινωνία» και «Μείωση συμπτωμάτων » εμφανίστηκαν περισσότερο, ενώ οι κατηγορίες «Περιγραφή και εξερεύνηση συναισθημάτων», «Έκφραση

συναισθημάτων στον θεραπευτή», «Καλή λειτουργία της θεραπευτικής σχέσης», «Νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά», «Εκφραση συναισθημάτων σε προσωπικές στιγμές» εμφανίσθηκαν ελάχιστες φορές.

Όσον αφορά τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής, όπως φαίνεται στον Πίνακα 7, η συντριπτική πλειοψηφία κυμαίνονται μεταξύ του 1 και του 3. Αυτό σημαίνει ότι ο βαθμός βιωματικής εμπλοκής συνολικά είναι, ιδιαίτερα χαμηλός.

Πίνακας 7. Βιωματική κλίμακα ποσοστά βαθμών για δηλώσεις θεραπευομένων

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Συγκεντρωτικά ποσοστά
Έ	1	11217	28,5	52,4	52,4
Υ	2	9226	23,4	43,1	95,5
κ	3	931	2,4	4,3	99,9
υ	4	28	,1	,1	100,0
ρ	5	2	,0	,0	100,0
α					
	Σύνολο	21404	54,4	100,0	

Επίπεδα Θεραπευτικής Συμμαχίας

Όπως έχει αναφερθεί η ύπαρξη θετικής θεραπευτικής συμμαχίας στις συνεδρίες αποτελεί κριτήριο για την ένταξη κάθε συνεδρίας στο δείγμα. Η προκαταρκτική εξέταση των δεδομένων έδειξε ότι υπάρχει στατιστική ισχύ, δεδομένου ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός δεδομένων για κάθε υπό μελέτη μεταβλητή. Όπως φαίνεται στο πίνακα 8 τα αποτελέσματα αξιολόγησης της θεραπευτικής συμμαχίας έδειξαν ότι 36147 δηλώσεις βρέθηκαν σε συνεδρίες οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια. Επι αυτών των δηλώσεων έγιναν οι στατιστικές επεξεργασίες ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα.

Πίνακας 8 Οι δηλώσεις ανά οικογένεια

Οικογένεια					
		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά ποσοστά
Έ	1	1490	4,1	4,1	4,1
Υ	2	2026	5,6	5,6	9,7
κ	3	1391	3,8	3,8	13,6
υ	4	2289	6,3	6,3	19,9
ρ	5	1510	4,2	4,2	24,1
α	6	1647	4,6	4,6	28,6
	7	1895	5,2	5,2	33,9
	8	2536	7,0	7,0	40,9
	9	2432	6,7	6,7	47,6
	10	2913	8,1	8,1	55,7
	11	1877	5,2	5,2	60,9
	12	2048	5,7	5,7	66,5
	13	1091	3,0	3,0	69,6
	14	1260	3,5	3,5	73,0
	15	2501	6,9	6,9	80,0
	16	873	2,4	2,4	82,4
	18	2093	5,8	5,8	88,2
	19	1837	5,1	5,1	93,3
	20	2438	6,7	6,7	100,0
	Total	36147	100,0	100,0	

Μία συνεδρία ήταν αρχική με θετική έκβαση, ενώ οι υπόλοιπες πέντε ανήκαν σε οικογένειες των οποίων η θεραπεία είχε μη θετική έκβαση, από αυτές οι δύο ήταν αρχικές, οι δύο τελικές και μία μεσαία.

Αξιοπιστία δεδομένων

Για να απαντηθεί το ερώτημα της αξιοπιστίας και εγκυρότητας των δεδομένων, μελετήθηκε η μεταξύ των κριτών αξιοπιστία για κάθε εργαλείο.

Ο βαθμός αξιοπιστίας τους για κάθε εργαλείο είχε την εξής εικόνα:

Όσον αφορά τη βιωματική κλίμακα η αξιοπιστία των κριτών υπολογίστηκε βάσει του δείκτη R of Ebel. Υπολογίστηκε ο δείκτης για δέκα από τις συνεδρίες του δείγματος με τυχαία δειγματοληψία.

Οι τιμές του δείκτη R of Ebel διακυμάνθηκαν ως εξής: η μέγιστη 0,98 και η ελάχιστη 0,90, ενώ ο μέσος όρος ήταν 0,96 με τυπική απόκλιση 0,008 και 0,92 ήταν η επικρατούσα τιμή. Οι τιμές αυτές υποδηλώνουν εξαιρετικά υψηλή αξιοπιστία

συμφωνίας των κριτών, δεδομένου ότι στη διεθνή ερευνητική πρακτική θεωρείται καλός βαθμός αξιοπιστίας το 0,50 (Klein *et al*, 1986).

Για τη κλίμακα σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών η μεταξύ των κριτών αξιοπιστία υπολογίστηκε βάσει του δείκτη Kappa του Cohen. Η αξιοπιστία υπολογίστηκε με βάση τη βαθμολογία η οποία προέκυπτε για κάθε συνεδρία ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των κριτών, η οποία κατέληγε σε συμφωνία και αφού είχε προηγηθεί η ατομική βαθμολογία του κάθε κριτή. Υπολογίστηκε για κάθε πιθανό συνδυασμό κριτών ανά συνεδρία. Συνολικά υπολογίστηκαν 154 Kappa. Από τον υπολογισμό εξαιρέθηκαν οι συνεδρίες οι οποίες αποκλείστηκαν από τους τελικούς υπολογισμούς, διότι δεν εκπλήρωσαν το κριτήριο-ουδό της θεραπευτικής συμμαχίας.

Η διακύμανση στη μεταξύ κριτών αξιοπιστία ήταν $k = 0,90 - 1,000$ με επικρατούσα τιμή 1, διάμεσο 1, μέσο όρο $= 0,98$, διακύμανση 0,0005 και τυπική απόκλιση 0,024.

Οι τιμές αυτές υποδηλώνουν υψηλή αξιοπιστία, δεδομένου ότι ο δείκτης k του Cohen στην ερευνητική πρακτική θεωρείται καλός όταν είναι πάνω από 0,70 (Fleiss, 1981; Altman, 1991; Steiner & Norman, 1994).

Στη βαθμολόγηση της συνεδρίας πριν από τη συμφωνία της ολομέλειας των κριτών η αξιοπιστία η οποία παρουσιάστηκε είναι μέτρια αφού τα k μεταξύ των κριτών είχαν ($k = 0,01 - 1,000$) με επικρατούσα τιμή 0,25, διάμεσο 0,25, μέσο όρο 0,37, διακύμανση 0,127 και τυπική απόκλιση 0,35.

Αυτά τα ευρήματα, η διαφορά αξιοπιστίας στις αξιολογήσεις πριν και μετά τη συμφωνία είναι αναμενόμενα, αφού αυτό το εργαλείο είναι κατασκευασμένο ώστε να αξιοποιείται ερευνητικά ο βαθμός της ολομέλειας. Η διαφορά της βαθμολογίας αξιοπιστίας πριν και μετά τη συμφωνία της ολομέλειας επιβεβαιώνει την ανάγκη η κλίμακα να χρησιμοποιείται με περισσότερους του ενός κριτές.

Όσον αφορά τη μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας η μεταξύ των κριτών αξιοπιστία υπολογίστηκε με τον δείκτη icc σε όλους τους πιθανούς συνδυασμούς κριτών ανά συνεδρία βάσει της βαθμολογίας η οποία προέκυψε μετά τη συμφωνία των κριτών αλλά και πριν από τη συμφωνία των κριτών.

Οι συνεδρίες στις οποίες συγκρίθηκαν οι αξιολογήσεις των κριτών ήταν 11 από το σύνολο του δείγματος το οποίο είναι συνολικά 60 συνεδρίες. Ο αριθμός αξιολογήσεων έδωσε τιμές για 12 icc για την ατομική βαθμολόγηση πριν από τη συμφωνία και 12 icc για τη μετά τη συμφωνία αξιολόγηση.

Όσον αφορά την αξιοπιστία των κριτών μετά την συμφωνία τους η εικόνα η οποία σχηματίστηκε είναι η ακόλουθη. Η διακύμανση στην μεταξύ των κριτών αξιοπιστία ήταν $icc = 0,78-0,98$ με διάμεσο $0,98$, επικρατούσα τιμή $= 0,98$, μέσο όρο $0,95$ και τυπική απόκλιση $0,063$. Οι τιμές αυτές υποδηλώνουν εξαιρετική αξιοπιστία (Nunnally, 1978; Steiner & Norman, 1989; Santos, 1999). Επίσης μετρήθηκε η προ συμφωνίας των κριτών αξιοπιστία τους και η διακύμανση των τιμών του icc ήταν από $0,60-0,99$, με διάμεσο $0,90$, επικρατούσα τιμή $= 0,94$, μέσο όρο $0,90$ και τυπική απόκλιση $0,112$. Η διαφορά αξιοπιστίας προ της συμφωνίας των κριτών και μετά την συμφωνία είναι μικρή, αλλά δείχνει ότι η διεργασία της ολομέλειας βοηθά την εγκυρότερη αξιολόγηση της συνεδρίας βάσει της κλίμακας.

Για τον εντοπισμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων η αξιοπιστία των κριτών οι οποίοι αξιολόγησαν με βάση τον κατάλογο συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων υπολογίστηκε βάσει του δείκτη Kappa του Cohen. Η αξιοπιστία υπολογίστηκε σε δύο διαφορετικές φάσεις: πριν από τη διαδικασία συμφωνίας των κριτών και μετά την συμφωνία. Ο συνολικός αριθμός των Kappa που υπολογίστηκε πριν τη συμφωνία ήταν 154 και μετά τη συμφωνία 154.

Στη πριν από τη συμφωνία φάση η διακύμανση στη μεταξύ κριτών αξιοπιστία ήταν $k = 0,48-0,98$ με επικρατούσα τιμή $0,70$, διάμεσο $0,77$, μέσο όρο $= 0,77$, διακύμανση $0,014$ και τυπική απόκλιση $0,12$.

Στην μετά τη συμφωνία φάση η διακύμανση στη μεταξύ κριτών αξιοπιστία ήταν $k = 0,68-1,000$ με επικρατούσα τιμή 1 , διάμεσο $0,92$, μέσο όρο $= 0,90$, διακύμανση $0,0093$ και τυπική απόκλιση $0,096$. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι και πριν από τη διεργασία της συμφωνίας οι κριτές είχαν καλή αξιοπιστία

Όμως οι τιμές της δεύτερης φάσης υποδηλώνουν πολύ υψηλότερη αξιοπιστία, δεδομένου ότι ο δείκτης k του Cohen στην ερευνητική πρακτική θεωρείται πολύ καλός, όταν είναι κατά μέσο όρο μεγαλύτερος του $0,85$ (Fleiss, 1981; Altman, 1991; Steiner & Norman, 1994). Αντίθετα η διαφορά τιμών της πρώτης φάσης με τη δεύτερη πιθανόν δηλώνει την ανάγκη ο κατάλογος αυτός να χρησιμοποιείται με τη συμμετοχή περισσότερων του ενός κριτών, διότι κατά τη διαδικασία της συμφωνίας οι κριτές μπορούν να αποκτήσουν διαφορετική εντύπωση για μια αξιολόγησή τους μέσα από τον διάλογο γεγονός το οποίο έχει ως αποτέλεσμα να απορρίπτουν δηλώσεις τις οποίες προηγουμένως θεωρούσαν ως θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η αξιοπιστία των κριτών σε όλα τα εργαλεία μέτρησης ήταν πολύ καλή και επομένως τα δεδομένα είναι αξιόπιστα και στατιστικά ισχυρά, συνεπώς τα δεδομένα

είναι κατάλληλα, για να αναλυθούν στατιστικά και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία ετέθησαν σε αυτή τη μελέτη.

Στη συνέχεια θα παρουσιασθούν τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων η οποία απαντά στα ερευνητικά ερωτήματα.

Προκειμένου να απαντηθεί το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, ποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις εμφανίζονται ανάλογα με τη χρονική φάση της θεραπείας σε θεραπείες συστημικής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση συχνοτήτων και, για να επαληθευθεί η στατιστική σημαντικότητα της διαφοράς τιμών μεταξύ των μεταβλητών «θεραπευτικές παρεμβάσεις» και του χρόνου εμφάνισής τους στη θεραπευτική διαδικασία και σε σχέση με τη θεραπευτική έκβαση, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος του χ τετράγωνο (χ^2) στα δεδομένα των πινάκων διασταύρωσης μεταξύ των διαφόρων κατηγορικών μεταβλητών.

Εντοπίστηκαν και μελετήθηκαν τα ποσοστά εμφάνισης της κάθε θεραπευτικής παρέμβασης σε συνεδρίες με θετική έκβαση και μη θετική έκβαση στις τρεις χρονικές φάσεις της θεραπείας αρχική, μέση και τελική. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9. Τα ποσοστά εμφάνισης των θεραπευτικών παρεμβάσεων ανά χρονική φάση θεραπείας σε θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση

	Αριθμός δηλώσεων και ποσοστά Σε αρχικές συνεδρίες		Αριθμός δηλώσεων και ποσοστά Σε μεσαίες συνεδρίες		Αριθμός δηλώσεων και ποσοστά Σε τελικές συνεδρίες		Συνολικός αριθμός Δηλώσεων των θεραπειών και Ποσοστά.	
Θεραπευτικές παρεμβάσεις	Με (+) θεραπευτική έκβαση	Με (-) θεραπευτική έκβαση	Με (+)θεραπευτική έκβαση	Με (-) θεραπευτική έκβαση	Με (+)θεραπευτική έκβαση	Με (-) θεραπευτική έκβαση	Με (+)θεραπευτική έκβαση	Με (-) θεραπευτική έκβαση
Παρεμβάσεις ενίσχυσης	294 (57,8%)	215 (42,2%)	436 (83,5%)	86 (16,5%)	261 (56,5%)	201 (43,5%)	991 (66,37%)	502 (33,63%)
θεραπευτικού δεσμού	(29,61%) (4,5%)	(42,82%) (4,3%)	(43,99%) (6,7%)	(17,13%) (1,5%)	(26,33) (3,7%)	(40,03%) (3,8%)	(14%)	(9,4%)
Κυκλικές ερωτήσεις	171 (61,3%) (71,84%) (2,6%)	108 (38,7%) (32,53%) (2,2%)	35 (23,5%) (14,70%) (0,5%)	114 (76,5%) (34,33%) (2%)	32 (22,5%) (13,44%) (0,5%)	110 (77,5%) (33,13%) (2,1%)	238 (41,75%) (3,38%)	332 (58,25%) (6,25%)
Εστίαση στην ισχύ	143 (75,7%) (30,49%) (2,2%)	46 (24,3%) (36,50%) (0,9%)	173 (77,9 %) (36,88%) (2,7%)	49 (22,1%) (38,88%) (0,9%)	153 (83,2%) (32,62%) (2,2%)	31 (16,8%) (24,60%) (0,6%)	469 (56,26%) (7,8%)	126 (43,73%) (8,8%)
Αναπλαισιώσεις	156 (32,4%) (32,36%) (2,2%)	62 (35,2%) (35,22%) (1%)	173 (35,9%) (35,89%) (2,7%)	57 (32,4%) (32,38%) (0,9%)	153 (31,7%) (31,74%) (2,2%)	57 (32,4%) (32,38%) (0,9%)	482 (100%) (6,8%)	176 (100%) (3,31%)
Γενογραμματικές ερωτήσεις	336 (60%) (42,74%) (5,1%)	224 (40%) (36,01%) (4,5%)	182 (48,3%) (23,15%) (2,8%)	203 (52,7%) (32,63%) (3,6%)	268 (33,6%) (34,09%) (3,8%)	195 (42,1%) (31,35%) (3,7%)	786 (100%) (11,18%)	622 (100%) (11,71%)

Σημείωση: οι αριθμοί στο κάθε κελί : ο πρώτος αριθμός είναι ο αριθμός δηλώσεων που αντιστοιχούν στην θεραπευτική παρέμβαση,, ο δεύτερος αριθμός αντιστοιχεί στο ποσοστό επί του συνόλου των παρεμβάσεων οι οποίες εντοπίστηκαν σε θετική θεραπευτική έκβαση και μη θετική, ο τρίτος αριθμός αντιστοιχεί στο ποσοστό της παρέμβασης το οποίο αναγνωρίστηκε στις τρεις χρονικές φάσεις της θεραπείας, ο τέταρτος αριθμός αντιστοιχεί στο ποσοστό εμφάνισης της παρέμβασης επί του συνόλου των δηλώσεων των συνεδριών.

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 9, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες διενεργούνται στις αρχικές φάσεις της θεραπείας είναι οι παρεμβάσεις ενίσχυσης θεραπευτικού δεσμού, οι κυκλικές ερωτήσεις, η εστίαση στην ισχύ, οι

αναπλαισιώσεις και οι γενογραμματικές ερωτήσεις, όμως εμφανίζονται σημαντικά συχνότερα όσον αφορά τις θεραπείες με θετική έκβαση οι αναπλαισιώσεις. Αυτό το εύρημα ήταν αναμενόμενο.

Στις μεσαίες χρονικά φάσεις της θεραπείας πάλι εμφανίζονται όλες οι παρεμβάσεις με διάφορα μεταξύ τους ποσοστά εμφάνισης, όπως φαίνεται στον πίνακα 9, αλλά ακόμα οι παρεμβάσεις ενίσχυσης θεραπευτικού δεσμού αναλογικά εμφανίζονται περισσότερο από άλλες παρεμβάσεις και ειδικότερα στις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση, εύρημα το οποίο αναμενόταν.

Στην τελική χρονικά φάση της θεραπείας αναγνωρίστηκαν όλες οι παρεμβάσεις σε διάφορες μεταξύ τους αναλογίες ποσοστών.

Για να απαντηθεί η πτυχή του ερωτήματος η οποία αφορά την ύπαρξη αλληλεπιδραστικής σχέσης μεταξύ θεραπευτικών παρεμβάσεων, χρονικής φάσης της θεραπείας και θεραπευτικής έκβασης, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος για εξάρτηση μεταξύ εμφάνισης συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων και χρονικής φάσης της θεραπείας (αρχική συνεδρία, μέση και τελική) σε συνεδρίες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, ο οποίος έδωσε τα αποτελέσματα τα οποία παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10. Έλεγχος διαφοράς τιμών συστημικών παρεμβάσεων από την χρονική φάση και την θεραπευτική έκβαση

	χ^2 Σε αρχικές συνεδρίες		χ^2 Σε μεσαίες συνεδρίες		χ^2 Σε τελικές συνεδρίες	
Θεραπευτικές παρεμβάσεις	Με θετική θεραπευτική έκβαση	Με μη θετική θεραπευτική έκβαση	Με θετική θεραπευτική έκβαση	Με μη θετική θεραπευτική έκβαση	Με θετική θεραπευτική έκβαση	Με μη θετική θεραπευτική έκβαση
Παρεμβάσεις ενίσχυσης θεραπευτικού δεσμού			(χ^2 (1)=200,083) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -14,1).	(χ^2 (1)=200,083) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -14,1).		
Κυκλικές ερωτήσεις			(χ^2 (1)=53,873) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -7,3).	(χ^2 (1)=53,873) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -7,3).	(χ^2 (1)=69,477) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -8,3).	(χ^2 (1)=69,477) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -8,3).
Εστίαση στην ισχύ			(χ^2 (1)=11,736) $p^{**}<0,01$) (Adjusted Residual = -3,4).	(χ^2 (1)=11,736) $p^{**}<0,01$) (Adjusted Residual = -3,4).	(χ^2 (1)=15,133) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -3,9).	(χ^2 (1)=15,133) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -3,9).
Αναπλαισιώσεις	(χ^2 (1)=27,786) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -5,3).	(χ^2 (1)=27,786) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -5,3).	(χ^2 (1)=55,076) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -7,4).	(χ^2 (1)=55,076) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -7,4).	(χ^2 (1)=52,240) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -7,2).	(χ^2 (1)=52,240) $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -7,2).
Γενογραμματικές ερωτήσεις			(χ^2 (1)=5,813) $p^{*}<0,05$) (Adjusted Residual = -2,4).	(χ^2 (1)=5,813) $p^{*}<0,05$) (Adjusted Residual = -2,4).		

Γενικά υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά τιμών αθροιστικά και αδιαφοροποίητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων με τη χρονική φάση της θεραπείας σε συνεδρίες με θετική και μη θεραπευτική έκβαση.

Όμως στην ανάλυση θα γίνει αναφορά ειδικότερα στις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κατηγοριών των δύο μεταβλητών.

Προκειμένου να διερευνηθούν οι τρόποι με τους οποίους η κάθε κατηγορία της μεταβλητής «θεραπευτικές παρεμβάσεις» συνδέεται με τη χρονική φάση της θεραπείας θα χρησιμοποιηθεί ο πίνακας διασταύρωσης μεταξύ των δύο μεταβλητών, πιο συγκεκριμένα των τιμών του Adjustive Residual (Προσαρμοσμένο υπόλοιπο) σε κάθε κελί του πίνακα. Εάν οι τιμές του Ad. Resid. στο συγκεκριμένο κελί είναι $> ή = -2$ ή $< ή = +2$, τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση των δύο κατηγοριών οι οποίες διασταυρώνονται στο κελί αυτό.

Τα ευρήματα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 10, όσον αφορά τις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση δείχνουν:

Στην κατηγορία «παρεμβάσεις ενίσχυσης θεραπευτικού δεσμού (joining techniques)», η παρέμβαση αυτή στις μεσαίες συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικά φάσεις, ($\chi^2 (1)=200,083$) $p^{***}<0,0005$ και (Adjusted Residual = 14,1), ενώ η μειωμένη εμφάνισή των «κυκλικών ερωτήσεων» σε μεσαίες συνεδρίες σε σχέση με τις υπόλοιπες συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση είναι στατιστικά σημαντική, ($\chi^2 (1)=53,873$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = -7,3) όπως επίσης και η μειωμένη εμφάνισή τους στις τελικές ($\chi^2 (1)=69,477$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = -8,3). Αυτό είναι ένα εύρημα το οποίο εκπλήσσει, αλλά δίνει χρήσιμες πληροφορίες για τον θεραπευτικό χρόνο στον οποίο αυτού του είδους οι παρεμβάσεις πρέπει να πραγματοποιούνται για την επιτυχή θεραπευτική έκβαση.

Η παρέμβαση «εστίαση στην ισχύ» εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά σπανιότερα στις μεσαίες συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση συγκριτικά με τις άλλες συνεδρίες, ($\chi^2 (1)=11,736$) $p^{**}<0,01$) και (Adjusted Residual = -3,4), ενώ η αυξημένη εμφάνιση της σε τελικές συνεδρίες σε σχέση με τις μεσαίες συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση είναι στατιστικά σημαντική, ($\chi^2 (1)=15,133$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = 3,9).

Η παρέμβαση «αναπλασιώσεις» εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα στην αρχική ($\chi^2 (1)=27,786$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = 5,3), στη μεσαία ($\chi^2 (1)=55,076$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = 7,4) και στη τελική χρονικά φάση της θεραπείας σε συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση ($\chi^2 (1)=52,240$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = 7,2).

Η παρέμβαση «γεννογραμματικές ερωτήσεις» εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα στις μεσαίες συνεδρίες της θεραπείας οι οποίες έχουν θετική θεραπευτική έκβαση, ($\chi^2 (1)=5,813$) $p^*<0,05$) και (Adjusted Residual = 2,4).

Αυτό το εύρημα όπως και τα προηγούμενα απαντούν στο ερώτημα σχετικά με την καταλληλότητα του χρόνου της κάθε θεραπευτικής παρέμβασης.

Τα ευρήματα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 10, όσον αφορά τις συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση δείχνουν ότι γενικά υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές των θεραπευτικών παρεμβάσεων με τη χρονική φάση της θεραπείας σε συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση, επομένως υπάρχει σύνδεση μεταξύ τους.

Στην παρούσα ανάλυσή θα γίνει αναφορά ειδικότερα στις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει σύνδεση, διότι βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές μεταξύ συγκεκριμένων κατηγοριών των δύο μεταβλητών.

Προκειμένου να διερευνηθούν οι τρόποι με τους οποίους η κάθε κατηγορία της μεταβλητής «θεραπευτικές παρεμβάσεις » συνδέεται με τη χρονική φάση της θεραπείας, θα χρησιμοποιηθεί ο πίνακας διασταύρωσης μεταξύ των δύο μεταβλητών, πιο συγκεκριμένα των τιμών του Adjustive Residual (Προσαρμοσμένο υπόλοιπο) σε κάθε κελί του πίνακα εάν οι τιμές του Ad. Resid. στο συγκεκριμένο κελί είναι $> \dot{\eta} = -2$ ή $< \dot{\eta} = +2$, τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση των δύο κατηγοριών που διασταυρώνονται στο κελί αυτό.

Η παρέμβαση «δημιουργίας θεραπευτικού δεσμού» (joining techniques) στις μεσαίες συνεδρίες σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, ($\chi^2 (1)=200,083$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = -14,1). Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο στην οικογενειακή συστημική θεραπεία: πράγματι οι θεραπευτές αρχικά προσπαθούν να ενισχύσουν τον θεραπευτικό δεσμό με την οικογένεια.

Η παρέμβαση των «κυκλικών ερωτήσεων» σε μεσαίες ($\chi^2(1)=53,873$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = 7,3) και τελικές συνεδρίες σε σχέση με τις υπόλοιπες συνεδρίες σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα, ($\chi^2(1)=69,477$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = 8,3). Αυτό είναι ένα εύρημα το οποίο εκπλήσσει, αλλά δίνει χρήσιμες πληροφορίες για τον θεραπευτικό χρόνο στον οποίο αυτού του είδους οι παρεμβάσεις πρέπει να πραγματοποιούνται για την επιτυχή θεραπευτική έκβαση.

Η παρέμβαση «εστίασης στην ισχύ» βρέθηκε ότι στις μεσαίες συνεδρίες σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, ($\chi^2(1)=11,736$) $p^{**}<0,01$) και (Adjusted Residual = 3,4), ενώ στατιστικά σημαντικά εμφανίζεται λιγότερο από άλλες χρονικές φάσεις στις τελικές συνεδρίες ($\chi^2(1)=15,133$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = -3,9). Αυτό το εύρημα δεν εκπλήσσει· δείχνει ότι στην συστημική ψυχοθεραπεία πράγματι οι θεραπευτές, όταν ενισχύσει τον θεραπευτικό δεσμό, προχωρούν σε πιο άμεσες θεραπευτικές παρεμβάσεις αλλά αν πραγματοποιούνται στο χρονικό μέσο της θεραπείας δεν συνδέονται με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα.

Η παρέμβαση «αναπλαισιώσεις» βρέθηκε ότι σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπείας με μη θετική θεραπευτική έκβαση δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις αντίστοιχες χρονικές φάσεις σε θεραπείες με θετική έκβαση, στις αρχικές, ($\chi^2(1)=27,786$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = -5,3), στις μεσαίες ($\chi^2(1)=55,076$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = -7,4) και στις τελικές ($\chi^2(1)=52,240$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted Residual = -7,2). Αυτό το εύρημα ήταν ενδιαφέρον, γιατί δείχνει ότι σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση αυτού του είδους της παρέμβασης πραγματοποιείται σημαντικά λιγότερο, σε αντίθεση με τις θεραπείες οι οποίες έχουν θετική θεραπευτική έκβαση, στις οποίες αυτή η θεραπευτική παρέμβαση πραγματοποιείται συχνά σε όλες τις χρονικές φάσεις των θεραπειών.

Η παρέμβαση «γενογραμματικών ερωτήσεων» στις μεσαίες συνεδρίες σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά λιγότερο από τις άλλες χρονικές φάσεις και από τις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση, ($\chi^2(1)=5,813$) $p^{*}<0,05$) και (Adjusted Residual = -2,4). Εύρημα αναμενόμενο λόγω του είδους της θεραπευτικής παρέμβασης.

Για να απαντηθεί το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα: Ποιες σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές εμφανίζονται ανάλογα με τη χρονική φάση της θεραπείας σε θεραπείες με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση και αν υπάρχει σχέση της εμφάνισής τους με τη θεραπευτική έκβαση και τη χρονική φάση της θεραπείας, χρησιμοποιήθηκαν διάφορες στατιστικές επεξεργασίες περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής.

Πιο συγκεκριμένα, για να απαντηθεί το πρώτο σκέλος του δεύτερου ερωτήματος, δηλαδή, ποιες σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές εμφανίζονται ανάλογα με τη χρονική φάση της θεραπείας σε θεραπείες με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση συχνοτήτων. Εντοπίστηκαν και μελετήθηκαν τα ποσοστά εμφάνισης της κάθε σημαντικής ενδοσυνεδριακής στιγμής σε συνεδρίες με θετική έκβαση και μη θετική έκβαση στις τρεις χρονικές φάσεις της θεραπείας, αρχική, μέση και τελική. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 11 και 12.

Πίνακας 11. Αριθμός δηλώσεων και ποσοστά σε αρχικές μεσαίες και τελικές συνεδρίες

	Σε αρχικές συνεδρίες		Σε μεσαίες συνεδρίες		Σε τελικές συνεδρίες		Σε όλες τις συνεδρίες	
	Με θετική	Με <u>μη</u>	Με θετική	Με <u>μη</u>	Με θετική	Με <u>μη</u> θετική	Με	Με <u>μη</u>
Σημαντικές								
Ενδοσυνεδριακές Στιγμές	θεραπευτική ή έκβαση	θετική θεραπευτική ή έκβαση	θεραπευτική ή έκβαση	θετική θεραπευτική ή έκβαση	θεραπευτική ή έκβαση	θεραπευτική έκβαση	θεραπευτική ή έκβαση	θεραπευτική ή έκβαση
Αποκάλυψη σημαντικού υλικού	640 (9,7%) (35,51%)	180 (3,6%) (25,31%)	569 (8,8%) (31,57%)	314 (5,5%) (44,16%)	593 (8,4%) (32,90%)	217 (4,1%) (30,52%)	1802 (14,61%) (71,70%)	711 (5,7%) (28,29%)
Περιγραφή εξερεύνηση συναισθημάτων	2 (0,0..%) (40%)	0	1 (0,0..%) (20%)	5 (0,1%) (62,5%)	2 (0,0..%) (40%)	3 (0,0..%) (37,5%)	5 (0,0..%) (38,4%)	8 (0,0..%) (61,53%)
Αποκάλυψη απωθημένου υλικού	0	0	2	0	0	0	2	0
Έκφραση ενόρασης	0	0	0	0	0	0	0	0
Εκφραστική επικοινωνία	37 (0,6%) (25,5%)	12 (0,2%) (8,45%)	51 (0,8%) (35,17%)	65 (1,1%) (45,77%)	57 (0,8%) (39,3%)	65 (1,2%) (45,77%)	145 (0,7%) (50,52%)	142 (0,9%) (49,47%)
Καλή λειτουργία της θεραπευτικής σχέσης	0	0	3 (0,0..%) (60%)	0	2 (0,0..%) (40%)	0	5 (0,0..%) (100%)	0
Έκφραση συναισθήματος στον θεραπευτή	0	0	0	0	2 (0,0..%) (100%)	0	2 (0,0..%) (100%)	0
Έκφραση συναισθήματος σε προσωπικές στιγμές	0	0	4 (0,1%) (100%)	0	0 (0,2%) (100%)	9 (0,2%) (100%)	4 (0,0..%) (100%)	9 (0,2%) (100%)
Εμφάνιση νέας προσωπικότητας	0	0	0	0	0	0	0	0
Νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά	0	0	9 (0,1%) (52,9%)	0	8 (0,1%) (47,1%)	0	17 (0,1%) (100%)	0
Μείωση συμπτωμάτων	3 (0,0%) (6%)	0	24 (0,4%) (48%)	1 (0,0..%) (10%)	23 (0,3%) (0,3%)	9 (0,2%) (90%)	50 (0,2%) (83,33%)	10 (0,1%) (16,66%)
Εμφάνιση κατάστασης γενικευμένης ευεξίας	0	0	0	0	0	0	0	0

Σημείωση: οι αριθμοί στο κάθε κελί: ο πρώτος αριθμός είναι ο αριθμός δηλώσεων που αντιστοιχούν στη σημαντική ενδοσυνεδριακή στιγμή που εντοπίστηκε στη φάση της θεραπείας., ο δεύτερος αριθμός αντιστοιχεί στο ποσοστό επί του συνόλου των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών που εντοπίστηκαν και στις τρεις φάσεις

της θεραπείας, ο τρίτος αριθμός αντιστοιχεί στο ποσοστό της σημαντικής ενδοσυνεδριακής στιγμής που αναγνωρίστηκε στη συγκεκριμένη φάση της θεραπείας επί του συνόλου των δηλώσεων στην φάση αυτή

Σύμφωνα με τον πίνακα 11 φαίνεται ότι συνολικά στις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση εντοπίστηκαν περισσότερες σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, για την ακρίβεια υπερδιπλάσιες, από αυτές που εντοπίστηκαν στις συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση, ενώ ο συνολικός αριθμός των δηλώσεων οι οποίες περιείχαν σημαντικές και μη σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, μεταξύ των συνεδριών με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση διαφοροποιείται κατά 83.33% υπέρ της θετικής έκβασης έναντι 16,66% για τις συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση. Αυτό το ποσοστό τονίζει τη σημαντικότητα του ευρήματος. Το αποτέλεσμα είναι αναμενόμενο και δείχνει ότι πράγματι οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές είναι πολύ περισσότερες σε συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση από αυτές με μη θετική θεραπευτική έκβαση στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Αναλυτικότερα ο αριθμός κατηγοριών σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών οι οποίες αναγνωρίστηκαν και στις δύο συνεδρίες με θετική έκβαση και με μη θετική θεραπευτική έκβαση ήταν λίγες. Μόνο (4) τέσσερες, η αποκάλυψη σημαντικού υλικού, η περιγραφή-εξερεύνηση συναισθημάτων, η εκφραστική επικοινωνία και η μείωση συμπτωμάτων, ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες είτε εμφανίστηκαν ελάχιστα είτε καθόλου. Μάλιστα η πρώτη κατηγορία, η αποκάλυψη σημαντικού υλικού, και η τέταρτη, η μείωση συμπτωμάτων, εμφανίζονται σε αριθμό υπερδιπλάσιο στις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση από αυτές με μη θετική, ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο με τις άλλες δύο κατηγορίες και δεν υπάρχει αυτή η αναλογία στις περισσότερες χρονικές φάσεις της θεραπείας. Από αυτά φαίνεται ότι σε μερικές κατηγορίες δεν υπάρχει διαφορά στο ποσοστό εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών και θεραπευτικής έκβασης. Αυτό το εύρημα είναι ενδιαφέρον και μη αναμενόμενο.

Πίνακας 12. Ποσοστό εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών συνολικά στις συνεδρίες

Αποκάλυψη σημαντικού υλικού	95,73%
Περιγραφή εξερεύνηση συναισθημάτων	0,49%
Αποκάλυψη απωθημένου υλικού	0,06%
Έκφραση ενόρασης	0
Εκφραστική επικοινωνία	10,93%
Καλή λειτουργία της θεραπευτικής σχέσης	0,19%
Έκφραση συναισθήματος στον θεραπευτή	0,07%
Έκφραση συναισθήματος σε προσωπικές στιγμές	0,49%
Εμφάνιση νέας προσωπικότητας	0
Νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά	0,64%
Μείωση συμπτωμάτων	2,28%
Εμφάνιση κατάστασης γενικευμένης ευεξίας	0
Σύνολο	100%

Όπως φαίνεται στον πίνακα 12 όπου καταγράφεται η ποσοτική σχέση μεταξύ των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών σε όλες τις συνεδρίες ανεξάρτητα θεραπευτικής έκβαση, η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» εμφανίζεται να είναι η σημαντικότερη από όλες ενώ οι μόνες από τις υπόλοιπες κατηγορίες οι οποίες αριθμητικά έχουν κάποιο μικρό εύρος είναι η «εκφραστική επικοινωνία» και η «μείωση συμπτωμάτων», οι υπόλοιπες ή δεν εμφανίζονται καθόλου ή εμφανίζονται με αριθμούς ίσους ή μικρότερους του 20. Αυτό το εύρημα ήταν αναμενόμενο.

Οι χρονικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας στις οποίες εμφανίζονται οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές ανάλογα με τη θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση αποτελούν υποερώτημα του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος.

Τα δεδομένα στον πίνακα 11 δείχνουν ότι στις αρχικές συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση και με μη θετική θεραπευτική έκβαση εντοπίζεται σε σχετικά μεγάλα ποσοστά η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» και η αναλογία εμφάνισής της μεταξύ συνεδριών με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση είναι αντίστοιχα περίπου 2 προς 1. Με σχετικά μικρό ποσοστό εντοπίζεται και στις θεραπείες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση η κατηγορία «εκφραστική επικοινωνία» με την ίδια αναλογία 2 προς 1 αντίστοιχα .

Οι κατηγορίες «περιγραφή και εξερεύνηση συναισθημάτων», «μείωση συμπτωμάτων εξωθεραπευτικά» απλώς αναγνωρίζονται με ελάχιστο αριθμό εμφάνισης, και μάλιστα μόνο σε αυτές τις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση· οι υπόλοιπες κατηγορίες δεν εμφανίζονται καθόλου. Αυτό το εύρημα είναι ενδιαφέρον, αλλά θα φανεί η σημασία του όταν θα ελεγχθεί, αν υπάρχει σύνδεση μεταξύ της χρονικής φάσης της ψυχοθεραπείας και της εμφάνισης των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών σε συνεδρίες οι οποίες ανήκουν σε θεραπείες με θετική έκβαση και μη θετική έκβαση.

Όσο αφορά στις μεσαίες χρονικά συνεδρίες, φαίνεται από τον πίνακα 11 ότι εμφανίζεται σε σχετικά μεγάλα ποσοστά η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» και στην περίπτωση της θετικής θεραπευτικής έκβασης και της μη θετικής θεραπευτικής έκβασης και ότι δεν υπάρχει η γνωστή αναλογία 2 προς 1. Με σχετικά μικρά ποσοστά εντοπίζεται η κατηγορία «εκφραστική επικοινωνία» και σε θεραπείες με θετική έκβαση και μη θετική χωρίς κάποιο ίχνος αναλογικότητας, ενώ εμφανίζεται και η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων εξωθεραπευτικά», διατηρώντας την αναλογία 2 προς 1 αντίστοιχα.

Ενώ οι κατηγορίες «περιγραφή και εξερεύνηση συναισθημάτων», «αποκάλυψη απωθημένου υλικού», «καλή λειτουργία της θεραπευτικής σχέσης», «έκφραση συναισθήματος σε προσωπικές στιγμές», «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά», απλώς εμφανίζονται με μονοψήφιο αριθμό, οι υπόλοιπες κατηγορίες δεν εμφανίζονται καθόλου. Εύρημα το οποίο όσον αφορά μερικές κατηγορίες σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, όπως η «καλή λειτουργία της θεραπευτικής σχέσης» και «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά», δεν ήταν αναμενόμενο για αυτή την θεραπευτική φάση, ενώ ήταν για τις υπόλοιπες.

Όσον αφορά τις τελικές συνεδρίες, εντοπίζεται σε σχετικά μεγάλα ποσοστά, τα οποία διατηρούν την αναλογία 2 προς 1 αναφορικά με τη θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού», εύρημα αναμενόμενο, ενώ η κατηγορία «εκφραστική επικοινωνία» εντοπίζεται χωρίς ίχνος αναλογικότητας με σχετικά μικρά ποσοστά και σε συνεδρίες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, εύρημα το οποίο εκπλήσσει. Η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων εξωθεραπευτικά» εντοπίζεται με μικρό ποσοστό και στις θεραπείες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση και διατηρεί την αναλογία 2 προς 1 υπέρ της θετικής θεραπευτικής έκβασης. Αναμενόμενο ως εύρημα.

Οι κατηγορίες «περιγραφή και εξερεύνηση συναισθημάτων», «καλή λειτουργία της θεραπευτικής σχέσης », «έκφραση συναισθήματος στον θεραπευτή» απλώς εμφανίζονται με ελάχιστο αριθμό εμφάνισης, οι υπόλοιπες κατηγορίες δεν εμφανίζονται καθόλου.

Για να απαντηθεί το πρώτο μέρος του δεύτερου σκέλους του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, δηλαδή, αν υπάρχει σχέση της εμφάνισής των συγκεκριμένων σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με τη θεραπευτική έκβαση, έπρεπε να μελετηθεί η αλληλεπίδραση των Σημαντικών Ενδοσυνεδριακών Στιγμών (ΣΕΣ) και της θεραπευτικής έκβασης των θεραπευτικών συνεδριών.

Η ύπαρξη σύνδεσης μεταξύ των μεταβλητών ελέγχθηκε με την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των τιμών της θεραπευτικής έκβασης και της εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών σε συνεδρίες οι οποίες ανήκουν σε θεραπείες με θετική έκβαση και μη θετική έκβαση. Για να εξεταστεί στατιστικά αυτή η υπόθεση, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο του SPSS 11 και ο πίνακας διασταύρωσης μεταξύ των Σημαντικών Ενδοσυνεδριακών Στιγμών (ΣΕΣ) και της έκβασης της ψυχοθεραπείας, ο οποίος είναι της μορφής 2X2, διότι κάθε μία από τις μεταβλητές έχει δύο κατηγορίες, επομένως για τον έλεγχο της εξάρτησης χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός δείκτης Phi.

Πίνακας 13. Σημαντικές Ενδοσυνεδριακές Στιγμές ο δείκτης Phi

	Σε αρχικές συνεδρίες		Σε μεσαίες συνεδρίες		Σε τελικές συνεδρίες	
Σημαντικές						
Ενδοσυνεδριακές Στιγμές						
Αποκάλυψη σημαντικού υλικού	(Phi = 0,118 $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = 12,7)	(Phi = 0,118 $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -12,7)	(Phi = 0,63 $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = 6,9)	(Phi = 0,63 $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -6,9)	(Phi = 0,087 $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = 9,7)	(Phi = 0,087 $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -9,7)
Εκφραστική επικοινωνία	(Phi = 0,025 $p^{**}<0,01$) (Adjusted Residual = 2,6)	(Phi = 0,025 $p^{**}<0,01$) (Adjusted Residual = -2,6)	(Phi = -0,018 $p^{*}<0,05$) (Adjusted Residual = -2)	(Phi = -0,018 $p^{*}<0,05$) (Adjusted Residual = 2)	(Phi = -0,021 $p^{*}<0,05$) (Adjusted Residual = -2,3)	(Phi = 0,021 $p^{*}<0,05$) (Adjusted Residual = 2,3)
Νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά			(Phi = 0,025 $p^{**}<0,01$) (Adjusted Residual = 2,8)	(Phi = 0,025 $p^{**}<0,01$) (Adjusted Residual = -2,8)	(Phi = 0,022 $p^{*}<0,05$) (Adjusted Residual = 2,5)	(Phi = 0,022 $p^{*}<0,05$) (Adjusted Residual = -2,5)
Μείωση συμπτωμάτων			(Phi = 0,039 $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = 4,3)	(Phi = 0,039 $p^{***}<0,0005$) (Adjusted Residual = -4,3)		

Τα ευρήματα, όπως παρατίθενται στον Πίνακα 13, δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τιμών της έκβασης της θεραπείας και μερικών σημαντικών ενδοσυνεδριακών κατηγοριών.

Ειδικότερα: Η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» ($\Phi = 0,118$ $p^{***} < 0,0005$) σε αρχική φάση, σε μεσαία φάση ($\Phi = 0,63$ $p^{***} < 0,0005$) και τελική χρονική φάση ($\Phi = 0,087$ $p^{***} < 0,0005$) συνδέεται με τη θεραπευτική έκβαση.

Σε θεραπευτικές συνεδρίες συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική έκβαση σε όλες τις θεραπευτικές φάσεις αρχική, μέση και τελική εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά περισσότερο η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» (Adjusted Residual = 12,71) και (Adjusted Residual = 6,9) και (Adjusted Residual = 9,7) αντίστοιχα,

ενώ αντίθετα σε θεραπευτικές συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά λιγότερο σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπείας, αρχική (Adjusted Residual = -12,71), μέση (Adjusted Residual = -6,9), τελική (Adjusted Residual = -9,7). Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο, αφού δείχνει ότι στη συστημική ψυχοθεραπεία όταν εκτίθενται οι θεραπευόμενοι στη θεραπεία αποκαλύπτοντας σημαντικές προσωπικές πληροφορίες, η θεραπευτική έκβαση θα είναι θετική ενώ θα είναι μη θετική όταν λείπει αυτή η κατηγορία.

Η κατηγορία «Εκφραστική επικοινωνία» συνδέεται ($\Phi = 0,025$ $p^{**} < 0,01$) σε αρχική, σε μεσαία ($\Phi = 0,018$ $p^{*} < 0,05$) και τελική χρονική φάση ($\Phi = 0,021$ $p^{*} < 0,05$) με τη θεραπευτική έκβαση. Σε θεραπευτικές συνεδρίες συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική έκβαση στην αρχική θεραπευτική φάση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά περισσότερο συχνά, ενώ στη μέση και τελική εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά λιγότερο η κατηγορία «Εκφραστική επικοινωνία» (Adjusted Residual = 2,6) και (Adjusted Residual = -2) και (Adjusted Residual = -2,3) αντίστοιχα, ενώ αντίθετα σε θεραπευτικές συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά λιγότερο στην αρχική χρονική φάση της θεραπείας και συχνότερα στη μεσαία και τελική, αρχική (Adjusted Residual = -2,6), μέση (Adjusted Residual = 2), τελική (Adjusted Residual = 2,3).

Αυτό το εύρημα είναι μη αναμενόμενο αφού δείχνει ότι στη συστημική ψυχοθεραπεία όταν οι θεραπευόμενοι αναπτύσσουν εκφραστική επικοινωνία μόνο στις αρχικές συνεδρίες αυτό σχετίζεται με θετική θεραπευτική έκβαση ενώ ήταν

αναμενόμενο η εμφάνιση αυτής της κατηγορίας σε όλες τις χρονικές φάσεις να είχε επίπτωση στην θεραπευτική έκβαση.

Η κατηγορία «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά» συνδέεται με τη θεραπευτική έκβαση ($\Phi =$) σε μεσαία ($\Phi = 0,025$ $p^{**}<0,01$) και τελική χρονική φάση ($\Phi = 0,022$ $p^{*}<0,05$). Σε θεραπευτικές συνεδρίες συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική έκβαση στη μέση και τελική θεραπευτική φάση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από άλλες χρονικές φάσεις η κατηγορία «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά» (Adjusted Residual =2,8) και (Adjusted Residual =2,5) αντίστοιχα, ενώ αντίθετα σε θεραπευτικές συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά λιγότερο στην μεσαία και τελική χρονική φάση της θεραπείας, μέση (Adjusted Residual = -2,8), τελική (Adjusted Residual =-2,3).

Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο, αφού δείχνει ότι στη συστημική ψυχοθεραπεία, αφενός αυτή η κατηγορία όπως είναι λογικά αναμενόμενο εμφανίζεται κυρίως κατά το χρονικό μέσο και τέλος της θεραπείας όταν πια έχει προχωρήσει η θεραπευτική διεργασία και αφετέρου ότι όταν οι θεραπευόμενοι αναπτύσσουν νέους τρόπους ύπαρξης η θεραπευτική έκβαση θα είναι θετική, ενώ θα είναι μη θετική, όταν λείπει αυτή η κατηγορία.

Η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων» ($\Phi = 0,039$ $p^{***}<0,0005$).

Σε θεραπευτικές συνεδρίες συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά περισσότερο η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων» (Adjusted Residual = 4,3) στη μεσαία χρονική φάση, ενώ αντίθετα σε θεραπευτικές συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά λιγότερο σε αυτή ακριβώς τη φάση (Adjusted Residual = -4,3). Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο αφού δείχνει ότι στη συστημική ψυχοθεραπεία, όταν οι θεραπευόμενοι έχουν μείωση των συμπτωμάτων, η θεραπευτική έκβαση θα είναι θετική, ενώ θα είναι μη θετική, όταν λείπει αυτή η κατηγορία.

Για να απαντηθεί το δεύτερο μέρος του δεύτερου σκέλους του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, δηλαδή, αν υπάρχει συσχέτιση της εμφάνισής των συγκεκριμένων σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με τη χρονική φάση της θεραπείας, έπρεπε να μελετηθεί η αλληλεπίδραση των Σημαντικών

Ενδοσυνεδριακών Στιγμών (ΣΕΣ) και της χρονικής φάσης της ψυχοθεραπείας (αρχική, μεσαία και τελική συνεδρία) σε συνεδρίες θεραπειών με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση.

Η ύπαρξη αλληλεπίδρασης ελέγχθηκε με την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των τιμών της χρονικής φάσης της ψυχοθεραπείας και της εμφάνισης των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών σε συνεδρίες οι οποίες ανήκουν σε θεραπείες με θετική έκβαση και μη θετική έκβαση. Για να εξεταστεί στατιστικά αυτή η υπόθεση, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο του SPSS 11 και πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος του χ^2 τετράγωνο (χ^2) στα δεδομένα των πινάκων διασταύρωσης μεταξύ των διαφόρων κατηγορικών μεταβλητών.

Στην ανάλυσή αυτή θα γίνει αναφορά μόνο στις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών μεταξύ των κατηγοριών.

Ο έλεγχος για στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές μεταξύ των μεταβλητών εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών και χρονικής φάσης της θεραπείας (αρχική συνεδρία, μέση και τελική) σε συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση έδωσε τα εξής αποτελέσματα:

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τιμών της εμφάνισης ή μη εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με την χρονική φάση της συνεδρίας.

Προκειμένου να διερευνηθούν οι τρόποι με τους οποίους η κάθε κατηγορία της μεταβλητής «σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές» συνδέεται με τη χρονική φάση της θεραπείας, χρησιμοποιήθηκε ο πίνακας διασταύρωσης μεταξύ των δύο μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα τις τιμές του Adjustive Residual (Προσαρμοσμένο υπόλοιπο) σε κάθε κελί του πίνακα εάν οι τιμές του Ad. Resid. στο συγκεκριμένο κελί είναι $> \text{ή} = -2$ ή $< \text{ή} = +2$, τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση των δύο κατηγοριών οι οποίες διασταυρώνονται στο κελί αυτό.

Πίνακας 14. Σημαντικές Ενδοσυνεδριακές Στιγμές η χ^2 ανάλυση

	Σε αρχικές συνεδρίες		Σε μεσαίες συνεδρίες		Σε τελικές συνεδρίες	
Σημαντικές	Με θετική	Με <u>μη</u>	Με θετική	Με <u>μη</u>	Με θετική	Με <u>μη</u>
Ενδοσυνεδριακές Στιγμές	θεραπευτι κή έκβαση	θετική θεραπευτι κή έκβαση	θεραπευτι κή έκβαση	θετική θεραπευτι κή έκβαση	θεραπευτι κή έκβαση	θετική θεραπευτι κή έκβαση
Αποκάλυψη σημαντικού υλικού	(χ^2 (1)=162,1 09) $p^{***}<0,00$ 05) (adjusted residual =12,7).	(χ^2 (1)=162,1 09) $p^{***}<0,00$ 05) (adjusted residual = 12,7).	(χ^2 (1)=47,69) $p^{***}<0,00$ 05) (adjusted residual =6,9).	(χ^2 (1)= 47,69) $p^{***}<0,00$ 05) (adjusted residual = 6,9).	(χ^2 (1)=93,55) $p^{***}<0,00$ 05) (adjusted residual =9,7).	(χ^2 (1)= 93,55) $p^{***}<0,00$ 05) (adjusted residual = 9,7).
Εκφραστική επικοινωνία	(χ^2 (1)=7,016) $p^{*}<0,05$ (adjusted residual = 2,6).	(χ^2 (1)=7,016) $p^{*}<0,05$ (adjusted residual = -2,6).	(χ^2 (1)=4,090) $p^{*}<0,05$ (adjusted residual = -2,0).	(χ^2 (1)=4,090) $p^{*}<0,05$ (adjusted residual = 2,0).	(χ^2 (1)=5,249) $p^{*}<0,05$ (adjusted residual = -2,3).	(χ^2 (1)=5,249) $p^{*}<0,05$ (adjusted residual = 2,3).
Έκφραση συναισθήματος σε προσωπικές στιγμές					(χ^2 (1)=11,90 9) $p^{**}<0,01$ (adjusted residual = -3,5).	(χ^2 (1)=11,90 9) $p^{**}<0,01$ (adjusted residual = 3,5).
Νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά			(χ^2 (1)=7,896) $p^{**}<0,01$ (adjusted residual = 2,8).	(χ^2 (1)= 7,896) $p^{**}<0,01$ (adjusted residual = -2,8).	(χ^2 (1)=6,054) $p^{*}<0,05$ (adjusted residual = 2,5).	(χ^2 (1)=6,054) $p^{*}<0,05$ (adjusted residual = -2,5).
Μείωση συμπτωμάτων			(χ^2 (1)=18,36 6) $p^{***}<0,00$ 05) (adjusted residual = 4,3).	(χ^2 (1)=18,36 6) $p^{***}<0,00$ 05) (adjusted residual = 4,3).		

Τα ευρήματα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 14, όσον αφορά τις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση δείχνουν ότι:

α) Η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» όλες τις συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνά, αρχικές συνεδρίες ($\chi^2(1)=162,109$) $p^{***}<0,0005$) και (Adjusted residual =12,7), μέσες συνεδρίες ($\chi^2(1)=47,69$) $p^{***}<0,0005$) και (adjusted residual =6,9) και τελικές συνεδρίες ($\chi^2(1)=93,55$) $p^{***}<0,0005$) και (adjusted residual =9,7). Αυτό το εύρημα είναι ενδιαφέρον, αφού δείχνει ότι στη συστηματική ψυχοθεραπεία, όταν οι θεραπευόμενοι από πολύ νωρίς χρονικά στη θεραπεία αλλά και κατά την διάρκεια της εκτίθενται προσωπικά, η θεραπευτική έκβαση τείνει να είναι θετική.

β) Η κατηγορία «εκφραστική επικοινωνία» στις αρχικές ($\chi^2(1)=7,016$) $p^*<0,05$) (adjusted residual = 2,6), μεσαίες ($\chi^2(1)=4,090$) $p^*<0,05$) και (adjusted residual = -2,0), και τις τελικές συνεδρίες ($\chi^2(1)=93,55$) $p^{***}<0,0005$) και (adjusted residual = -2,3) σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά λιγότερο συχνά από τις συνεδρίες θεραπειών με μη θετική θεραπευτική έκβαση.

Αυτό το εύρημα δεν είναι αναμενόμενο. Αναμενόμενο θα ήταν ακριβώς το αντίθετο δηλαδή η επικοινωνία να είναι εκφραστική σε συνεδρίες των οποίων η θεραπευτική έκβαση να είναι θετική.

γ) Η κατηγορία «έκφραση συναισθήματος σε προσωπικές στιγμές» στις τελικές συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά λιγότερο συχνά από τις άλλες χρονικές φάσεις, ($\chi^2(1)=11,909$) $p^{**}<0,01$) και (adjusted residual = -3,5).

Αυτό το εύρημα δεν είναι αναμενόμενο, και δείχνει ότι στη συστηματική ψυχοθεραπεία πράγματι οι θεραπευόμενοι ιδιαίτερα προς το χρονικό τέλος της θεραπείας αν έχει θετική έκβαση δεν χρειάζονται να εκφράσουν συναισθήματα σε προσωπικές στιγμές.

δ) Η κατηγορία «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά», βρέθηκε ότι εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά περισσότερο από άλλες χρονικές φάσεις στις μεσαίες ($\chi^2(1)=7,896$) $p^{**}<0,01$) και (adjusted residual = 2,8) και τελικές συνεδρίες ($\chi^2(1)=6,054$) $p^*<0,05$) και (adjusted residual = 2,5) σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση.

Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο, καθώς οι νέοι τρόποι συμπεριφοράς είναι φυσικό να εμφανίζονται από το μέσον και προς το τέλος της θεραπείας και όχι στην αρχή.

ε) Η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων» στις μεσαίες συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, $\chi^2(1)=18,366$ $p^{***}<0,0005$ και (adjusted residual = 4,3).

Αυτό το εύρημα δεν εκπλήσσει, διότι αυτή η χρονική αλληλουχία ήταν αναμενόμενη.

Τα ευρήματα, όπως φαίνεται στον πίνακα 14, όσον αφορά τις συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση δείχνουν ότι:

α) Η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπείας σε συνεδρίες θεραπειών με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά λιγότερο από τις άλλες χρονικές φάσεις των θεραπειών με θετική θεραπευτική έκβαση, αρχικές ($\chi^2(1)=162,109$) $p^{***}<0,0005$ και (adjusted residual = -12,7), μεσαίες ($\chi^2(1)=47,69$) $p^{***}<0,0005$ και (adjusted residual = -6,9) και τελικές ($\chi^2(1)=93,55$) $p^{***}<0,0005$ και (adjusted residual = -9,7).

Αυτό το εύρημα αναμενόμενο, αφού συνδέει τη μη θετική θεραπευτική έκβαση με τη μειωμένη αποκάλυψη σημαντικά κλινικού υλικού.

β) Η κατηγορία «εκφραστική επικοινωνία» στις αρχικές συνεδρίες σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά λιγότερο συχνότερα από τις αντίστοιχες χρονικές φάσεις των συνεδριών με θετική θεραπευτική έκβαση, αρχικές ($\chi^2(1)=7,016$) $p^*<0,05$ και (adjusted residual = -2,6), ενώ στις μεσαίες και τις τελικές μεσαίες εμφανίζεται συχνότερα ($\chi^2(1)=4,090$) $p^*<0,05$ και (adjusted residual = 2,0), και τελικές ($\chi^2(1)=5,249$) $p^*<0,05$ και (adjusted residual = 2,3). Αυτό το εύρημα δεν είναι αναμενόμενο. Η εκφραστική επικοινωνία φαίνεται να σχετίζεται με τη θετική αλλά και με την αρνητική θεραπευτική έκβαση.

γ) Η κατηγορία «έκφραση συναισθημάτων σε προσωπικές στιγμές» στις τελικές συνεδρίες σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, ($\chi^2(1)=18,366$) $p^{***}<0,0005$ και (adjusted residual = 4,3). Αυτό το εύρημα είναι ενδιαφέρον, αφού δείχνει ότι στη συστημική ψυχοθεραπεία η κατηγορία αυτή, όταν εμφανίζεται στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία δεν συνοδεύεται από θετική θεραπευτική έκβαση.

δ) Η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων» στις μεσαίες συνεδρίες σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά λιγότερο συχνά από

τις άλλες χρονικές φάσεις, ($\chi^2(1)=18,366$) $p^{***}<0,0005$) και (adjusted residual = -4,3).

Αυτό το εύρημα είναι ενδιαφέρον, αφού δείχνει ότι στις μη επιτυχείς θεραπείες δεν εμφανίζεται η κατηγορία αυτή κυρίως χρονικά προς μέσον της θεραπείας όπως συμβαίνει με τις επιτυχείς.

Προκειμένου να απαντηθεί το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, «με ποιόν τρόπο σχετίζονται σε θεραπείες συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική ή μη θετική θεραπευτική έκβαση οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (παρεμβάσεις ενίσχυσης θεραπευτικού δεσμού, κυκλικές ερωτήσεις, θετική σημασιοδότηση-αναπλαισίωση, εστίαση στην ισχύ, εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας-γενογραμματικές ερωτήσεις) με την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών κατά τις χρονικές φάσεις της θεραπείας αυτής», πρέπει να επαληθευθεί η διαφορά τιμών και η σχέση μεταξύ των μεταβλητών: θεραπευτικές παρεμβάσεις, εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών σε διάφορες χρονικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας σε σχέση με την θεραπευτική έκβαση.

Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος του χ τετράγωνο (χ^2) στα δεδομένα των πινάκων διασταύρωσης μεταξύ των διαφόρων κατηγορικών μεταβλητών.

Επίσης για τον έλεγχο της διαφοράς των τιμών αλλά και κυρίως για τον έλεγχο της ισχύος της σύνδεσης χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός δείκτης Phi. Ο Phi προκύπτει από τον πίνακα διασταύρωσης μεταξύ των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των Σημαντικών Ενδοσυνεδριακών Στιγμών σε συνεδρίες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, όταν ο πίνακας είναι της μορφής 2×2 . Εδώ ο πίνακας είναι της μορφής 2×2 , διότι κάθε μία από τις μεταβλητές έχει δύο κατηγορίες.

Ο έλεγχος χ τετράγωνο (χ^2), όπως φαίνεται στον πίνακα 15, έδειξε ότι γενικά υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών και άρα σχέση στατιστικά σημαντική μεταξύ των κατηγοριών της μεταβλητής «θεραπευτικές παρεμβάσεις» με την εμφάνιση των κατηγοριών της μεταβλητής «σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές».

Στην ανάλυση η οποία ακολουθεί θα γίνει αναφορά ειδικότερα στις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των συγκεκριμένων κατηγοριών των δύο μεταβλητών.

Προκειμένου να διερευνηθούν οι τρόποι με τους οποίους η κάθε κατηγορία της μεταβλητής «θεραπευτικές παρεμβάσεις» συνδέεται με την κάθε κατηγορία των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, χρησιμοποιήθηκε ο πίνακας διασταύρωσης μεταξύ των δύο μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα ελέγχθηκαν οι τιμές του Adjustive Residual (Προσαρμοσμένο υπόλοιπο) σε κάθε κελί του πίνακα. Εάν οι τιμές του Adjustive Residual στο συγκεκριμένο κελί είναι > -2 ή $< +2$, τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά τιμών των δύο κατηγοριών οι οποίες διασταυρώνονται στο κελί αυτό.

Η εικόνα η οποία σχηματίζεται είναι η ακόλουθη:

Πίνακας 15. Σημαντικές Ενδοσυνεδριακές Στιγμές και θεραπευτικές παρεμβάσεις έλεγχος χ τετράγωνο (χ^2)

Αρχικές συνεδρίες										
	Συστημικές παρεμβάσεις				Εστίαση στην Ισχύ		Αναπλαισιώσεις		Γενογραμματικές Ερωτήσεις	
	Δημιουργία Θεραπευτικού Δεσμού		Κυκλικές Ερωτήσεις							
	Έκβαση		Έκβαση		Έκβαση		Έκβαση		Έκβαση	
Σημαντικές Ενδοσυνεδριακές Στιγμές	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)
1. αποκάλυψη σημαντικού υλικού			(x ² (1)=12,313 p***<0,0005) (Adjusted Residual = 3,5)			(x ² (1)=31,419 p***<0,0005) (Adjusted Residual = 5,6)		(x ² (1)=21,205 p***<0,0005) (Adjusted Residual = 4,6)		(x ² (1)=4,928 p*<0,05) (Adjusted Residual = 2,2)
Μεσαίες συνεδρίες										
	Συστημικές παρεμβάσεις				Εστίαση στην Ισχύ		Αναπλαισιώσεις		Γενογραμματικές Ερωτήσεις	
	Δημιουργία Θεραπευτικού Δεσμού		Κυκλικές Ερωτήσεις							
	Έκβαση		Έκβαση		Έκβαση		Έκβαση		Έκβαση	
Σημαντικές Ενδοσυνεδριακές Στιγμές	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)
1. αποκάλυψη σημαντικού υλικού										(x ² (1)=4,5287 p*<0,05) (Adjusted Residual = 2,1)
5. Εκφραστική επικοινωνία			(x ² (1)=9,511 p**<0,01) (Adjusted Residual = 3,1)							(x ² (1)=72,690 p***<0,0005) (Adjusted Residual = 8,5)
10. νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά					(x ² (1)=20,933) p***<0,0005) (Adjusted					

Residual = 4,6)									
Τελικές συνεδρίες									
Συστημικές παρεμβάσεις									
Δημιουργία Θεραπευτικού Δεσμού		Κυκλικές Ερωτήσεις		Εστίαση στην Ισχύ		Αναπλαισιώσεις		Γενογραμματικές Ερωτήσεις	
Έκβαση (+)	(-)	Έκβαση (+)	(-)	Έκβαση (+)	(-)	Έκβαση (+)	(-)	Έκβαση (+)	(-)
Σημαντικές Ενδοσυνεδριακές Στιγμές									
1. αποκάλυψη σημαντικού υλικού		(x ² (1)= 51,794) p***<0,0005) (Adjusted Residual = 7,2)						(x ² (1)= 6,798 p*<0,05) (Adjusted Residual = - 2,6)	
Νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά.				(x ² (1)= 110,144) p***<0,0005) (Adjusted Residual = 10,5)				(x ² (1)= 6,798 p*<0,05) (Adjusted Residual = - 2,6)	
11. μείωση συμπτωμάτων		(x ² (1)= 18,033) p***<0,0005) (Adjusted Residual = 7,4)		(x ² (1)= 54,565) p***<0,0005) (Adjusted Residual = 7,4)		(x ² (1)= 18,033) p***<0,0005) (Adjusted Residual = - 4,2)			

α) Η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού», στις αρχικές συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζονται οι κατηγορίες θεραπευτικών παρεμβάσεων, «κυκλικές ερωτήσεις» (x² (1)=12,313) p***<0,0005 και (Adjusted Residual = 3,5), και «αναπλαισιώσεις» (x² (1)=21,205) p***<0,0005 και (Adjusted Residual = 4,6).

Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο όσον αφορά τις κατηγορίες οι οποίες εμφανίζονται.

β) Η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» στις τελικές συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζονται οι κατηγορίες θεραπευτικών παρεμβάσεων, «κυκλικές ερωτήσεις» (x² (1)= 51,794) p***<0,0005) και (Adjusted Residual = 7,2) και "γενογραμματικές ερωτήσεις" (x² (1)= 6,798) p***<0,0005) και (Adjusted Residual =2,6).

Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο αναφορικά με τις κυκλικές ερωτήσεις αλλά και τις γενογραμματικές ερωτήσεις, αναμενόταν ότι η εμφάνιση αυτών των παρεμβάσεων θα σχετιζόταν με συχνότερη εμφάνιση και στις τελικές συνεδρίες της κατηγορίας «αποκάλυψη σημαντικού υλικού».

γ) Η κατηγορία «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά» βρέθηκε ότι στις μεσαίες συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις όταν εμφανίζεται η κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων, «εστίαση στην ισχύ» ($\chi^2 (1) = 20,933$) $p^{***} < 0,0005$ και (Adjusted Residual = 4,6).

Η κατηγορία αυτή στις τελικές συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζονται οι κατηγορίες θεραπευτικών παρεμβάσεων, «εστίαση στην ισχύ» ($\chi^2 (1) = 110,144$) $p^{***} < 0,0005$ και (Adjusted Residual = 10,5).

Όλα αυτά τα ευρήματα ήταν αναμενόμενα. Αυτή η θεραπευτική παρέμβαση σε αυτές τις χρονικές φάσεις έχει αυτό το συγκεκριμένο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

δ) Η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων» στις τελικές συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων, «εστίαση στην ισχύ» ($\chi^2 (1) = 54,565$) $p^{***} < 0,0005$ και (Adjusted Residual = 5,4). Εύρημα ιδιαίτερα χρήσιμο για τον θεραπευτή.

α) Στις συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση βρέθηκε ότι η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» στις αρχικές συνεδρίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζονται οι κατηγορίες θεραπευτικών παρεμβάσεων, «εστίαση στην ισχύ» ($\chi^2 (1) = 31,419$) $p^{***} < 0,0005$ και (Adjusted Residual = 5,6) και «γενογραμματικές ερωτήσεις» (Adjusted Residual = 2,2). Αυτό το εύρημα είναι διαφορετικό εν συγκρίσει με τις θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση, όσον αφορά το είδος της κατηγορίας η οποία εμφανίζεται στην αρχική χρονική φάση, ενώ στις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση η κατηγορία «γενογραμματικές ερωτήσεις» δεν συνδέεται με την «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» αντίθετα συνδέεται με αυτή τη κατηγορία σε συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση αποτέλεσμα που εκπλήσσει αλλά πληροφορεί.

β) Η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» στις μεσαίες συνεδρίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων, ($\chi^2 (1) = 4,5287$) $p^* < 0,05$, «κυκλικές ερωτήσεις» (Adjusted Residual = 2,1).

γ) Η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» στις τελικές συνεδρίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων «γενογραμματικές ερωτήσεις», ($\chi^2 (1) = 6,798$) $p^* < 0,05$ και (Adjusted Residual = 2,6).

δ) Η κατηγορία «εκφραστική επικοινωνία», στις μεσαίες συνεδρίες σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων, "γενογραμματικές ερωτήσεις" ($\chi^2 (1) = 72,690$) $p^* < 0,05$, με (Adjusted Residual = 8,5).

Αυτό το εύρημα δεν είναι αναμενόμενο όσον αφορά το είδος των παρεμβάσεων και την συχνότητα εμφάνισής τους σε συγκριτικά αυτών σε θεραπείες με θετική έκβαση.

ε) Η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων», στις μεσαίες συνεδρίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων, ($\chi^2 (4) = 10,46$) $p^{***} < 0,0005$, "κυκλικές ερωτήσεις" (Adjusted Residual = 3,2).

Η ίδια κατηγορία βρέθηκε ότι στις τελικές συνεδρίες σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων "«κυκλικές ερωτήσεις», ($\chi^2 (1) = 18,033$) $p^{***} < 0,0005$), (Adjusted Residual = 7,4). Αντίθετα εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά σπανιότερα όταν πραγματοποιείται η παρέμβαση «εστίαση στην ισχύ» ($\chi^2 (1) = 18,033$) $p^{***} < 0,0005$), (Adjusted Residual = -4,2. Αυτά τα ευρήματα ήταν αναμενόμενα. Αυτό το οποίο εκπλήσσει είναι ότι δεν βρέθηκαν αντίστοιχα και στις θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση.

Για να απαντηθεί πληρέστερα το τρίτο ερευνητικό ερώτημα και να ελεγχθεί τόσο η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σύνδεσης μεταξύ των μελετώμενων μεταβλητών όσο και η ένταση αυτής της σύνδεσης χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός δείκτης phi. Όπως φαίνεται από τα δεδομένα τα οποία αναφέρονται στο Πίνακα 16, η σχέση μεταξύ θεραπευτικών παρεμβάσεων και σημαντικών ενδοσυνεδριακών

στιγμών σε συνεδρίες αρχικές, μέσες και τελικές σε θεραπείες με θετική έκβαση έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

Πίνακας 16. Έλεγχος διαφοράς τιμών phi μεταξύ παρεμβάσεων και σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών

Αρχικές συνεδρίες										
Συστημικές παρεμβάσεις										
Δημιουργία Θεραπευτικού Δεσμού		Κυκλικές Ερωτήσεις		Εστίαση στην Ισχύ		Αναπλαισιώσεις		Γενογραμματικές Ερωτήσεις		
Σημαντικές	Έκβαση	Μη	Έκβαση	Μη	Έκβαση	Μη	Έκβαση	Μη	Έκβαση	
Ενδοσυνεδριακές	Θετική	θετική	Θετική	θετική	Θετική	θετική	Θετική	θετική	Θετική	Μη
Στιγμές										
1. αποκάλυψη σημαντικού υλικού			phi= 0,043 p* < 0,05 (Adjusted Residual = 3,5)		Phi= 0,079 p*** < 0,0005 (Adjusted Residual = 5,6)		phi= 0,057 p*** < 0,0005 (Adjusted Residual = 4,6)		Phi= - 0,015 p*** < 0,01 (Adjusted Residual = - 2,6)	Phi= - 0,031 p* < 0,05 (Adjusted Residual = 2,2)
Μεσαίες συνεδρίες										
Συστημικές τεχνικές										
Δημιουργία Θεραπευτικού Δεσμού		Κυκλικές Ερωτήσεις		Εστίαση στην Ισχύ		Αναπλαισιώσεις		Γενογραμματικές Ερωτήσεις		
Σημαντικές	Έκβαση	Μη	Έκβαση	Μη	Έκβαση	Μη	Έκβαση	Μη	Έκβαση	
Ενδοσυνεδριακές	Θετική	θετική	Θετική	θετική	Θετική	θετική	Θετική	θετική	Θετική	Μη
Στιγμές										
2. αποκάλυψη σημαντικού υλικού									phi= 0,103 p*** < 0,0005 (Adjusted Residual = 8,3)	Phi= - 0,028 p* < 0,05 (Adjusted Residual = 2,1)
5. εκφραστική επικοινωνία		Phi= 0,041 p** < 0,01 (Adjusted Residual = 3,1)								phi= 0,113 p*** < 0,0005 (Adjusted Residual = 8,5)
9. νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά					phi= 0,056 p*** < 0,0005 (Adjusted Residual = 5,6)					

Residual = 4,6										
Τελικές συνεδρίες										
Συστημικές παρεμβάσεις										
Δημιουργία Θεραπευτικού Δεσμού			Κυκλικές Ερωτήσεις		Εστίαση στην Ισχύ		Αναπλαισιώσεις		Γενογραμματικές Ερωτήσεις	
Έκβαση Θετική Μη Θετική			Έκβαση Θετική Μη Θετική		Έκβαση Θετική Μη Θετική		Έκβαση Θετική Μη Θετική		Έκβαση Θετική Μη Θετική	
Σημαντικές Ενδοσυνεδριακές Στιγμές 1. αποκάλυψη σημαντικού υλικού			phi= 0,086 p***< 0,000 5) (Adjusted Residual al =7,2						phi= - 0,031 p* < 0,05) (Adjusted Residual al =- 2,6	
9. νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά					phi= 0,125 p***< 0,000 5) (Adjusted Residual al =10,5)					
11. μείωση συμπτωμάτων			phi= 0,058 p***< 0,005) (Adjusted Residual =4,2		Phi= 0,88 p***< 0,000 5) (Adjusted Residual al =7,4					

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 16, βρέθηκε ότι η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» στις αρχικές συνεδρίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζονται οι κατηγορίες θεραπευτικών παρεμβάσεων, $\phi = 0,043$ $p^* < 0,05$ «κυκλικές ερωτήσεις» (adjusted residual= 3,5), «αναπλαισιώσεις» $\phi = 0,057$ $p^{***} < 0,0005$. (adjusted residual= 4,6). Αντίθετα δεν εμφανίζεται, όταν διενεργούνται οι παρεμβάσεις "γενογραμματικές ερωτήσεις" $\phi = 0,015$ $p^{**} < 0,01$ και (Adjusted Residual = - 2,6). Ο έλεγχος διαφοράς τιμών ϕ επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα του ανάλογου ελέγχου χ^2 αναφορικά με τις σχέσεις εμφάνισης της κατηγορίας «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» και θεραπευτικών παρεμβάσεων και έδειξε ότι οι παρεμβάσεις «κυκλικές ερωτήσεις» και «αναπλαισιώσεις» συνδέονται ισχυρά με την αποκάλυψη σημαντικού υλικού.

Η εν λόγω κατηγορία ΣΕΣ βρέθηκε ότι στις μεσαίες συνεδρίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων, "γενογραμματικές ερωτήσεις" $\phi = 0,103$ $p^{***} < 0,0005$ (Adjusted residual= 8,3).

Η ίδια κατηγορία ΣΕΣ βρέθηκε ότι στις τελικές συνεδρίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων, «κυκλικές ερωτήσεις» $\phi = 0,086$ $p^{***} < 0,0005$ (Adjusted residual= 7,2). Αντίθετα δεν εμφανίζεται, όταν διενεργούνται οι "γενογραμματικές ερωτήσεις" $\phi = -0,031$ $p^* < 0,05$ (Adjusted residual= -2,6). Αυτό το εύρημα είναι ανάλογο με το αποτέλεσμα του χ^2 ελέγχου, το οποίο και επιβεβαιώνει δείχνοντας επίσης ότι η σύνδεση είναι σχετικά ισχυρή.

Η κατηγορία «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά» βρέθηκε ότι στις μεσαίες συνεδρίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων, «εστίαση στην ισχύ» $\phi = 0,056$ $p^{***} < 0,0005$ (adjusted residual= 4,6), αλλά το αυτό συμβαίνει και στις τελικές συνεδρίες της θεραπείας, όπου η σύνδεση είναι ισχυρότερη από όσον στις μεσαίες συνεδρίες, $\phi = 0,125$ $p^{***} < 0,0005$ «εστίαση στην ισχύ» (adjusted residual= 10,5). Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο, επιβεβαιώνει και επαυξάνει το αποτέλεσμα του χ^2 ελέγχου και δείχνει ότι η σύνδεση δεν είναι ιδιαίτερα ισχυρή για τις μεσαίες χρονικά συνεδρίες, ενώ γίνεται ισχυρότερη για τις τελικές.

Η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων» στις τελικές συνεδρίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων, «εστίαση στην ισχύ» $\phi = 0,88$ $p^{***} < 0,0005$, (adjusted residual= 7,4). Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο, είναι ανάλογο με το αποτέλεσμα του χ^2 ελέγχου και δείχνει ότι η παρέμβαση «εστίαση στην ισχύ» συνδέεται με την κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων» και μάλιστα με σύνδεση σχετικά ισχυρή.

Όσον αφορά την σχέση μεταξύ θεραπευτικών παρεμβάσεων και των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών σε θεραπείες με μη θετική έκβαση σε συνεδρίες αρχικές, μέσες και τελικές βρέθηκαν τα εξής:

α) Στις αρχικές συνεδρίες μεταξύ των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των κατηγοριών των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά τιμών.

Η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού στις αρχικές συνεδρίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων «εστίαση στην ισχύ» $\phi = 0,079$ $p^{***} < 0,0005$) και (Adjusted Residual = 5,6). Αντίθετα δεν εμφανίζεται, όταν διενεργείται η παρέμβαση, "γενογραμματικές ερωτήσεις" $\phi = -0,031$ $p^{**} < 0,01$) και (Adjusted Residual = -2,2)

Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο, και δείχνει ότι η παρέμβαση «εστίαση στην ισχύ» συνδέεται με την κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» και μάλιστα με σύνδεση σχετικά ισχυρή, όπως επίσης συνδέεται με περισσότερη ισχύ και με την μη εμφάνιση της παρέμβασης «γενογραμματικές ερωτήσεις».

β) Σε μεσαίες συνεδρίες μεταξύ των θεραπευτικών παρεμβάσεων με μη θετική θεραπευτική έκβαση και των κατηγοριών των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά τιμών, με την κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» στις μεσαίες συνεδρίες σε θεραπείες να εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η θεραπευτική παρέμβαση «γενογραμματικές ερωτήσεις με $\phi = -0,028$ $p^{*} < 0,05$), (adjusted residual = 2,1). Αυτό το εύρημα επιβεβαιώνει το αντίστοιχο το αποτέλεσμα του χ^2 ελέγχου.

γ) Η «εκφραστική επικοινωνία» στις μεσαίες συνεδρίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις όταν εμφανίζονται οι κατηγορίες θεραπευτικών παρεμβάσεων, «γενογραμματικές ερωτήσεις» ($\phi = 0,113$ $p^{***} < 0,0005$) και (adjusted residual = 8,5) και «δημιουργία θεραπευτικού δεσμού» ($\phi = 0,041$ $p^{**} < 0,005$) και (adjusted residual = 3,1).

Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο, επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα του χ^2 ελέγχου και δείχνει επιπλέον ότι η σύνδεση μεταξύ των «γενογραμματικών ερωτήσεων» και «εκφραστικής επικοινωνίας» είναι ισχυρή.

δ) Σε τελικές συνεδρίες, μεταξύ των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των κατηγοριών των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση εξάρτησης.

Η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων», στις τελικές συνεδρίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, όταν εμφανίζεται η

κατηγορία θεραπευτικών παρεμβάσεων «κυκλικές ερωτήσεις» $\phi = 0,058$ $p^{***} < 0,0005$ (Adjusted residual= 4,2). Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο, επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα του χ^2 ελέγχου και δείχνει ότι η σύνδεση μεταξύ των κατηγοριών, η οποία είναι στατιστικά σημαντική, αλλά είναι ελαφρώς ισχυρή.

Για να απαντηθεί το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα, σχετικά με ποιο τρόπο διακυμαίνεται η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου ανάλογα με τη χρονική φάση της θεραπείας σε θεραπείες με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, πώς σχετίζεται με τη θεραπευτική έκβαση και τις χρονικές φάσεις της θεραπείας, χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση συχνοτήτων, έλεγχος t –test για ανεξάρτητα δείγματα (t test independent samples) και ανάλυση διασποράς μονής κατεύθυνσης (One way ANOVA).

Για να απαντηθεί το πρώτο σκέλος του ερωτήματος, το οποίο αφορά τον τρόπο διακύμανσης της μεταβλητής «βιωματική εμπλοκή» στο δείγμα, εντοπίστηκαν και μελετήθηκαν τα ποσοστά εμφάνισης της κάθε θεραπευτικής παρέμβασης σε συνεδρίες με θετική έκβαση και μη θετική έκβαση στις τρεις χρονικές φάσεις της θεραπείας, αρχική, μέση και τελική. Τα αποτελέσματα φαίνονται στους Πίνακες 17 και 18.

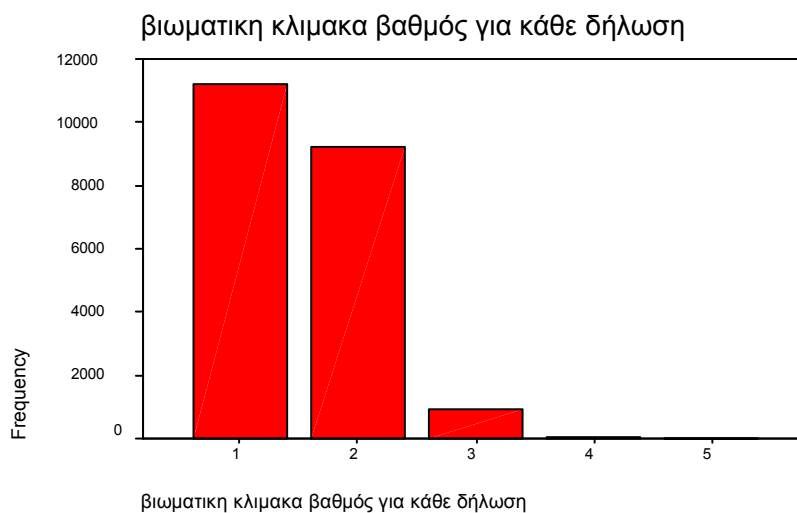
Όπως φαίνεται από τα δεδομένα του Πίνακα 18, οι περισσότερες δηλώσεις των θεραπευομένων, σε ποσοστό 95,4%, βαθμολογήθηκαν με βαθμό 1 και 2 της επταβάθμιας κλίμακας της «βιωματικής κλίμακας», ενώ μόνο το 4,5 % των δηλώσεων πήρε βαθμό μεγαλύτερο ή ίσο του 3 στο σύνολο δηλώσεων σε θετικής και μη θετικής έκβασης ψυχοθεραπείας. Ο βαθμός 4 δόθηκε μόνο στο 0,1% των δηλώσεων ενώ ο βαθμός 5 μόνο δύο φορές· οι βαθμοί 6 και 7 δεν δόθηκαν ούτε μια φορά.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 17 η διακύμανση της πλειοψηφίας των τιμών εντοπίζεται μεταξύ 1 και 3 και ο εξαιρετικά μικρός αριθμός των τιμών οι οποίες διακυμαίνονται από 4 έως 7 ήταν ένα εύρημα αναμενόμενο δεδομένου του τρόπου με τον οποίο διενεργούνται οι συνεδρίες ΣΣΟΨ, αυτό όμως δείχνει την περιορισμένη σημασία του παράγοντα της βιωματικής εμπλοκής στη θεραπευτική διαδικασία της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας.

Πίνακας 17. Διακύμανση τιμών βιωματικής εμπλοκής

βιωματική κλίμακα βαθμός για κάθε δήλωση		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Συγκεντρωτικά ποσοστά
Έγκυρα	1	10280	28,4	52,6	52,6
	2	8356	23,1	42,8	95,4
	3	877	2,4	4,5	99,9
	4	25	,1	,1	100,0
	5	2	,0	,0	100,0
	Σύνολο	19540	54,1	100,0	
Άγνωστη	άγνωστη	16603	45,9		
	Σύστημα	4	,0		
	Σύνολο	16607	45,9		
Σύνολο		36147	100,0		

Στη γραφική παράσταση (βλέπε σχήμα 1) φαίνεται η συχνότητα και τα ποσοστά διακύμανσης της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτή.



Σχήμα 3.1. Συχνότητα και τα ποσοστά διακύμανσης της βαθμολογίας στη βιωματική κλίμακα

Όπως φαίνεται στον πίνακα 18, η διακύμανση του βαθμού βιωματικής εμπλοκής μεταξύ συνεδριών σε όλες τις χρονικές θεραπευτικές φάσεις μεταξύ συνεδριών με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση είναι ανάλογες και σχεδόν ισοδύναμες, ενώ οι μικρές διαφορές των ποσοστών είναι χωρίς ιδιαίτερη σημασία.

Πίνακας 18. Διακύμανση βιωματικής εμπλοκής ανά χρονική φάση θεραπείας και θεραπευτικής έκβασης.

	Αρχική συνεδρία		Μεσαία συνεδρία		Τελική συνεδρία		Συνολικός αριθμός συνεδριών	
Βιωματική εμπλοκή	Με	Με μη	Με	Με μη	Με	Με μη	Με	Με μη
Βαθμός για κάθε δήλωση	θετική	θετική	θετική	θετική	θετική	θετική	θετική	θετική
	θεραπευ	θεραπευ	θεραπευ	θεραπευ	θεραπευ	θεραπευ	θεραπευ	θεραπευ
	τική	τική	τική	τική	τική	τική	τική	τική
	έκβαση	έκβαση	έκβαση	έκβαση	έκβαση	έκβαση	έκβαση	έκβαση
Βαθμός 1	2019 (35%) (59,6 %)	1415 (31,33%) (51,%)	1624 (28,2%) (46,4%)	1749 (38,7%) (53,4%)	2118 (36,8%) (56,1 %)	1355 (30%) (47,6%)	5761 (100%) (54,1 %)	4519 (100%) (50,8%)
Βαθμός 2	1112 (26,6%) (32,8%)	1301 (31,1%) (46,9%)	1620 (38,8%) (46,4%)	1452 (34,7%) (44,3%)	1442 (34,5%) (38,2%)	1429 (34,2%) (50,22%)	4174 (100%) (39,2%)	4182 (100%) (47%)
Βαθμός 3	250 (36,1%) (7,4%)	53 (28,8%) (1,9%)	239 (34,5%) (6,9%)	71 (38,6%) (2,2%)	204 (29,4%) (5,4%)	60 (32,6%) (2,1%)	693 (100%) (6,5%)	184 (100%) (2,1%)
Βαθμός 4	6 (30%) (0,2%)	3 (60%) (0,1%)	5 (25%) (0,1%)	2 (40%) (0,1%)	9 (45%) (0,2%)	0	20 (100%) (0,2%)	5 (100%) (0,1%)
Βαθμός 5	0	1 (100%) (0,0..%)	1 (100%) (0,0..%)	0	0	0	1 (100%) (0,0..%)	1 (100%) (0,0..%)
Βαθμός 6	0	0	0	0	0	0	0	0
Βαθμός 7	0	0	0	0	0	0	0	0

Για να απαντηθεί το δεύτερο σκέλος του ερωτήματος, πώς σχετίζεται η βιωματική εμπλοκή με τη θεραπευτική έκβαση, και να μελετηθεί η επίδραση της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στη θετική ή μη θετική έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας,

Εφαρμόστηκε η στατιστική μέθοδος του ελέγχου t για ανεξάρτητα δείγματα (t test independent samples) .

Οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του ελέγχου είναι δύο:

1. Να υπάρχει κανονική κατανομή εντός κάθε κατηγορίας.
2. Να ισχύει η ισότητα διασπορών, που διαπιστώνεται με το test Levene.

Η πρώτη προϋπόθεση καλύπτεται γιατί έχουμε σε κάθε κατηγορία αριθμό ατόμων μεγαλύτερο του 30, όσον αφορά δε τη δεύτερη προϋπόθεση, όπως φαίνεται στον πίνακα 19 από το test Levene $P < 0,05$, δεν επιβεβαιώνεται ισότητα διασπορών, οπότε θα εργασθούμε με τα δεδομένα στα οποία δεν επιβεβαιώνεται η ισότητα διασπορών, δηλαδή με την κάτω σειρά του πίνακα.

Ο πίνακας 19, επίδρασης μεταξύ των κατηγοριών, δείχνει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ συνεδριών με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση και βαθμού βιωματικής εμπλοκής ($p > 0,05$).

Πίνακας 19. επίδραση μεταξύ βαθμών βιωματικής εμπλοκής

		Levene's Test για ισότητα διασπορών		t-test για ισότητα μέσων όρων						
		F	Sig.	t	B.E	Sig. (2-tailed)	Διαφορά μέσων όρων	Διαφορά τυπικής απόκλισης	95% περιθώριο εμπιστοσύνης των διαφορών	
									Χαμηλότε- ρο	Ανώτερο
βιωματική κλίμακα βαθμός για κάθε δήλωση	διαφορά διασπορών αποδεκτή	253,046	,000	1,679	19538	,093	,01	,008	-,002	,031
	Διαφορά διασπορών μη αποδεκτή			1,700	19506	,089	,01	,008	-,002	,031

Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τη μικρή σημασία της μεταβλητής αυτής στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία ανεξάρτητα από τη θεραπευτική έκβαση.

Όσον αφορά το τρίτο σκέλος του ερωτήματος, το οποίο αφορά τη σχέση της βιωματικής εμπλοκής και των χρονικών φάσεων της ψυχοθεραπείας (αρχική, μεσαία, τελική) με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος της ανάλυσης διασποράς μονής κατεύθυνσης (One way ANOVA), διότι εξετάζεται η επίδραση μιας κατηγορικής μεταβλητής (ψυχοθεραπεία) σε μια ποσοτική (βιωματική εμπλοκή).

Αρχικά εξετάστηκαν οι προϋποθέσεις εφαρμογής της μεθόδου αυτής σε θεραπείες με θετική έκβαση, δηλαδή ελέγχθηκε: α) η ύπαρξη κανονικής κατανομής του βαθμού βιωματικής εμπλοκής σε σχέση με κάθε μία από τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας, και β) η ομοιογένεια των διασπορών (Homogeneity of Variance).

Για την πρώτη προϋπόθεση εφόσον υπάρχει πολύ μεγαλύτερος του 30 αριθμός ατόμων σε κάθε κελί $N > 30$, δεν χρειάζεται ο έλεγχος κανονικότητας.

Όσον αφορά τη δεύτερη προϋπόθεση παρατηρήθηκε ότι στο πίνακα χ σύμφωνα με το test Levene (έλεγχος ομοιογένειας διασπορών) υπάρχει ισότητα διασπορών ($\text{sig}=0,059$).

Εφόσον ισχύουν οι προϋποθέσεις, μπορεί να πραγματοποιηθεί η ανάλυση διασπορών.

Από τον κεντρικό πίνακα της ανάλυσης διασπορών (Πίνακας 20) παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της φάσης της ψυχοθεραπείας στον βαθμό βιωματικής εμπλοκής, ($F(2, 10646)= 33,048$, $\text{sig} \leq 0,0005$).

Προκειμένου να διερευνηθεί πού έγκειται η επίδραση, επιλέχθηκαν από τα Post hoc tests το Test Bonferroni. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του Test (πίνακας 18) υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανά δύο μεταξύ και των τριών κατηγοριών της χρονικής φάσης της θεραπείας.

Πιο συγκεκριμένα, η μεσαία παρουσιάζει στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη τιμή και από την αρχική και από την τελική και η τελική από την αρχική.

Εξετάσθηκε και ο δείκτης Eta Squared ο οποίος ήταν 0,008. Αυτό σημαίνει ότι μόνο το 0,8% του βαθμού βιωματικής εμπλοκής ερμηνεύεται από την επίδραση της χρονικής φάσης της θεραπείας. Από αυτό συνάγεται ότι η βιωματική εμπλοκή των μελών της οικογένειας προς το μέσον των θεραπειών και προς το τέλος είναι σημαντικότερη στις θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση, αλλά μόνο κατά ένα πολύ μικρό ποσοστό 0,8% εξηγείται η διακύμανση της βιωματικής εμπλοκής από τη χρονική φάση της ψυχοθεραπείας.

Ανάλογα εξετάστηκαν και οι προϋποθέσεις εφαρμογής της μεθόδου αυτής σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση, δηλαδή ελέγχθηκε: α) Η ύπαρξη κανονικής κατανομής του βαθμού βιωματικής εμπλοκής σε σχέση με κάθε μία από τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας. β) Η ομοιογένεια των διασπορών (Homogeneity of Variance).

Για την πρώτη προϋπόθεση, εφόσον έχουμε πολύ μεγαλύτερο του 30 αριθμό ατόμων σε κάθε κελί $N>30$, δεν χρειάζεται ο έλεγχος κανονικότητας.

Όσον αφορά τη δεύτερη προϋπόθεση, παρατηρήθηκε ότι σύμφωνα με το test Levene (έλεγχος ομοιογένειας διασπορών) υπάρχει ισότητα διασπορών ($\text{sig}=0,626$).

Εφόσον ισχύουν οι προϋποθέσεις μπορεί να πραγματοποιηθεί η ανάλυση διασπορών.

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 22 τον κεντρικό πίνακα της ανάλυσης διασπορών, υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της φάσης της ψυχοθεραπείας στον βαθμό βιωματικής εμπλοκής, ($F(2, 8888) = 3,382$, $\text{sig} = < 0,034$).

Προκειμένου να διερευνηθεί πού έγκειται η επίδραση επιλέχθηκαν από τα Post hoc tests το Test Bonferroni. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του Test (πίνακας 18) δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανά δύο μεταξύ και των τριών κατηγοριών της χρονικής φάσης της θεραπείας.

Επίσης ελέγχθηκε και ο δείκτης Eta Squared, ο οποίος ήταν 0,002. Αυτό σημαίνει ότι μόνο το 0,2% του βαθμού βιωματικής εμπλοκής ερμηνεύεται από την επίδραση της χρονικής φάσης της θεραπείας, άρα η επιρροή της χρονικής φάσης στη βιωματική εμπλοκή είναι πολύ μικρή. Συγκριτικά, στις θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση η βιωματική εμπλοκή φαίνεται να επηρεάζεται λίγο περισσότερο από την χρονική φάση από όσο στις θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση.

Πίνακας 20. Ανάλυση διασποράς μονής κατεύθυνσης σε θεραπείες με θετική έκβαση.

ANOVA					
βιωματική κλίμακα βαθμός για κάθε δήλωση					
	Άθροισμα Τετραγώνων	B.E	Μέσος Όρος Τετραγώνων	F	Sig.
Μεταξύ ομάδων	25,741	2	16,871	33,048	,000
Εντός ομάδων	4146,085	10646	,389		
Σύνολο	4171,827	10648			

Πίνακας 21. Ανάλυση διασποράς μονής κατεύθυνσης σε θεραπείες με θετική και μη θετική έκβαση

Βιωματική εμπλοκή και φάσεις θεραπείας με θετική και μη θετική έκβαση τα Post Hoc Test						
Βαθμοί βιωματικής Εμπλοκής	Θετική έκβαση			Μη θετική έκβαση		
	Διαφορά μέσων όρων	Τυπικό λάθος	Sig	Διαφορά μέσων όρων	Τυπικό λάθος	Sig
Μεσαία συνεδρία με Αρχική συνεδρία και Τελική συνεδρία με Αρχική συνεδρία	0,14	0,017	0,0005			
	0,14	0,024	0,0005	0,04	0,018	0,056

Πίνακας 22 Ανάλυση διασποράς μονής κατεύθυνσης σε θεραπείες με μη θετική έκβαση.

ANOVA

βιωματική κλίμακα βαθμός για κάθε δήλωση					
	Άθροισμα τετραγώνων	B.E	Μέσος Όρος Τετραγώνων	F	Sig.
Μεταξύ ομάδων	2,001	2	1,000	3,382	,034
Εντός ομάδων	2629,034	8888	,296		
Σύνολο	2631,035	8890			

Για να απαντηθεί πληρέστερα το τρίτο σκέλος του ερωτήματος το οποίο αφορά τη σχέση της βιωματικής εμπλοκής και των χρονικών φάσεων της ψυχοθεραπείας (αρχική, μεσαία, τελική) με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση διερευνήθηκε η επίδραση της χρονικής φάσης της ψυχοθεραπείας (αρχική, μεσαία, τελική) με θετική και αρνητική θεραπευτική έκβαση στη βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στην θεραπευτική διαδικασία, όταν η βιωματική εμπλοκή είναι από το βαθμό 3 και πάνω. Η στατιστική μέθοδος ήταν η ανάλυση διασποράς μονής κατεύθυνσης (One way ANOVA), διότι εξετάζουμε την επίδραση μιας κατηγορικής μεταβλητής (ψυχοθεραπευτική συνεδρία) σε μια ποσοτική (βιωματική εμπλοκή). Δεν επιβεβαιώθηκε κάποια στατιστικά σημαντική επίδραση στη βιωματική εμπλοκή των μελών της οικογένειας στην περίπτωση της θετικής θεραπευτικής έκβασης ή της μη θετικής θεραπευτικής έκβασης.

Για να απαντηθεί το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή σε θεραπείες συστημικής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση με ποιον τρόπο σχετίζονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (παρεμβάσεις ενίσχυσης θεραπευτικού δεσμού, κυκλικές ερωτήσεις, θετική σημασιοδότηση-αναπλαισίωση, εστίαση στην ισχύ, εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας-γενογραμματικές ερωτήσεις) με τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου συστήματος κατά τις χρονικές φάσεις της θεραπείας αυτής, η στατιστική μέθοδος η οποία χρησιμοποιήθηκε ήταν ο έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα (t test independent samples).

Αρχικά ελέγχθηκαν οι συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση. Οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του ελέγχου είναι δύο:

- α) Να υπάρχει κανονική κατανομή εντός κάθε κατηγορίας
- β) Να ισχύει η ισότητα διασπορών που διαπιστώνεται με το test Levene.

Η πρώτη προϋπόθεση καλύπτεται, γιατί έχουμε σε κάθε κατηγορία αριθμό ατόμων μεγαλύτερο του 30· όσον αφορά τη δεύτερη προϋπόθεση, όπως φαίνεται στον πίνακα 23 από το test Levene $P < 0,05$, σε μερικές δοκιμασίες δεν επιβεβαιώνεται ισότητα διασπορών, οπότε σε αυτές τις περιπτώσεις εργασθήκαμε με τα δεδομένα, στα οποία δεν επιβεβαιώνεται η ισότητα διασπορών, με την κάτω σειρά του πίνακα.

Τα δεδομένα τα οποία αναφέρονται στον Πίνακα 23 και αφορούν τις επιδράσεις μεταξύ των κατηγοριών δείχνουν ότι η βιωματική εμπλοκή των συμμετεχόντων στη θεραπεία επηρεάζεται από την εμφάνιση μερικών από τις συστημικές παρεμβάσεις οι οποίες έχουν μελετηθεί σε αυτή την έρευνα.

Με τους ελέγχους t test για ανεξάρτητα δείγματα μελετήθηκαν η σχέση της βιωματικής εμπλοκής και των συστημικών παρεμβάσεων σε συνεδρίες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση .

Οι έλεγχοι t test για ανεξάρτητα δείγματα έδειξαν την εξής εικόνα σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση.

Όπως φαίνεται στο Πίνακα 23, στις συνεδρίες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στην αρχική χρονικά φάση της ψυχοθεραπείας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές βιωματικής εμπλοκής, δημιουργίας θεραπευτικού δεσμού και των αναπλαισιώσεων. Φαίνεται ότι αυτές οι παρεμβάσεις στην αρχική χρονικά φάση της θεραπείας επιδρούν θετικά στην βιωματική εμπλοκή των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία.

Επίσης στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στο χρονικό μέσον της όλης ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της βιωματικής εμπλοκής και της δημιουργία θεραπευτικού δεσμού. Φαίνεται ότι αυτή η παρέμβαση στο χρονικό μέσον της θεραπείας επιδρά θετικά στη βιωματική εμπλοκή των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία. Ομοίως στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στο χρονικό τέλος της όλης ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της βιωματικής εμπλοκής της δημιουργίας θεραπευτικού δεσμού των κυκλικών ερωτήσεων και των γενογραμματικών ερωτήσεων. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι αυτές οι παρεμβάσεις στη τελική φάση της θεραπείας επιδρούν θετικά στην βιωματική εμπλοκή των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία.

Ακολούθως ελέγχθηκαν οι συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση. Οι έλεγχοι t test για ανεξάρτητα δείγματα έδωσαν την εξής εικόνα για τις συστημικές θεραπευτικές παρεμβάσεις και τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής:

Όπως φαίνεται στον πίνακα 23, στις αρχικές συνεδρίες της ψυχοθεραπείας, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη βιωματική εμπλοκή και τις κυκλικές ερωτήσεις, όπως και στις γενογραμματικές ερωτήσεις. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι αυτές οι παρεμβάσεις στην αρχική φάση της θεραπείας επιδρούν θετικά στη βιωματική εμπλοκή των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία

Στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στο χρονικό μέσον της όλης ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της βιωματικής εμπλοκής και της εστίασης στην ισχύ, τις κυκλικές ερωτήσεις όπως και στις γενογραμματικές ερωτήσεις. Αυτό μπορεί να υποδεικνύει ότι αυτές οι παρεμβάσεις στη μεσαία χρονική φάση της θεραπείας επιδρούν θετικά στη βιωματική εμπλοκή των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία

Στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στο χρονικό τέλος της όλης ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της βιωματικής εμπλοκής και των κυκλικών ερωτήσεων, όπως και των γενογραμματικών ερωτήσεων. Αυτό μπορεί να υποδεικνύει ότι αυτές οι παρεμβάσεις στην τελική χρονική φάση της θεραπείας επιδρούν θετικά στη βιωματική εμπλοκή των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία.

Πίνακας 23. Βιωματική εμπλοκή και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε χρονικές φάσεις θεραπείας t test Ανεξαρτήτων Δειγμάτων.

	Θετική έκβαση					Μη θετική έκβαση				
	Δ.Μ.Ο	T.A	df	t	Sig	Δ.Μ.Ο	T.A	df	t	Sig
ΑΡΧΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Δημιουργία θεραπευτικού δεσμού	-0,15	0,570	154,525	-3,067	0,03	---	---	---	--	---
ΑΡΧΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Κυκλικές ερωτήσεις	---	----	---	----	----	0,18	0,467	60,405	2,917	0,005
ΑΡΧΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Αναπλαισιώσεις	0,23 Test Leven's: 0,649	0,701	3385	2,889	0,004					
ΑΡΧΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Γενογραμματικές ερωτήσεις						-0,19	0,506	133,1107	-4,017	>0,0005
	Δ.Μ.Ο	T.A	df	t	Sig	Δ.Μ.Ο	T.A	df	t	Sig
ΜΕΣΑΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Δημιουργία θεραπευτικού δεσμού	-0,19 Test Leven's: 0,394	0,613	3487	-4,461	0,000					
ΜΕΣΑΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Κυκλικές ερωτήσεις						-0,14	0,517	58,26	-2,027	0,047
ΜΕΣΑΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Εστίαση στην ισχύ						-0,11	0,489	102,288	-2,092	0,039
ΜΕΣΑΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Γενογραμματικές ερωτήσεις						-0,11	0,536	129,691	-2,2671	0,025
	Δ.Μ.Ο	T.A	df	t	Sig	Δ.Μ.Ο	T.A	df	t	Sig
ΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Δημιουργία θεραπευτικού δεσμού	-0,16	0,535	147,339	-3,449	0,001					
ΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Κυκλικές ερωτήσεις	-0,25	0,447	15,232	-2,214	0,001	0,16 Test Leven's: 0,582	0,607	67,437	2,326	0,020
ΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ Γενογραμματικές ερωτήσεις	-0,24	0,462	150,853	-5,766	0,000	-0,36	0,447	115,832	-7,98	>0,0005

Για να ερευνηθεί σε περισσότερο βάθος η επίδραση της εμφάνισης των συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων στη βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου κατά τις διάφορες χρονικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας, μελετήθηκε ειδικότερα η εκδοχή κατά την οποία ο βαθμός βιωματικής εμπλοκής είναι υψηλός, στην έρευνα ο βαθμός 3 και 4.

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t -test για ανεξάρτητα δείγματα (t test independent samples) .

Με τους ελέγχους t test για ανεξάρτητα δείγματα οι οποίοι εφαρμόστηκαν μελετήθηκε η σχέση της βιωματικής εμπλοκής και των συστημικών θεραπευτικών παρεμβάσεων σε συνεδρίες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση.

Οι έλεγχοι t test για ανεξάρτητα δείγματα οι οποίοι εφαρμόστηκαν δεν επιβεβαίωσαν καμιά στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν μπορούσε να γίνει υπολογισμός, διότι ο αριθμός των δεδομένων ήταν μικρός για κάθε υποκατηγορία.

Για να απαντηθεί το έκτο ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή σε θεραπείες συστημικής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση με ποιον τρόπο σχετίζεται η εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου συστήματος κατά τις χρονικές φάσεις της θεραπείας αυτής, η στατιστική μέθοδος η οποία χρησιμοποιήθηκε ήταν ο έλεγχος t -test για ανεξάρτητα δείγματα (t test independent samples).

Οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του ελέγχου είναι δύο:

α) Να υπάρχει κανονική κατανομή εντός κάθε κατηγορίας

β) Να ισχύει η ισότητα διασπορών η οποία διαπιστώνεται με το test Levene.

Η πρώτη προϋπόθεση καλύπτεται, διότι έχουμε σε κάθε κατηγορία αριθμό ατόμων μεγαλύτερο του 30, όσο αφορά δε τη δεύτερη προϋπόθεση, το test Levene να είναι $P < 0,05$, σε μερικές δοκιμασίες δεν επιβεβαιώνεται ισότητα διασπορών, οπότε σε αυτές τις περιπτώσεις εργασθήκαμε με τα δεδομένα στα οποία δεν επιβεβαιώνεται η ισότητα διασπορών, δηλαδή με την κάτω σειρά του πίνακα.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 24, όπου παρουσιάζεται η επίδραση των κατηγοριών των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών στη βιωματική εμπλοκή, πράγματι η εμφάνιση μερικών από τις σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές επιδρά στη βιωματική εμπλοκή.

Ειδικότερα μια σειρά από ελέγχους t test για ανεξάρτητα δείγματα, οι οποίοι εφαρμόστηκαν για να διερευνηθεί η σχέση του βαθμού βιωματικής εμπλοκής και των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών στις συνεδρίες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, έδωσε την εξής εικόνα: καταρχήν για τις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση και ακολούθως για συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση:

Οι έλεγχοι t test για ανεξάρτητα δείγματα έδωσαν την εξής εικόνα για τις σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής των μελών των οικογενειών τα οποία μετείχαν σε συνεδρίες οικογενειακής ψυχοθεραπείας. Από τον πίνακα 24 φαίνεται ότι σε συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση στις αρχικές συνεδρίες της ψυχοθεραπείας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές βιωματικής εμπλοκής και της αποκάλυψης σημαντικού υλικού και εκφραστικής επικοινωνίας. Αυτό πιθανόν υποδεικνύει ότι αυτές οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές στην αρχική χρονική φάση της θεραπείας επιδρούν θετικά στη βιωματική εμπλοκή των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία.

Στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στο μέσο χρονικά της όλης ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της βιωματικής εμπλοκής και αποκάλυψης σημαντικού υλικού και εκφραστικής επικοινωνίας. Αυτό πιθανόν υποδεικνύει ότι αυτές οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές στη μεσαία χρονική φάση της θεραπείας επιδρούν θετικά στην βιωματική εμπλοκή των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία.

Στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν χρονικά στο τέλος της όλης ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της βιωματικής εμπλοκής και αποκάλυψης σημαντικού υλικού, εκφραστικής επικοινωνίας, νέων τρόπων ύπαρξης εξωθεραπευτικά και αντιμετώπισης του συμπτώματος. Αυτό πιθανόν υποδεικνύει ότι αυτές οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές στην τελική χρονική φάση της θεραπείας επιδρούν θετικά στην βιωματική εμπλοκή των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία.

Οι έλεγχοι t test για ανεξάρτητα δείγματα έδωσαν την εξής εικόνα για τις σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής σε συνεδρίες οι οποίες ανήκαν σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 24, στις αρχικές συνεδρίες της ψυχοθεραπείας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές βιωματικής εμπλοκής, της

αποκάλυψης σημαντικού υλικού, της εκφραστικής επικοινωνίας και αντιμετώπισης του συμπτώματος.

Στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν χρονικά στο μέσον της όλης ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της βιωματικής εμπλοκής και αποκάλυψης σημαντικού υλικού και εκφραστικής επικοινωνίας.

Ομοίως στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν χρονικά στο τέλος της όλης ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της βιωματικής εμπλοκής και αποκάλυψης σημαντικού υλικού , εκφραστικής επικοινωνίας και αντιμετώπισης του συμπτώματος.

Αυτά τα αποτελέσματα πιθανόν υποδεικνύουν ότι αυτές οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές στην αρχική, μεσαία και τελική χρονική φάση της θεραπείας επιδρούν θετικά στη βιωματική εμπλοκή των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία.

Πίνακας 24. Βιωματική εμπλοκή και σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές σε χρονικές φάσεις θεραπείας, t-Test Ανεξαρτήτων Δειγμάτων

Θετική έκβαση						Αρνητική έκβαση				
	Δ Μ.Ο	T.A	Df	t	Sig	Δ.Μ.Ο	T.A	df	t	Sig
ΑΡΧΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ	0,68	0,726	3385	18,750	0,000	0,81	0,694	84,902	10,590	0,000
Αποκάλυψη σημαντικού υλικού Test Leven's: 0,440										
ΑΡΧΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ	0,84	0,646	3385	6,200	0,000	1,06	0,787	6,015	3,569	0,012
Εκφραστική επικοινωνία Test Leven's: 0,834										
ΑΡΧΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ						0,52	0,63	3384	47,27	0,000
Αντιμετώπιση του συμπτώματος										
	Δ.Μ.Ο	T.A	Df	t	Sig	Δ.Μ.Ο	T.A	df	t	Sig

ΜΕΣΑΙΑ										
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	0,64	0,642	316,820	15,964	0,000	0,63	0,548	159,027	13,598	0,000
Αποκάλυψη σημαντικού υλικού										
ΜΕΣΑΙΑ										
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	0,99	0,636	3486	8,339	0,000	0,71	0,592	31,511	6,714	0,000
Εκφραστική επικοινωνία										
Test Leven's: 0,861										
	Δ.Μ.Ο	T.A	Df	t	Sig	Δ.Μ.Ο	T.A	df	t	Sig
ΤΕΛΙΚΗ										
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	0,63	0,669	319,863	15,453	0,000	0,62	0,404	110,54	14,76	0,000
Αποκάλυψη σημαντικού υλικού										
ΤΕΛΙΚΗ										
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	0,71	0,664	3771	6,362	0,000	0,63	0,379	30,251	8,988	0,000
Εκφραστική επικοινωνία										
Test Leven's: 0,164										
ΤΕΛΙΚΗ										
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	0,75	0,500	3770	2,469	0,014	---	---	---	---	---
Νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά										
Test Leven's: 0,136										
ΤΕΛΙΚΗ										
ΣΥΝΕΔΡΙΑ	0,50	0,426	11,144	4,083	0,002	0,66	0,447	4,020	3,278	0,030
Αντιμετώπιση του συμπτώματος										

Για να απαντηθεί περισσότερο εις βάθος το ερευνητικό ερώτημα, μελετήθηκε ειδικότερα η εκδοχή κατά την οποία ο βαθμός βιωματικής εμπλοκής είναι υψηλός, στην έρευνα ο βαθμός 3 και 4.

Για να μελετηθεί αυτή η εκδοχή του ερωτήματος η στατιστική μέθοδος η οποία χρησιμοποιήθηκε ήταν ο έλεγχος t- test για ανεξάρτητα δείγματα (t test independent samples).

Ειδικότερα, μια σειρά από ελέγχους t test για ανεξάρτητα δείγματα, οι οποίοι εφαρμόστηκαν για να μελετηθεί η σχέση του βαθμού βιωματικής εμπλοκής επιπέδου 3 και 4 και των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών σε συνεδρίες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, δεν επιβεβαίωσε καμία στατιστικά σημαντική επίδραση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Συζήτηση

Η έρευνα διαδικασίας, δηλαδή η μελέτη των θεραπευτικών παραγόντων, των ενδοσυνεδριακών φαινομένων και της σχέσης τους με τη θεραπευτική αλλαγή και τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα σε όλα τα μοντέλα της ψυχοθεραπείας, αποτελεί το είδος της έρευνας το οποίο έχει ιδιάζουσα θέση στα ενδιαφέροντα των ερευνητών από τη δεκαετία του 1980.

Σε αυτού του είδους την έρευνα κεντρική θέση έχει η μελέτη των ενδοσυνεδριακών φαινομένων, όπως η βιωματική εμπλοκή των θεραπευόμενων στη θεραπευτική διαδικασία, η εμφάνιση διαφόρων σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, η θεραπευτική συμμαχία και η σχέση θεραπευτή – θεραπευόμενου. Αυτά τα φαινόμενα έχουν συσχετισθεί σε διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας με τη διαδικασία αλλαγής, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και τη θεραπευτική έκβαση και έχουν αναγνωρισθεί ως κοινói θεραπευτικοί παράγοντες πολλών τύπων ψυχοθεραπείας.

Τέτοιου είδους έρευνες όμως σπανίζουν αναφορικά με τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, αν και έχει αναγνωρισθεί η σημασία τους για την εμβάθυνση της μελέτης της.

Η παρούσα έρευνα αποτέλεσε μια συστηματική διερεύνηση των σημαντικότερων δραστικών κοινών παραγόντων στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία οι οποίοι συνδέονται με τη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής και τη θεραπευτική έκβαση, ώστε να γίνει φανερός ο τρόπος με τον οποίο αυτοί λειτουργούν σ' αυτόν τον τύπο ψυχοθεραπείας. Ειδικότερα μελετήθηκαν οι αλληλεπιδράσεις των θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες είναι χαρακτηριστικές της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας, ως προς τη σχέση τους με τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα της βιωματικής εμπλοκής των μελών της οικογένειας η οποία μετέχει στη ψυχοθεραπευτική διαδικασία και της εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών. Ο στόχος ήταν να διερευνηθεί η σημασία των θεραπευτικών παρεμβάσεων και της σχέσης τους με τα ενδοσυνεδριακά φαινόμενα για τη θεραπευτική αλλαγή και την θετική θεραπευτική έκβαση στη συστημική

οικογενειακή ψυχοθεραπεία, όπως έχει ήδη πραγματοποιηθεί σε άλλου τύπου ψυχοθεραπείες.

Οι μεταβλητές οι οποίες μελετήθηκαν, δηλαδή η βιωματική εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία, οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, επελέγησαν, διότι αποτελούν σημαντικούς κοινούς μεταξύ ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων δραστικούς παράγοντες της θεραπευτικής αλλαγής και της θεραπευτικής έκβασης.

Στο κεφάλαιο αυτό συζητούνται τα αποτελέσματα της έρευνας, η συνεισφορά της στη ψυχοθεραπευτική θεωρία, στην έρευνα, την εκπαίδευση και την κλινική πράξη. Συζητούνται επίσης οι μεθοδολογικοί περιορισμοί και οι μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις.

Εξέταση ερευνητικών ερωτημάτων

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και η επίδρασή τους στις συστημικές ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε αφενός το είδος και την ποσότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες εμφανίζονται ανάλογα με τη χρονική φάση της θεραπείας σε θεραπείες συστημικής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση και αφετέρου τη διερεύνηση ύπαρξης σχέσης της εμφάνισής τους με τη θεραπευτική έκβαση και τη χρονική φάση της ψυχοθεραπείας.

Οι αναλύσεις επιβεβαίωσαν την εμφάνιση όλων των θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες κατά κύριο λόγο πραγματοποιούνται στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία και είναι χαρακτηριστικές αυτού του τύπου ψυχοθεραπείας. Όλες οι παρεμβάσεις οι οποίες ερευνώνται σε αυτή τη μελέτη αναγνωρίστηκαν στις συνεδρίες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση και μάλιστα και στις τρεις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας, (αρχική, μεσαία, τελική). Βέβαια μερικές από τις θεραπευτικές παρουσιάζονται ποσοτικά διαφοροποιημένες στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την έκβαση και τη χρονική φάση της ψυχοθεραπείας και η σημασία αυτού του ευρήματος θα συζητηθεί εκτενώς στη συνέχεια.

Αρχικά θα συζητηθεί το γεγονός της παρουσίας τους σε όλη τη θεραπεία. Η εμφάνιση όλων των παρεμβάσεων σε όλες τις χρονικές φάσεις στις θεραπείες με θετική και μη θετική έκβαση από μόνη της αποτελεί ένα εύρημα το οποίο δείχνει ότι

στη συστημική ψυχοθεραπεία οι θεραπευτές πραγματοποιούν συστημικές θεραπευτικές παρεμβάσεις σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπείας. Αυτό το εύρημα είναι κοινό με άλλους τύπους ψυχοθεραπείας. Φαίνεται ότι και η συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία (ΣΣΟΨ) ως μία εκδοχή της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας έχει κοινό αυτό το χαρακτηριστικό με όλες τις άλλες ψυχοθεραπείες. Στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μακράς διάρκειας (Gabbard, 2004), την ψυχαναλυτική αντικριστή θεραπεία (Συνοδινού, 2010), όπως και στη βραχεία ψυχοδυναμική (Sifneos, 1992) αναγνωρίζονται συγκεκριμένες παρεμβάσεις. Το ίδιο αναφέρεται και για τη συμπεριφορική και τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία (Beck, 1995; Καλαντζή, 2002; McMullin, 2000) όπως και στη γνωσιακή –εξελικτική ψυχοθεραπεία για παιδιά (Roonen, 1997). Ανάλογα συμβαίνει και στις θεραπείες του λεγόμενου τρίτου ρεύματος, όπως στην προσωποκεντρική προσέγγιση για άτομα (Μπρούζος, 2004), για οικογένειες και ζεύγη (O' leary, 1999) και στο Focusing-oriented therapy (Friedman, 2007).

Αυτό το εύρημα δείχνει ότι η συστημική ψυχοθεραπεία έχει κοινά σημεία με τις άλλες ψυχοθεραπείες όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι θεραπευτές παρεμβαίνουν και ως εκ τούτου έχει νόημα η σύγκρισή της με άλλους τύπους ψυχοθεραπείας αναφορικά με την επίδραση των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη θεραπευτική διαδικασία.

Στη ΣΣΟΨ οι θεραπευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται σε όλη τη χρονική έκταση της θεραπείας. Αυτό είναι κατανοητό, διότι ένας από τους βασικούς σκοπούς της συστημικής θεραπευτικής παρέμβασης είναι αρχικά ο εντοπισμός των λεγόμενων «κομβικών σημείων» (nodal point) σε ένα σύστημα και ακολούθως η πρόκληση αλλαγής σε αυτά τα κομβικά σημεία, με την προσδοκία ότι αυτή η αλλαγή θα οδηγήσει σε αλλαγές εντός του συστήματος (Jones, 1993). Ως κομβικά σημεία ορίζονται τα σημεία στα οποία συγκλίνει ο μεγαλύτερος αριθμός λειτουργιών οι οποίες είναι απαραίτητες για τη λειτουργία του συστήματος (Palazzoli-Selvini *et al.*, 1978). Τα κομβικά σημεία μπορούν να εντοπισθούν και να τροποποιηθούν σε οποιαδήποτε χρονική φάση της θεραπευτικής συνεργασίας με το θεραπευόμενο σύστημα. Ένας ακόμα επιπρόσθετος λόγος για τον οποίο οι παρεμβάσεις μπορούν να εντοπίζονται, επομένως να πραγματοποιούνται σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπείας είναι ότι οι συστημικές υποθέσεις τις οποίες σχηματίζει ο θεραπευτής ή η θεραπευτική ομάδα, για να καθοδηγούν τη δράση των θεραπειών, τροποποιούνται συνεχώς καθόλη τη χρονική διάρκεια της θεραπείας ανάλογα με την ροή και την

ποιότητα των πληροφοριών οι οποίες γίνονται διαθέσιμες για την οικογένεια σε κάθε φάση της θεραπείας (Jones, 1993). Είναι εξάλλου γνωστό ότι η συστημική θεραπεία δεν προσφέρει μια θεραπεία των αιτιών ή απλώς των συμπτωμάτων αλλά περισσότερο δίνει στα έμβια συστήματα ερεθίσματα, τα οποία τα βοηθούν να αναπτύξουν νέα σχήματα μεταξύ τους και να αποκτήσουν μια νέα μορφή οργάνωσης η οποία να καθιστά δυνατή την ανάπτυξη τους (Schilppe & Schweitzer, 1996). Σε αυτή τη διαπίστωση στηρίζεται το γεγονός ότι οι θεραπευτές αντιλαμβάνονται τη συζήτηση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας περισσότερο ως ευκαιρία για ερεθίσματα παρά ως επεξεργασία (Schilppe & Schweitzer, 1996) και τα ερεθίσματα των οποίων υποκατηγορία αποτελούν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες δεν παύουν να παρέχονται μέχρι το τέλος της θεραπευτικής αλληλεπίδρασης. Η συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία αποτελείται από κυκλικές αλληλεπιδρούσες συνισταμένες, και είναι συχνό φαινόμενο στις οικογένειες να υπάρχουν επαναλαμβανόμενα διαγενεϊκά μοντέλα συμπεριφοράς και μοτίβα (patterns) τα οποία εμφανίζονται σε όλες τις φάσεις της θεραπείας και κατά συνέπεια οι παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στην τροποποίησή τους είναι αναγκαίες σε όλες αυτές τις χρονικές φάσεις (Nichols, 1986).

Για να διερευνηθεί πληρέστερα και αναλυτικότερα το φαινόμενο της εμφάνισης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και της σχέσης του με τη χρονική φάση της θεραπείας, αλλά και τη θεραπευτική έκβαση της θεραπείας, μελετήθηκε η εμφάνιση κάθε θεραπευτικής παρέμβασης χωριστά σε σχέση με την χρονική φάση της θεραπείας και τη θεραπευτική έκβαση της θεραπείας. Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι στατιστικά σημαντική εμφάνιση ή μη είχαν διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις ανάλογα με την έκβαση της θεραπείας και τη χρονική φάση.

Η θεραπευτική παρέμβαση της ανάπτυξης του θεραπευτικού δεσμού βρέθηκε ότι είναι μια παρέμβαση η οποία χρησιμοποιείται συχνά σε ψυχοθεραπείες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, σε όλες τις χρονικές θεραπευτικές φάσεις και αριθμητικά είναι η πολυπληθέστερη κατηγορία παρεμβάσεων. Αυτό το εύρημα της μεγάλης ποσότητας και συχνότητας εμφάνισής της φανερώνει την σημασία την οποία οι συστημικοί θεραπευτές δίνουν στην ύπαρξη του θεραπευτικού δεσμού, καθώς και την ιδιαίτερη και χρονικά συνεχή προσπάθεια την οποία καταβάλλουν για την οικοδόμηση και διατήρηση αυτού του δεσμού.

Ένα βασικό καθήκον του θεραπευτή είναι η εξασφάλιση της συνεργασίας της οικογένειας για τη θεραπευτική συνεργασία. Για να πετύχει αυτόν τον στόχο, πρέπει

να βοηθήσει στη δημιουργία ενός κλίματος το οποίο θα επιτρέψει στην οικογένεια να συνεργασθεί και αυτό το κλίμα πρέπει να δημιουργείται σε όλες τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας. Αυτή η θεραπευτική παρέμβαση έχει ως κύριο στόχο ακριβώς τη δημιουργία και διατήρηση αυτού του κλίματος. Επομένως είναι κατανοητό, γιατί η παρέμβαση αυτή συναντήθηκε σε αριθμούς μεγαλύτερους από ό,τι οι άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις και σε όλες τις χρονικές φάσεις.

Από τα ευρήματα προκύπτει ότι μόνο στις μεσαίες συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση η παρέμβαση της ανάπτυξης του θεραπευτικού δεσμού πραγματοποιείται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες χρονικές φάσεις, ενώ στις μεσαίες συνεδρίες των θεραπειών με μη θετική θεραπευτική έκβαση είναι στατιστικά σημαντικά μειωμένη.

Αυτό το εύρημα ενισχύει την εικόνα η οποία σχηματίζεται για τη θεραπευτική ανάγκη πραγματοποίησης αυτής της θεραπευτικής παρέμβασης. Δηλαδή το δεδομένο αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως συνέπεια του φαινομένου της διακύμανσης της θεραπευτικής συμμαχίας. Φαίνεται ότι στις μεσαίες συνεδρίες της ΣΣΟΨ συμβαίνει ότι και στις μεσαίες συνεδρίες άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων, δηλαδή αναγνωρίζεται μείωση των τιμών της θεραπευτικής συμμαχίας (Gelso & Carter, 1994). Στις μεσαίες συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση οι θεραπευτές πραγματοποιούν περισσότερες τέτοιες παρεμβάσεις, διότι πιθανόν διαπιστώνουν την ανάγκη να βελτιώσουν το επίπεδο της συνεργασίας και του συναισθηματικού δεσμού με τη θεραπευόμενη οικογένεια, επειδή πιθανόν μειώνεται η θεραπευτική συμμαχία και στη ΣΣΟΨ, όπως έρευνες (Horvath & Symonds, 1991) για άλλους τύπους ψυχοθεραπείας έχουν δείξει να συμβαίνει. Οι θεραπευτές επιδιώκουν την αύξηση της θεραπευτικής συμμαχίας σε αυτή τη χρονική φάση ίσως επειδή χρειάζεται να είναι περισσότερο αυξημένη για την επιτυχή θεραπευτική έκβαση. Αντίθετα στις μεσαίες συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση στις θεραπείες είναι στατιστικά σημαντικά λιγότερος ο αριθμός πραγματοποίησης αυτής της παρέμβασης. Πιθανόν αυτό συμβαίνει, διότι δεν γίνεται αντιληπτή κάποια μεταβολή στην ποιότητα επαφής και επικοινωνίας η οποία παραμένει σταθερή στο επίπεδο το οποίο αποκτήθηκε από τις παρεμβάσεις της αρχικής φάσης της θεραπείας και έτσι δεν επιχειρείται η βελτίωσή της σε αυτή την χρονική φάση με το συνακόλουθο μη θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυτή εξήγηση φαίνεται να ενισχύεται από τα συμπεράσματα ερευνών οι οποίες μελέτησαν την εξέλιξη της θεραπευτικής συμμαχίας σε άλλου τύπου ψυχοθεραπείες (Safran, Crocker, McCain, & Murray, 1990; Safran & Muran, 1996)

Μπορεί να υποστηριχθεί η άποψη ότι οι θεραπευτές σε αυτή τη θεραπευτική φάση κατά κάποιο τρόπο ωθούνται σε παρεμβάσεις όπως η ανάπτυξη του θεραπευτικού δεσμού εξαιτίας της δυναμικής του οικογενειακού συστήματος το οποίο είναι ιδιαίτερα διστακτικό στη θεραπευτική συνεργασία προς το χρονικό μέσο της θεραπευτικής διαδικασίας

Η θεραπευτική συμμαχία έχει κάποιες εννοιολογικές κατηγορίες οι οποίες ενδιαφέρουν άμεσα τη μελέτη αυτή. Αυτές είναι ο συναισθηματικός δεσμός με τον θεραπευτή και η συνεργασία για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. Αυτά τα δύο επιδιώκεται να ενδυναμωθούν με τη θεραπευτική παρέμβαση της ανάπτυξης του θεραπευτικού δεσμού. Οι έρευνες έδειξαν ότι η θεραπευτική συμμαχία και κατά συνέπεια οι κατηγορίες της, οι οποίες μας ενδιαφέρουν εδώ, στις αρχικές συνεδρίες των κυριότερων θεραπευτικών προσεγγίσεων σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση τείνουν να έχουν τιμή υψηλότερη από τις μεσαίες χρονικά συνεδρίες (Horvath & Symonds, 1991). Αυτό σημαίνει ότι κατά συνέπεια γενικά οι θεραπευτές οποιασδήποτε θεραπευτικής προσέγγισης χρειάζεται να πραγματοποιήσουν περισσότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση αυτών των δύο κατηγοριών στις χρονικά μεσαίες θεραπευτικές συνεδρίες. Το ίδιο ακριβώς φαίνεται να συμβαίνει, όπως συνάγεται από την έρευνα, και στη ΣΣΟΨ.

Οι θεραπευτές αντιλαμβάνονται εντονότερα την ανάγκη βελτίωσης της θεραπευτικής σχέσης, ακριβώς διότι διαπιστώνουν τη στασιμότητα της οικογενειακής δυναμικής περί το μέσον της θεραπείας και τη διάρρηξη της θεραπευτικής συνεργασία έτσι ωθούνται σε επανορθωτικές ενέργειες, όπως αυτού του τύπου η θεραπευτική παρέμβαση. Η διατάραξη του δεσμού εξαιτίας της ρήξης της θεραπευτικής συμμαχίας είναι γνωστό ότι συμβαίνει από έρευνες οι οποίες έγιναν σε βραχείες ψυχοθεραπείες (Gelso & Carter, 1994). Αυτό σημαίνει ότι οι θεραπευτές θα ανταποκριθούν σε αυτές τις διακυμάνσεις της θεραπευτικής συμμαχίας υπερβαίνοντας την αντίσταση στη θεραπεία η οποία εκφράζεται ως μείωση της θεραπευτικής συμμαχίας με ανάλογες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως φαίνεται να συμβαίνει και στη ΣΣΟΨ, όπου χρησιμοποιούν σε αυτή τη χρονική φάση την παρέμβαση ενίσχυσης του θεραπευτικού δεσμού. Η παρέμβαση ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού με την οικογένεια αναφέρεται ως εργαλείο μείωσης της αντίστασης στην ψυχοθεραπεία (Brown & Hypen, Standridge & Piercy, 1988; Chamberlain *et al.*, 1984; Patterson & Forgatch, 1985; Newberry, Alexander, & Turner, 1991).

Από αυτά τα αποτελέσματα φαίνεται ότι αυτή η παρέμβαση στη ΣΣΟΨ δεν μπορεί να συνδεθεί με την άμεση πρόκληση θετικής ή μη θετικής θεραπευτικής έκβασης, αλλά μπορεί να σχετισθεί με τη συγκράτηση της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία, ώστε να της δοθούν ευκαιρίες για θεραπευτική αλλαγή.

Φαίνεται ότι αυτού του είδους η παρέμβαση αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για τον οικογενειακό ψυχοθεραπευτή όταν υπάρχει ρήξη στη θεραπευτική σχέση και πιθανόν η ρήξη στη ΣΣΟΨ συμβαίνει όπως και στις άλλες βραχείες ψυχοθεραπείες με μια συχνότητα η οποία ακολουθεί ένα πρότυπο σχήματος U (Καλύτερη τιμή θεραπευτικής συμμαχίας, άρα λιγότερη ρήξη στον δεσμό με τον ή τους θεραπευτές στην αρχή-Χειρότερη τιμή θεραπευτικής συμμαχίας, άρα περισσότερη ρήξη στον δεσμό με τον ή τους θεραπευτές στη μέση- Καλύτερη τιμή θεραπευτικής συμμαχίας, άρα λιγότερη ρήξη δεσμού με τον θεραπευτή στο τέλος) (Σταλίκας & Μερτίκας, 2004). Η εκπαίδευση στην παρέμβαση ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού πρέπει να αποτελεί μέρος της εκπαίδευσης του συστημικού οικογενειακού θεραπευτή. Για παράδειγμα ο εκπαιδευτής πρέπει να εκπαιδευτεί σε επικοινωνιακές δεξιότητες όπως, η ενεργητική ακρόαση και η ενσυναισθητική ακρόαση ώστε να μπορεί να πραγματοποιεί με εγκυρότητα την παρέμβαση αυτή η οποία απαιτεί αυτές τις δεξιότητες ώστε αρχικά να επιτυγχάνει ο ψυχοθεραπευτής τον συντονισμό (tune) με τα μέλη της οικογένειας, ακολούθως να πραγματοποιεί το μέρος της παρέμβασης στο οποίο πρέπει να επαναλάβει κάποια φράση «κλειδί» με ελαφρά αλλαγμένες λέξεις και τέλος ενώ πραγματοποιεί αυτή τη παρέμβαση να διατηρεί την ουδετερότητά του.

Υπάρχει ένας περιορισμός στα συμπεράσματα αυτά. Ότι μένει ακόμα να ερευνηθεί κατά πόσο πραγματικά οι διακυμάνσεις της θεραπευτικής συμμαχίας στη ΣΣΟΨ είναι ανάλογες της διακύμανσης η οποία έχει καταγραφεί και μελετηθεί στις άλλες ψυχοθεραπείες και επομένως πράγματι η ανάγκη στην οποία ανταποκρίθηκαν οι θεραπευτές του δείγματος της έρευνας αυτής για βελτίωση του θεραπευτικού δεσμού με την πραγματοποίηση της παρέμβασης ανάπτυξης του θεραπευτικού δεσμού αντιστοιχεί και στη διακύμανση της θεραπευτικής συμμαχίας.

Η θεραπευτική παρέμβαση των κυκλικών ερωτήσεων φάνηκε ότι είναι μια παρέμβαση η οποία χρησιμοποιείται σε ψυχοθεραπείες οι οποίες έχουν θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, σε όλες τις χρονικές θεραπευτικές φάσεις, αλλά στατιστικά σημαντικά πραγματοποιούνται στη μεσαία και τη τελική φάση της θεραπείας. Το εύρημα της πραγματοποίησης κυκλικών ερωτήσεων ανεξάρτητα της θεραπευτικής έκβασης και ιδιαίτερα στις μεσαίες και τελικές χρονικές φάσεις της

θεραπείας δείχνει τη σημασία την οποία οι συστημικοί θεραπευτές δίνουν σε αυτή τη παρέμβαση.

Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο. Οι θεραπευτικές προσδοκίες των συστημικών θεραπειών από αυτή την παρέμβαση είναι πολλές και αφορούν πλευρές της θεραπευτικής διαδικασίας: την ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας (Dermot & Carr, 2001), την ανάδειξη δεδομένων τα οποία ο θεραπευτής χρειάζεται για την κατανόηση του οικογενειακού συστήματος ώστε να διαμορφώσει θεραπευτικές υποθέσεις, τον θεραπευτικό σχεδιασμό (Mauksch & Roesler, 1990), και την ανάδυση «φωνών» οι οποίες παρέμεναν ανέκφραστες. Υποτέθηκε ότι οι κυκλικές ερωτήσεις δημιουργούν δεσμούς μεταξύ τωρινών και μελλοντικών ελπίδων και περασμένων ιστοριών, κρατούν ζωντανή την τάση για διερεύνηση του θεραπευτή και βοηθούν τον θεραπευόμενο να είναι πιο διερευνητικός για τη ζωή του, εισάγουν νέες «διαφορές» και ανοίγουν χώρο για νέες συνδέσεις και τέλος αλλάζουν τις αφηγήσεις οι οποίες ηνιοχούν τα συστήματα (Hedges, 2005), τη συνδημιουργία πολλαπλών νοημάτων τα οποία συχνά επιτρέπουν την δημιουργία πολλαπλών εναλλακτικών λειτουργικών συμπεριφορών (Boscolo *et al.*, 1987; Schlippe & Schweitzer, 1996).

Το εύρημα ότι στις μεσαίες και τελικές συνεδρίες των ψυχοθεραπειών με θετική θεραπευτική έκβαση πραγματοποιήθηκε η παρέμβαση των κυκλικών ερωτήσεων στατιστικά σημαντικά λιγότερο συχνά από ό,τι στις άλλες φάσεις και μάλιστα λιγότερο συχνότερα από ότι και στις μεσαίες και τελικές όπως και τις υπόλοιπες συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση σημαίνει ότι αυτού του είδους η παρέμβαση δεν μπορεί να συνδέεται με την επιτυχή θεραπευτική έκβαση, όταν χρησιμοποιείται εντατικά στην μεσαία και τελική χρονικά θεραπευτική φάση.

Αυτό είναι απρόσμενο εύρημα και αντίθετο σε όλες τις προσδοκίες, διότι αποκλείει οποιαδήποτε σχέση των κυκλικών ερωτήσεων με την επιτυχή θεραπευτική έκβαση, αλλά και με τη βελτίωση της θεραπευτικής συνεργασίας.

Γενικά με τις κυκλικές ερωτήσεις δίνεται η δυνατότητα στους θεραπευτές να αναπτύξουν, να επιβεβαιώσουν ή να απορρίψουν τις υποθέσεις της θεραπευτικής ομάδας σχετικά με την οικογένεια και τη λειτουργία του προβλήματος. Αυτό γίνεται εφικτό, διότι με την παρέμβαση αυτή αναδεικνύονται εύκολα και σύντομα δεδομένα τα οποία είναι απαραίτητα για τον σχηματισμό των θεραπευτικών υποθέσεων και του θεραπευτικού σχεδιασμού. Αυτού του είδους οι ερωτήσεις επιτρέπουν σε θεραπευτές, πάσχοντες και τις οικογένειες να κατανοήσουν διαφορές και ομοιότητες στα ερμηνευτικά μοντέλα τους, γεγονός που διευκολύνει τη διαπραγμάτευση ενός

ικανοποιητικού θεραπευτικού σχεδίου (Mauksch & Roesler, 1990). Τέτοια δεδομένα είναι οι προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές και πολιτιστικές πεποιθήσεις του θεραπευομένου σχετικά με θέματα υγείας ή της ασθένειάς του και της αιτιολογίας της, της πορείας της, η αποσαφήνιση των συγκεχυμένων ιδεών (Mauksch & Roesler, 1990) και τέλος και ίσως το σημαντικότερο, η σύνδεση όλων αυτών των πληροφοριών με τα άλλα μέλη του οικογενειακού συστήματος (Hedges, 2005), όπως και ο ορισμός των συμπτωματικών συμπεριφορών ως σχετικών με τις συμπεριφορές των υπόλοιπων μελών του συστήματος (Boscolo *et al.*, 1987; Schlippe & Schweitzer, 1996). Μέχρι τώρα είναι γνωστό ότι με την πραγματοποίηση κυκλικών ερωτήσεων βελτιώνεται η θεραπευτική συμμαχία. Οι κυκλικές ερωτήσεις οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας σε όλες τις μετρήσεις εν συγκρίσει με τις γραμμικές ερωτήσεις (Dermot & Carr, 2001). Σε παρόμοια συμπεράσματα έχουν καταλήξει σε προγενέστερες έρευνες και οι Dozier, Hicks, Cornille και Peterson (1998) και οι Conoley και Scheel (1998). Αν και ο στόχος των κυκλικών ερωτήσεων δεν είναι η δημιουργία ή η ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας οι έρευνες έδειξαν ότι το επιτυγχάνουν ως ένα προγραμματιστό αλλά επιθυμητό αποτέλεσμα.

Με τα ευρήματα της παρούσης έρευνας δεν μπορεί να υποστηριχθεί τίποτα από τα αναφερθέντα τουλάχιστον όσον αφορά τη ΣΣΟΨ. Εδώ φαίνεται ότι αυτές οι παρεμβάσεις είναι περισσότερο χρήσιμες όταν πραγματοποιούνται σε πολύ μικρό αριθμό στις μεσαίες και τελικές συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση. Πιθανόν αυτό συμβαίνει, διότι με τη μειωμένη πραγματοποίηση των κυκλικών ερωτήσεων σε αυτές τις χρονικές φάσεις δεν αυξάνεται η εντός συστήματος πληροφορία έντονα έτσι προλαβαίνει να αφομοιωθεί η πληροφορία. Με συνακόλουθο θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Αντίθετα το εύρημα ότι στις μεσαίες και τελικές συνεδρίες των ψυχοθεραπειών με μη θετική θεραπευτική έκβαση πραγματοποιήθηκε η παρέμβαση των κυκλικών ερωτήσεων στατιστικά σημαντικά συχνότερα από ό,τι στις άλλες φάσεις και μάλιστα συχνότερα από ό,τι στις μεσαίες και τελικές όπως και τις υπόλοιπες συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση σημαίνει ό,τι αυτού του είδους η παρέμβαση δεν συνδέεται με την επιτυχή θεραπευτική έκβαση, όταν χρησιμοποιείται εντατικά στην μεσαία και τελική χρονικά θεραπευτική φάση.

Αυτό πιθανόν συμβαίνει, διότι η αυξημένη πραγματοποίηση των κυκλικών ερωτήσεων σε αυτές τις χρονικές φάσεις αυξάνει υπερβολικά τις εντός συστήματος πληροφορίες ούτως ώστε να μην είναι δυνατόν να αφομοιωθούν και μετατρέπονται

σε πληροφορικό «θόρυβο» (Schlippe & Schweitzer, 1996) με συνέπεια αντί να έχουν θετικό θεραπευτικό αντίκτυπο προκαλούν σύγχυση και μη θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα.

Οι κυκλικές ερωτήσεις δεν έχουν μελετηθεί μέχρι τώρα σχετικά με άλλα σημαντικά ενδοσυνεδριακά φαινόμενα ή τη θεραπευτική έκβαση.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης ότι η αυξημένη χρήση των κυκλικών ερωτήσεων στις μεσαίες και τελικές συνεδρίες της ΣΣΟΨ συνδέεται με μη θετική θεραπευτική έκβαση και αντίθετα η μειωμένη πραγματοποίηση τους σε μεσαίες και τελικές συνεδρίες με την επιτυχή θεραπευτική έκβαση μπορεί να φανεί χρήσιμο στον τρόπο με τον οποίο στη ΣΣΟΨ γίνονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στην ψυχοθεραπευτική πρακτική οι θεραπευτές μπορούν να επιχειρούν λιγότερο συχνά αυτού του είδους τις ερωτήσεις στις μεσαίες και τελικές συνεδρίες λαμβάνοντας υπόψιν τον περιορισμό ότι η υπερβολική έκθεση της οικογένειας σε αυτού του είδους τις ερωτήσεις μπορεί, αντί να βοηθήσει στη σύνδεση των πληροφοριών και το ξεκαθάρισμα των πεποιθήσεων να προκαλέσει σύγχυση και πληροφοριακό χάος στο σύστημα με αντιθεραπευτικά αποτελέσματα (Schlippe & Schweitzer, 1996; Jonas, 1993). Δεδομένης της έλλειψης ερευνών σχετικά με τις κυκλικές ερωτήσεις οποιοδήποτε εύρημα, όπως τα αναφερόμενα σε αυτή τη μελέτη θα συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της θεραπευτικής αξίας αυτής της παρέμβασης.

Το εύρημα αυτό υποβάλλει την ιδέα ότι στον χώρο της εκπαίδευσης των οικογενειακών ψυχοθεραπευτών θα είχε χρησιμότητα να δοθεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην εξοικείωση των εκπαιδευομένων με αυτή την παρέμβαση και τον ορθό τρόπο εφαρμογής της. Ένας περιορισμός αυτού του ευρήματος είναι ότι μελετήθηκε η επίδραση των κυκλικών ερωτήσεων όλων μαζί χωρίς να διαφοροποιηθεί η μελέτη της σημαντικότητας της επίδρασης ανάλογα με το είδος των κυκλικών ερωτήσεων. Σε μελλοντικές μελέτες θα ήταν χρήσιμο να μελετηθούν χωριστά οι επιπτώσεις στην έκβαση της θεραπείας κάθε είδους κυκλικών ερωτήσεων.

Η εστίαση στην ισχύ είναι μια θεραπευτική παρέμβαση η οποία μελετήθηκε σε αυτή την έρευνα. Φάνηκε ότι πραγματοποιείται αυτή η θεραπευτική παρέμβαση σε όλες τις θεραπευτικές χρονικές φάσεις, όμως πραγματοποιήθηκε στατιστικά σημαντικά περισσότερο από άλλες χρονικές φάσεις στις τελικές συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση και στις μεσαίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση.

Τα αποτελέσματα οδηγούν σε συμπεράσματα τα οποία δείχνουν να περιέχουν σημαντικές πληροφορίες για τη σχέση αυτών των παρεμβάσεων με τη θεραπευτική έκβαση.

Φαίνεται ότι οι παρεμβάσεις αυτές όταν πραγματοποιούνται με αυξημένη συχνότητα προς το χρονικό τέλος της θεραπείας δηλαδή στις τελικές συνεδρίες σχετίζονται θετικά με τη θετική θεραπευτική έκβαση. Αυτό είναι ένα συμπέρασμα το οποίο ήταν αναμενόμενο και σύμφωνο με τις εμπειρικά υποστηριγμένες απόψεις σημαντικών θεωρητικών της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας (Minuchin, & Fishman, 1981; Byng-Hall *et al.*, 1996; Carr, 2006). Πιθανόν αυτό συμβαίνει διότι σε αυτή τη χρονική φάση το οικογενειακό σύστημα είναι έτοιμο αν αφομοιώσει επ'ωφέλεια του τα αποτελέσματα αυτής της παρέμβασης.

Αντίθετα όταν πραγματοποιούνται με αυξημένη συχνότητα στο χρονικό μέσο της θεραπείας συνδέονται μόνο με ανεπιτυχή θεραπευτικά αποτελέσματα. Αυτό είναι ενδιαφέρον εύρημα το οποίο υποδυκνείει ότι η παρέμβαση αυτή πιθανόν να αποβαίνει ατελέσφορη σε αυτή τη χρονική φάση διότι το σύστημα δεν είναι έτοιμο ακόμα να αξιοποιήσει τις πληροφορίες οι οποίες προκύπτουν ίσως διότι πρέπει ακόμα να γίνουν κατανοητές οι διαδικασίες της δυσλειτουργίας πριν αφομοιώσουν πληροφορίες αλλαγής και λειτουργικότερων συμπεριφορών που προκαλεί η εστίαση στην ισχύ. Θεραπευτές υποστήριξαν ότι αυτές οι παρεμβάσεις προωθούν ένα σημαντικό θεραπευτικό στόχο, τον απεγκλωβισμό του δυναμικού κάθε μέλους χωριστά και της οικογένειας συνολικά, και ο οποίος έπρεπε να σχετίζεται με τη θετική θεραπευτική έκβαση. Σε αυτή την έρευνα βρέθηκαν συσχετισμοί της παρέμβασης αυτής με τη θεραπευτική έκβαση κυρίως στις τελικές συνεδρίες. Επίσης σε άλλες έρευνες σχετικές με την παρέμβαση αυτή οι ερευνητές (Berg & De Jong, 1996; Gingerich & Eisengart, 2000; Kim, 2006) συσχετίζουν τη θετική θεραπευτική έκβαση στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία με μερικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η διατύπωση και επιδίωξη ξεκάθαρων και πραγματοποιήσιμων στόχων, ο εντοπισμός διευκολυντικών λύσεων, η σταθερή παροχή ανατροφοδότησης σχετικά με τη θεραπευτική πρόοδο και η συνεχής έγχυση ενός αισθήματος ελπίδας και προσδοκίας για την αλλαγή και τέλος αλλά όχι τελευταία η εστίαση στην ισχύ της οικογένειας και των μελών χωριστά (Seedal, 2009). Ενώ οι Sprenkle και Blow (2007) συσχέτισαν τη θετική θεραπευτική έκβαση με άλλους ενδοσυνεδριακούς θεραπευτικούς παράγοντες, οι οποίοι δεν είναι οι

θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αυτό δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί από τα ευρήματα αυτής της έρευνας.

Η θεραπευτική παρέμβαση των αναπλαισιώσεων σε αυτή την έρευνα φάνηκε ότι εμφανίζεται ως παρέμβαση σε όλες τις χρονικές θεραπευτικές φάσεις ανεξάρτητα από την έκβαση θεραπευτική έκβαση της ψυχοθεραπείας. Αυτό το εύρημα, ότι δηλαδή πραγματοποιείται σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπείας, επιβεβαιώνει την αξία την οποία της προσδίδουν οι συστημικοί θεραπευτές. Είναι γνωστό ότι γι' αυτό την χρησιμοποιούν συχνά και σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπείας (Carr, 2000). Αξιοποιείται από πολλές συστημικές προσεγγίσεις (Κουνένου, 2010) όπως από τη συνθετική οικογενειακή συστημική (Byng-Hall *et al.*, 1996). Οι Schlippe και Schweitzer (2007/2008) υπογράμμισαν τη σημασία την οποία αποδίδουν οι συστημικοί θεραπευτές σε αυτή την παρέμβαση και τις υψηλές θεραπευτικές προσδοκίες τις οποίες διατηρούν παρά την καταφανή έλλειψη ερευνών οι οποίες να υποστηρίζουν αυτές τις προσδοκίες.

Επισημάναν ότι οι συστημικοί ψυχοθεραπευτές με αυτές τις παρεμβάσεις επιδιώκουν την αντιπαράθεση του πλαισίου μέσα στο οποίο η οικογένεια αντιλαμβάνεται το πρόβλημα με ένα διαφορετικό πλαίσιο, ένα πλαίσιο συστημικό, μέσα στο οποίο το πρόβλημα επανορίζεται ως λειτουργία της οικογενειακής δομής. Η παρέμβαση αυτή δημιουργεί εντός του συστήματος μια σημαντική διαφορά στην ως τώρα θέαση της πραγματικότητας. Η πιο σημαντική λειτουργία της είναι η διατάραξη και αναδιάταξη της μέχρι τώρα θέασης των πραγμάτων. Το αποτέλεσμα είναι τα δεδομένα της οικογενειακής αλλά και της ενδοψυχικής πραγματικότητας να γίνονται κατανοητά με διαφορετικό τρόπο ο οποίος να επιτρέπει αυτά να βιώνονται διαφορετικά σε σχέση με πριν την παρέμβαση, λιγότερο στατικά και άκαμπτα.

Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι στις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπείας το ποσοστό πραγματοποίησης αναπλαισίωσης ήταν λίγο περισσότερο αυξημένο από αυτό των συνεδριών με μη θετική θεραπευτική έκβαση. Όμως στατιστικά σημαντική διαφορά εμφάνισης αναγνωρίστηκε στις συνεδρίες οι οποίες βρίσκονταν στην αρχική, μέση και τελική χρονικά φάση της θεραπείας με θετική θεραπευτική έκβαση. Αυτό το εύρημα δείχνει ότι οι θεραπευτές από όλες τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας πραγματοποίησαν στην τελική χρονικά φάση περισσότερες παρεμβάσεις αναπλαισίωσης από ό,τι σε άλλες χρονικές φάσεις στις θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση. Η σημασία αυτού του ευρήματος μπορεί να γίνει κατανοητή, αν

συγκριθεί με το εύρημα ότι οι αναπλαισιώσεις σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση είναι στατιστικά σημαντικά λιγότερες στα αντίστοιχα χρονικά σημεία, δηλαδή στο αρχικό, μέσο και τελικό της θεραπευτικής διαδικασίας. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι σε όλες τις χρονικές φάσεις η αυξημένη πραγματοποίηση αυτών των παρεμβάσεων συνδέονται με θετική θεραπευτική έκβαση. Η μη θετική θεραπευτική έκβαση συνδέεται με στατιστικά σημαντικά λιγότερη πραγματοποίηση τους.

Φαίνεται ότι ο ρόλος της αναπλαισίωσης είναι σημαντικός και χρήσιμος σε όλες τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Αυτό το εύρημα είναι σημαντικό, διότι συνδέει την παρέμβαση της αναπλαισίωσης και τον χρόνο πραγματοποίησής της με τη θεραπευτική έκβαση.

Είναι γνωστή η σπουδαιότητα για τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία της παρέμβασης αυτής και η ισχύς όσον αφορά τη θεραπευτική αλλαγή την οποία της αποδίδουν οι συστημικοί ψυχοθεραπευτές (Schlippe & Schweitzer, 2007/2008), σε αυτή τη μελέτη φαίνεται ότι η ισχύς της επιδρά στη θεραπευτική έκβαση, σε όλες τις χρονικές φάσεις της εξέλιξης της θεραπείας στη συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Αυτό πιθανόν συμβαίνει, διότι είναι μια ισχυρή θεραπευτική παρέμβαση και η επίδραση της στο σύστημα πεποιθήσεων και κανόνων της οικογένειας έχει μόνιμα αποτελέσματα, τα οποία απεικονίζονται στη θεραπευτική έκβαση, είτε το οικογενειακό σύστημα ήδη έχει δεχτεί την επίδραση άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων και άλλων θεραπευτικών παραγόντων και έχει επεξεργασθεί και αφομοιώσει τις επιδράσεις τους, ώστε να είναι έτοιμο να αφομοιώσει θεραπευτικά και τις αναπλαισιώσεις είτε όχι. Αυτή η παρέμβαση φαίνεται να είναι ισχυρή και αυτοτελής σε σχέση με το θεραπευτικό γίνεσθαι, δηλαδή να μην εξαρτάται η δραστηριότητά της από το αν έχουν προηγηθεί ή όχι άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις λόγω του ότι δεν εξαρτάται η αποτελεσματικότητά της από την χρονική φάση πραγματοποίησής της. Προηγούμενες έρευνες έδειξαν ότι η αναπλαισίωση, όταν πραγματοποιείται στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία συνδέεται με μείωση των ψυχολογικών συμπτωμάτων (Santiago & Wadsworth, 2011), αλλά δεν έδειξαν αν το αποτέλεσμα αυτό σχετίζεται με τη χρονική φάση της θεραπευτικής διαδικασίας κατά την οποία πραγματοποιείται η παρέμβαση αυτή. Σε άλλες έρευνες η αναπλαισίωση έχει συνδεθεί με τη διάλυση συγκρουσιακών επικοινωνιακών αλληλεπιδράσεων και την αντικατάστασή τους με θετικούς ή με μη επικριτικούς τρόπους να περιγραφής των προβληματικών τους συμπεριφορών

(Morris, Alexander, & Waldron, 1990) και έχει υποστηριχθεί ότι η χρήση στην αρχική χρονικά φάση της θεραπείας, για να διακοπούν αρνητικές επικοινωνιακές αλληλουχίες αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας, είναι σημαντική για την επιτυχή έκβαση της οικογενειακής ψυχοθεραπείας (Alexander, 1988). Αυτή η μελέτη αφορούσε τη λειτουργική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, η οποία είναι παρεμφερής με τη συστημική, αλλά είναι συμπεριφορική οικογενειακή ψυχοθεραπεία (Alexander & Parsons, 1982). Σε άλλη έρευνα πάλι για τη λειτουργική οικογενειακή ψυχοθεραπεία οι Robbins, Alexander, Newell και Tuner (1996) έδειξαν ότι η παρέμβαση αυτή μειώνει την αρνητική στάση των εφήβων στη ψυχοθεραπευτική διαδικασία και την μετατρέπει σε περισσότερο θετική και υποστήριξαν ότι εμπειρικά τα αποτελέσματα αυτά γενικεύονται και στην συστημική ψυχοθεραπεία. Τα ευρήματα της παρούσης έρευνας συμπληρώνουν ένα υπάρχον ερευνητικό κενό. Μπορούν να έχουν χρησιμότητα στην ψυχοθεραπευτική πρακτική προσανατολίζοντας τους οικογενειακούς θεραπευτές σε ποια χρονική φάση να επιχειρούν αυτού του τύπου τις παρεμβάσεις.

Η θεραπευτική παρέμβαση των γενογραμματικών ερωτήσεων φάνηκε σε αυτή την έρευνα ό,τι αν και εμφανίζεται σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας και στις θεραπείες ανεξάρτητα της θεραπευτικής έκβασης, εν τούτοις μόνο στις μεσαίες συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση πραγματοποιείται στατιστικά σημαντικά συχνότερα από τις άλλες συνεδρίες αλλά και συγκριτικά με τις θεραπείες με μη θετική έκβαση.

Το εύρημα ότι η παρέμβαση αυτή πραγματοποιείται στατιστικά σημαντικά περισσότερο σε συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση είναι σημαντικό, διότι μέχρι τώρα δεν είχε συσχετισθεί ερευνητικά με τη θεραπευτική έκβαση, μολονότι θεωρητικά ήταν προβλεπόμενη μια τέτοια συσχέτιση (Kerr & Bowen, 1988; McGoldrick, Gerson, & Shellenberger, 1999). Συνήθως η κατασκευή του γενογράμματος γίνεται στην πρώτη ή τη δεύτερη θεραπευτική συνεδρία (Carr, 2006) και τότε πραγματοποιούνται πολλές γενογραμματικές ερωτήσεις, αλλά και στις μεσαίες χρονικά συνεδρίες πραγματοποιούνται συχνά τέτοιες ερωτήσεις· αυτό εξηγεί γιατί εντοπίστηκε τόσο συχνά στις μεσαίες και όχι στις αρχικές συνεδρίες.

Αλλά το ότι αυτή η αυξημένη συχνότητα πραγματοποίησης γενογραμματικών ερωτήσεων στις μεσαίες συνεδρίες συσχετίστηκε με τη θετική θεραπευτική έκβαση πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι, όπως υποστηρίζει ο Forman (2002), με αυτή την παρέμβαση υποβοηθάται η αλλαγή, διότι δίνεται η αίσθηση στα μέλη της

οικογένειας ότι έχουν κάτι από το οποίο να εκκινήσουν, δηλαδή επιτρέπει στα μέλη του οικογενειακού συστήματος να αναπτύξουν νέα κατανόηση και νέες συνδέσεις μεταξύ των πληροφοριών για τη γενογραμματική ιστορία τους οι οποίες είναι συγκεκριμένες και νεοαποκτηθείσες, και τη συμπτωματολογία τους (Jordan, 2004). Με αυτό τον τρόπο κινούνται σε αναθεώρηση του τρόπου λειτουργίας τους, αφού έχουν συγκεκριμένα θέματα με τα οποία να εκκινήσουν την εσωτερική διαπραγμάτευση. Αυτή η διεργασία πραγματοποιείται από την αρχή της θεραπευτικής διαδικασίας και επιτείνεται όπως φαίνεται από τα ευρήματα στις μεσαίες χρονικά συνεδρίες και πιθανόν αυτή η ελπιδοφόρα αλλαγή της προοπτικής (νέες συνδέσεις, νέα κατανόηση του εαυτού και του συμπτώματος μέσα στην οικογενειακή ιστορία) να επιδρά στο τελικό αποτέλεσμα.

Η συχνότερη χρήση γενογραμματικών ερωτήσεων στις μεσαίες συνεδρίες πιθανόν να συνδέεται με τη θετική θεραπευτική έκβαση. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι συνδέσεις οι οποίες παράγονται μεταξύ των δεδομένων της οικογενειακής ιστορίας, των διαγενεακών μοτίβων συμπεριφοράς και των συμπτωμάτων λειτουργούν (McIlvain, Crabtree, Medder, Stange, & Miller, 1998) ως μια ισχυρή θεραπευτικά ευρεία αναπλαισίωση (Kuehl, Barnard, & Nelson, 1998), η οποία επειδή πραγματοποιείται χρονικά προς στο μέσον της θεραπείας έχει ευεργετικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Όπως φάνηκε στην έρευνα αυτή, όταν οι αναπλαισιώσεις πραγματοποιούνται και σε αυτή τη χρονική φάση της θεραπείας, σχετίζονται με τη θετική θεραπευτική έκβαση. Το εύρημα ότι στις μεσαίες συνεδρίες σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίζεται η παρέμβαση των γενογραμματικών ερωτήσεων στατιστικά σημαντικά λιγότερο σε σχέση με άλλες χρονικές φάσεις αλλά και σε σχέση με τις μεσαίες συνεδρίες των θεραπειών οι οποίες είχαν θετική θεραπευτική έκβαση πιθανόν σημαίνει ότι αυτή η χρονική φάση είναι μια φάση επεξεργασίας, «εμβάθυνσης» στις πληροφορίες, οι οποίες ήδη υπάρχουν, και αφομοίωσης των πληροφοριών, οι οποίες έχουν προκύψει. Γιαυτό το λόγο δεν είναι καλή τακτική η ποσοτική μείωση τέτοιων παρεμβάσεων, ώστε να εμπλουτισθεί αυτή η διεργασία του συστήματος με τη αύξηση τέτοιου είδους πληροφοριών οι οποίες συνδέουν με το παρελθόν.

Ήδη από το 2002 οι Foster, Jurkovic, Ferdinand και Meadows (2002) υποστήριξαν ότι παρά την εκτεταμένη θεραπευτική χρήση των γενογραμματικών ερωτήσεων στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία και ειδικότερα στη συστημική αλλά και στην εκπαίδευση των συστημικών οικογενειακών ψυχοθεραπευτών ελάχιστες έρευνες έχουν

πραγματοποιηθεί, για να μελετηθούν οι παρεμβάσεις αυτές, και συνεπώς λίγα είναι γνωστά για τα άμεσα και έμμεσα θεραπευτικά τους αποτελέσματα. Μέχρι σήμερα εξακολουθεί η ύπαρξη μειωμένου ερευνητικού ενδιαφέροντος, ίσως λόγω της πολυπλοκότητας στη συλλογή και ερμηνεία των δεδομένων που παράγονται από τα γενογράμματα και τις γενογραμματικές ερωτήσεις. Οι παρεμβάσεις αυτές σε οικογενειακές ψυχοθεραπείες, όχι απαραίτητα μόνο συστημικού τύπου, έχει υποστηριχθεί ότι επηρεάζουν θετικά στη δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας (Erlanger, 1991; Miehl, 1992; Kuehl, 1995; Ivey & Simek-Morgan, 1996; Braverman, 1997) αν και σχετικά πρόσφατη έρευνα των Coupland και Serovich (1999) δεν επιβεβαίωσε τέτοια συσχέτιση. Βέβαια, όπως τονίζουν οι ερευνητές, αυτό το αποτέλεσμα γίνεται δεκτό με επιφυλάξεις λόγω του περιορισμένου δείγματος στο οποίο έγιναν οι στατιστικοί υπολογισμοί. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν συσχετισθεί με αυξημένο αριθμό πληροφοριών οι οποίες κατά την συνεδρία παρέχονται από τα μέλη της οικογένειας, όταν πραγματοποιούνται τέτοιες ερωτήσεις (Rodgers & Durkin, 1984), και έχουν συσχετισθεί με τη σύνδεση πληροφοριών οι οποίες προκύπτουν από αυτές τις ερωτήσεις με πιθανά προβλήματα υγείας και ψυχολογικά συμπτώματα (Crouch & McCauley, 1986; Blossom, 1991; Jordan, 2004). Σε πρόσφατη έρευνα των Weiss, Coll, Gerbauer, Smiley και Carillo, (2010) βρέθηκε ότι οι παρεμβάσεις αυτές συντελούν στη ενίσχυση της ανθεκτικότητας των μελών της οικογένειας.

Η σύνδεση της χρήσης των γενογραμματικών ερωτήσεων στην μεσαία χρονικά φάση της ψυχοθεραπείας στη συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία με την επιτυχή θεραπευτική έκβαση είναι νέο εύρημα και προσθέτει στην πενιχρή βιβλιογραφία. Αυτό το εύρημα είναι χρήσιμο για την ψυχοθεραπεία, διότι υποδεικνύει ότι, αν οι θεραπευτές προτιμήσουν την αυξημένη ποσοτικά χρήση τέτοιου τύπου ερωτήσεων και γενικότερα την πραγματοποίηση αυτής της παρέμβασης στις χρονικά μεσαίες ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, μπορεί να αυξήσουν τις πιθανότητες για θεραπευτική αλλαγή η οποία θα σχετίζεται τελικά και με θετική θεραπευτική έκβαση. Για την εκπαίδευση των ψυχοθεραπευτών υποδεικνύει τη σημασία του να περιλαμβάνεται στα εκπαιδευτικά προγράμματα και η εκπαίδευση στη χρήση των γενογραμμάτων και των γενογραμματικών ερωτήσεων. Στον χώρο της έρευνας επιβεβαιώνει αυτό το οποίο οι συστημικοί θεραπευτές υποστήριζαν πάντοτε βάση κλινικών παρατηρήσεων, ότι οι παρεμβάσεις αυτές είναι θεραπευτικά σημαντικές.

Ένας περιορισμός αφορά τη γενίκευση των συνεπειών αυτού του ευρήματος σε όλες τις προσεγγίσεις της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας. Επειδή η έρευνα έχει πραγματοποιηθεί σε συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία, τίθεται το ερώτημα αν μπορεί να γενικευθούν τα συμπεράσματα για άλλες συστημικές προσεγγίσεις. Η απάντηση είναι ότι μπορούν να γενικευθούν ανεπιφύλακτα σε προσεγγίσεις οι οποίες είναι θεωρητικά κοντά στην Α΄ Κυβερνητική και ότι είναι ενδεχομένως γενικεύσιμα σε αυτές οι οποίες είναι θεωρητικά κοντά στην Β΄ Κυβερνητική.

Αυτό είναι δυνατόν διότι η ΣΣΟΨ είναι προϊόν σύνθεσης όλων των πρωτοκυβερνητικών προσεγγίσεων με σεβασμό στις αρχές της θεωρίας των συστημάτων και των αξιωμάτων της επικοινωνίας και κατά συνέπεια στο συστημικό σκέπτεσθαι και επομένως δεν υπάρχει πρόβλημα για τη γενίκευση των συμπερασμάτων σε αυτές, ενώ δεν έχει ενσωματώσει ακόμα αρκετά καλά τις θεραπευτικές επιπτώσεις της Β΄ Κυβερνητικής.

Θα μπορούσαν μελλοντικά να σχεδιαστούν έρευνες σε δευτεροκυβερνητικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για να μελετηθεί η συμπεριφορά των γενογραμματικών παρεμβάσεων στην θεραπευτική έκβαση.

Συνοπτικά σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα μπορεί να ειπωθεί ότι στη ΣΣΟΨ οι θεραπευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται σε όλη τη χρονική έκταση της θεραπείας και σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη θεραπευτική έκβαση. Αλλά το ποσοστό εμφάνισης σε διάφορες χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας και η επίδραση της εμφάνισής τους στη θεραπευτική έκβαση διαφέρει ανάλογα με το είδος της παρέμβασης. Αναλυτικότερα, η παρέμβαση ενίσχυσης του θεραπευτικού δεσμού μπορεί να συνδεθεί με την άμεση πρόκληση θετικής θεραπευτικής έκβασης, και μπορεί να σχετισθεί με τη συγκράτηση της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία, ώστε να της δοθούν στη χρονική εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας ευκαιρίες για θεραπευτική αλλαγή. Η παρέμβαση των κυκλικών ερωτήσεων, δεν συνδέεται με την επιτυχή θεραπευτική έκβαση. Η παρέμβαση της αναπλαισίωσης /θετικής σημασιολόγησης, όταν πραγματοποιείται σε οποιαδήποτε χρονική φάση της ψυχοθεραπείας, συνδέεται με θετική θεραπευτική έκβαση. Η θεραπευτική παρέμβαση των γενογραμματικών ερωτήσεων πραγματοποιείται στατιστικά σημαντικά περισσότερο σε συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση ιδιαίτερα όταν πραγματοποιείται στο χρονικό μέσο της ψυχοθεραπείας και η επίδραση της εστίασης στην ισχύ σχετίζεται με θετική

θεραπευτική έκβαση ή διευκόλυνση της θεραπείας όταν πραγματοποιείται κοντά στο χρονικό τέλος της ψυχοθεραπείας.

*Οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και εμφάνιση τους στις
ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες της ΣΣΟΨ*

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε την αναγνώριση του είδους των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών οι οποίες εμφανίζονται ανάλογα με τη χρονική φάση της θεραπείας σε θεραπείες με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση και τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης της εμφάνισής τους με τη θεραπευτική έκβαση και τη χρονική φάση της θεραπείας.

Αναφορικά με το πρώτο σκέλος αυτού του ερωτήματος οι αναλύσεις επιβεβαίωσαν την εντονότερη εμφάνιση μερικών σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, την ασθενέστερη μερικών άλλων και την πλήρη έλλειψη παρουσίας μερικών άλλων. Επίσης φάνηκε ότι υπάρχει διαφοροποίηση ως προς τη συχνότητα εμφάνισης για κάθε κατηγορία σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών ανάλογα με τη θεραπευτική έκβαση και τη χρονική φάση της ψυχοθεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο συνολικός αριθμός εμφάνισης των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών σε οποιαδήποτε χρονική φάση της ψυχοθεραπείας και ανεξάρτητα από τη θεραπευτική έκβαση ήταν αρκετά χαμηλότερος από αυτόν ο οποίος συνήθως αναγνωρίζεται σε άλλου είδους ψυχοθεραπείες. Εξαίρεση αποτελεί η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» η οποία αναγνωρίστηκε τόσο συχνά όσο και σε άλλου είδους ψυχοθεραπείες.

Η αποκάλυψη σημαντικού υλικού στις συνεδρίες ΣΣΟΨ

Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» είναι η κατηγορία η οποία συναντάται πολύ συχνότερα σε σχέση με όλες τις άλλες. Σε απόλυτους αριθμούς συναντάται δέκα φορές περισσότερο από όσο όλες οι άλλες μαζί. Και από το σύνολο των δηλώσεων οι οποίες αξιολογήθηκαν αναγνωρίζεται ως αποκάλυψη σημαντικού υλικού το 9,7% στις συνεδρίες των θεραπειών με θετική έκβαση και το 3,6% στις θεραπείες με μη θετική έκβαση. Οι κατηγορίες «εκφραστική επικοινωνία» και «μείωση συμπτωμάτων» έχουν μια μικρή αριθμητική εκπροσώπηση (πίνακας 11), ενώ αναγνωρίστηκαν σε λιγότερες από 20 συνολικά δηλώσεις οι κατηγορίες «περιγραφή και εξερεύνηση συναισθημάτων» «έκφραση συναισθήματος

σε προσωπικές στιγμές», «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά», (πίνακας 11) και σε λιγότερες από 6 δηλώσεις οι κατηγορίες «έκφραση συναισθήματος στον θεραπευτή» και «καλή λειτουργία της θεραπευτικής σχέσης». Οι άλλες σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές δεν εντοπίστηκαν καμιά φορά. Ο συνολικός αριθμός των δηλώσεων οι οποίες αναγνωρίστηκαν ως σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές (ΣΕΣ) σε θεραπείες με θετική και μη θετική έκβαση μαζί ήταν το 7,4% του συνόλου των δηλώσεων.

Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η αποκάλυψη σημαντικού υλικού είναι η σημαντικότερη ενδοσυνεδριακή στιγμή για τη ΣΣΟΨ και ότι έπονται με μικρότερη σημασία οι κατηγορίες «εκφραστική επικοινωνία» και «μείωση συμπτωμάτων». Αυτά τα ευρήματα είναι σημαντικά, διότι επιτρέπουν καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο εκδηλώνεται το φαινόμενο των ενδοσυνεδριακών στιγμών στη ΣΣΟΨ.

Το εύρημα ότι ο συνολικός αριθμός εμφάνισης των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών σε οποιαδήποτε χρονική φάση της ψυχοθεραπείας και ανεξάρτητα από τη θεραπευτική έκβαση ήταν αρκετά χαμηλότερος από αυτόν ο οποίος συνήθως αναγνωρίζεται σε άλλου είδους ψυχοθεραπείες πιθανόν να οφείλεται στο είδος των ενδοσυνεδριακών φαινομένων τα οποία θεωρήθηκαν σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και μελετήθηκαν σε αυτή την έρευνα. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι με εξαίρεση την αποκάλυψη σημαντικού υλικού οι άλλες σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές, οι οποίες έχουν ταξινομηθεί ως τέτοιες, δεν δημιουργούνται σε ικανούς αριθμούς σε αυτού του τύπου τη ψυχοθεραπεία. Μια πιθανή ερμηνεία αυτού του ευρήματος μπορεί να σχετίζεται με τη φύση της συστημικής ψυχοθεραπείας. Η συστημική ψυχοθεραπεία γενικά πυροδοτεί ενδοσυνεδριακά διαδικασίες αλλαγής του συστήματος και κατ' επέκταση των μελών του οι οποίες αρχίζουν να εκδηλώνονται ενδοσυνεδριακά, αλλά εξελίσσονται και πραγματοποιούνται κυρίως εξωσυνεδριακά στο χρονικό διάστημα μεταξύ των συνεδριών (Boscolo *et al.*, 1987; Schlippe, & Schweitzer, 2007/2008). Τα αποτελέσματά τους μερικές φορές φαίνονται αρκετό χρόνο μετά το πέρας της ψυχοθεραπευτικής συνεργασίας (Cecchin, 1994). Η έναρξη των επιπτώσεων σε κάποιο βαθμό εντοπίζεται και ενδοσυνεδριακά και γι' αυτό αναγνωρίστηκαν και σε αυτή τη μελέτη ενδοσυνεδριακά σημαντικές στιγμές, αλλά σε μικρό αριθμό και μάλιστα σε περιορισμένη ποικιλία κατηγοριών. Για παράδειγμα, υποστηρίζει από δικές του εμπειρικές παρατηρήσεις ο Cecchin (1994) ότι στιγμές ενόρασης μπορεί να υπάρχουν πολύν καιρό μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας ως

αποτέλεσμα διαφορετικών παρεμβάσεων οι οποίες πραγματοποιήθηκαν κατά τη χρονική διάρκεια της θεραπείας. Οι στιγμές ενόρασης είναι μια κατηγορία σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών η οποία στη μελέτη αυτή δεν εντοπίστηκε ούτε μία φορά, όμως δεν αποκλείεται βάσει του σκεπτικού του Cecchin (1994) να υπάρχει εξωσυνεδριακά. Αυτά είναι δεδομένα στα οποία με τη μέθοδο έρευνας αυτής της μελέτης δεν υπάρχει πρόσβαση. Η έρευνα των Santos, Goncalves, Matos και Salvatore (2009) αφορά την αφηγηματική οικογενειακή ψυχοθεραπεία και από αυτή την έρευνα μόνο έμμεσα επιβεβαιώνεται ότι σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση στις τελικές συνεδρίες οι οικογένειες με υψηλότερο ποσοστό κατανόησης του εαυτού τους με ένα νέο πιο λειτουργικό τρόπο πραγματοποιούν αλλαγές στη στάση τους και τις συμπεριφορές τους οι οποίες είναι θεραπευτικά θετικές· αυτά τα ευρήματα παραπέμπουν σε σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές όπως τις κατηγορίες «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά», «μείωση συμπτωμάτων» και «αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό τους»

Άλλες έρευνες οι οποίες να έχουν μελετήσει συστηματικά την εμφάνιση και την ποσότητα των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία δεν υπάρχουν. Αλλά από μελέτες του φαινομένου σε μια σειρά ερευνών οι οποίες αφορούσαν άλλου τύπου ψυχοθεραπείες (Mahrer *et al.*, 1988; Mahrer *et al.*, 1990; Boulet, Souliere, & Sterner 1993; Stalikas *et al.*, 1997), φάνηκε ότι στη λογικοθυμική ψυχοθεραπεία, στην πελατοκεντρική, τη βιωματική και στη μορφολογική ο αριθμός των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών (ΣΕΣ) συνολικά σε όλες τις κατηγορίες ανέρχεται είναι μεγαλύτερος από αυτόν που βρέθηκε σε αυτή την έρευνα για την ΣΣΟΨ.

Βέβαια σε όλες τις αναφερθείσες έρευνες τα δείγματα ήταν πολύ μικρότερα από το δείγμα της παρούσης μελέτης, αλλά είχαν καλή αντιπροσωπευτικότητα.

Το εύρημα του περιορισμένου αριθμού σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών στη ΣΣΟΨ και η αξιοποιησιμότητά του στην εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία, την έρευνα στην ψυχοθεραπεία, στην ψυχοθεραπεία και τη συστημική θεωρία θα συζητηθεί στη συνέχεια της μελέτης, όταν θα έχουν συζητηθεί αναλυτικότερα και άλλες πτυχές του ερευνητικού ερωτήματος, ώστε να εξαχθούν πληρέστερα, αναλυτικότερα και ακριβέστερα συμπεράσματα.

Αναλυτικότερα, η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» είναι η κατηγορία η οποία συναντάται πολύ συχνότερα σε σχέση με όλες τις άλλες ενδοσυνεδριακές στιγμές στις συνεδρίες της ΣΣΟΨ. Η κατηγορία αυτή αποτελεί το 95,73% συνόλου

των ΣΕΣ οι οποίες αναγνωρίστηκαν στις συνεδρίες του δείγματος. Εμφανίσθηκε στατιστικά σημαντικά περισσότερο στις συνεδρίες με θετική έκβαση, ενώ στις συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίσθηκε στατιστικά σημαντικά λιγότερο. Σε όλες τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας εμφανίσθηκε σε μεγάλους αριθμούς, στατιστικά σημαντικά περισσότερο εμφανίσθηκε στις αρχικές συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση και στις μεσαίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση, ενώ στις αρχικές με μη θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίσθηκε στατιστικά σημαντικά λιγότερο από τις άλλες χρονικές φάσεις. Αυτά τα ευρήματα είναι σημαντικά, διότι περιγράφουν επαρκώς τα χαρακτηριστικά της εμφάνισης αυτής της κατηγορίας στη ΣΣΟΨ.

Η κατηγορία αυτή είναι αναμενόμενο να εμφανίζεται σε μεγάλους αριθμούς σχετικά και σε όλες τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας, διότι στη ΣΣΟΨ οι θεραπευτές με διαφορετικές παρεμβάσεις επιδιώκουν αυτό το αποτέλεσμα. Η ανάδειξη σημαντικών πληροφοριών για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους του οικογενειακού συστήματος είναι η πληροφοριακή βάση στην οποία θα στηριχθούν οι θεραπευτικές υποθέσεις οι οποίες αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο της συστημικής ψυχοθεραπείας.

Το εύρημα ότι εμφανίζονται συστηματικά περισσότερες στις συνεδρίες των ψυχοθεραπειών με θετική θεραπευτική έκβαση από όσες με μη θετική θεραπευτική έκβαση πιθανόν να οφείλεται στην επίδραση αυτού του παράγοντα στη θεραπευτική έκβαση. Η αυξημένη εμφάνιση της κατηγορίας αυτής λειτουργεί ως παράγοντας ευεργετικός για τη θεραπευτική έκβαση. Αντίθετα, η μειωμένη εμφάνισή της γενικά στις συνεδρίες είναι ένδειξη ότι δεν ευοδώνεται η θεραπευτική διεργασία σε αυτή την οικογένεια.

Το εύρημα ότι εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά περισσότερο στις αρχικές συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση από τις υπόλοιπες συνεδρίες και λιγότερο συχνά στατιστικά σημαντικά στις αρχικές με μη θετική έκβαση, ενώ εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά περισσότερο στις μεσαίες συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση από ό,τι σε άλλες συνεδρίες πιθανόν να οφείλεται στη θεραπευτική δυναμική του συστήματος. Οι οικογένειες οι οποίες νωρίς χρονικά στη θεραπεία δεσμεύονται και αποκαλύπτουν κλινικά σημαντικές πληροφορίες διαθέτουν μια δυναμική η οποία είναι βοηθητική για τη θετική θεραπευτική έκβαση, ενώ οι οικογένειες οι οποίες αργούν να δώσουν τέτοιες σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και τις δίνουν εντονότερα περί το χρονικό μέσον της ψυχοθεραπείας δείχνουν ότι δεν διαθέτουν τέτοια ευεργετική δυναμική για τη θετική θεραπευτική έκβαση.

Αυτά τα ευρήματα είναι μοναδικά για την ΣΣΟΨ διότι άλλες έρευνες γι' αυτό το φαινόμενο στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία οποιουδήποτε τύπου δεν υπάρχουν. Όμως τα ευρήματα αυτά μπορούν να συγκριθούν με αντίστοιχα ευρήματα σε έρευνες οι οποίες μελέτησαν την εμφάνιση και τη σχέση της αποκάλυψης σημαντικού υλικού με άλλους ψυχοθεραπευτικούς τύπους (Mahrer, 1988; Mahrer *et al.*, 1990; Stalikas *et al.*, 1997). Ο Mahrer (1988) υποστήριξε ότι σε όλους τους τύπους ψυχοθεραπείας αυτή η κατηγορία έχει μεγάλο ποσοστό εμφάνισης, διότι οι ψυχοθεραπευτές έχουν μοναδικούς τρόπους να προκαλούν την ανάδυση τέτοιου υλικού από τους θεραπευόμενους. Αυτό φαίνεται να ισχύει και για τη συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Συνέδεσε επίσης την εμφάνισή της με τη διευκόλυνση της θεραπευτικής αλλαγής. Οι Mahrer και συν. (1988) βρήκαν ότι στη λογικοθυμική ψυχοθεραπεία αυτή η κατηγορία εμφανίζεται σε μεγάλα ποσοστά. Οι Stalikas και συν. (1997) βρήκαν ότι η κατηγορία αποκάλυψης σημαντικού υλικού στη βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία αποτελεί τον κύριο όγκο σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών οι οποίες αναγνωρίστηκαν στην έρευνά τους. Επίσης συνέδεσαν την εμφάνισή της με τη θεραπευτική αλλαγή σε αυτού του τύπου την ψυχοθεραπεία. Οι Mahrer και συν. (1990) αναφέρουν ανάλογα ευρήματα για την πελατοκεντρική ψυχοθεραπεία και την λογικοθυμική, τα οποία επιβεβαιώνουν σε έρευνά τους οι Fitzpatrick και συν. (1999). Τα ευρήματα τα οποία αφορούν όλες τις άλλες ψυχοθεραπείες συμφωνούν με το εύρημα της παρούσης μελέτης για τη ΣΣΟΨ σχετικά με το υψηλό ποσοστό εμφάνισης της κατηγορίας αυτής και της σύνδεσής της με τη θεραπευτική έκβαση.

Η εμφάνιση της κατηγορίας αυτής και στην παρούσα μελέτη συνδέθηκε με τη διευκόλυνση της θετικής θεραπευτικής έκβασης επιβεβαιώνοντας αυτή τη σύνδεση και για τη ΣΣΟΨ. Στις έρευνες οι οποίες αναφέρθηκαν έλειπε η σύνδεση της εμφάνισης της κατηγορίας αυτής με τη χρονική εξέλιξη της ψυχοθεραπείας. Σε αυτή τη μελέτη βρέθηκε η σύνδεση και παρουσιάστηκε, φανερώνοντας ότι στη ΣΣΟΨ η εμφάνιση στις αρχικές συνεδρίες έχει ιδιαίτερα θετική σημασία για τη θετική θεραπευτική έκβαση ενώ η έντονη, εμφάνιση αργότερα χρονικά δεν είναι θετική ένδειξη.

Τα ευρήματα αυτά μπορεί να φανούν χρήσιμα για την ψυχοθεραπεία. Οι ψυχοθεραπευτές θα πρέπει να φροντίζουν να πραγματοποιούν παρεμβάσεις και να δημιουργούν το κλίμα της συνεδρίας κατάλληλο από τις αρχικές συνεδρίες, ώστε να εξασφαλίσουν ότι η οικογένεια θα δημιουργήσει αυτού του είδους τη σημαντικά

ενδοσυνεδριακή στιγμή έγκαιρα. Από αυτή τη μελέτη το «έγκαιρα» φαίνεται ότι είναι οι αρχικές συνεδρίες. Για θεραπευτικούς σκοπούς φαίνεται ότι είναι χρήσιμη η εκπαίδευση των συστημικών οικογενειακών ψυχοθεραπευτών σε δεξιότητες και παρεμβάσεις οι οποίες εξασφαλίζουν αυτή την κατηγορία ΣΕΣ. Για τη μελέτη της θεραπευτικής διαδικασίας τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν και για τη ΣΣΟΨ όσα ήταν γνωστά για άλλες ψυχοθεραπείες αλλά και επεκτείνουν τη γνώση της συμπεριφοράς αυτής της κατηγορίας σε διάφορες χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας.

Η εκφραστική επικοινωνία στις συνεδρίες ΣΣΟΨ

Η «εκφραστική επικοινωνία» βρέθηκε η δεύτερη πολυπληθέστερη κατηγορία ΣΕΣ μετά την αποκάλυψη σημαντικού υλικού. Το ποσοστό της ανέρχεται στο 0,7% του συνόλου των δηλώσεων για τις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση και 0,9% για τις θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση και 10,93% του συνόλου των ΣΕΣ σε συνεδρίες με θετική και μη θετική έκβαση. Αυτό το ποσοστό της απέχει πολύ από το μέγεθος του ποσοστού της προηγούμενης κατηγορίας, αλλά είναι το δεύτερο μεγαλύτερο. Από την επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων δεν επιβεβαιώθηκε γενικά η σχέση της με τη θεραπευτική έκβαση παρά μόνο η σχέση της με συγκεκριμένες χρονικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας. Αυτό το οποίο αναμενόταν ήταν η σύνδεση αυτής της κατηγορίας με τη θετική θεραπευτική έκβαση. Αυτό δεν επιβεβαιώθηκε για όλες τις χρονικές φάσεις, παρά μόνο για την αρχική. Αντίθετα συνδέθηκε η συχνότερη εμφάνισή της με τις μεσαίες και τις τελικές συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση, όπου εμφανίστηκε στατιστικά σημαντικά πιο συχνά από τις άλλες χρονικές φάσεις και εμφανίστηκε στατιστικά σημαντικά περισσότερο στις αρχικές συνεδρίες, σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση, από ό,τι σε άλλες χρονικές φάσεις. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η εμφάνιση στις θεραπευτικές συνεδρίες της κατηγορίας «εκφραστική επικοινωνία» από μόνη της δεν είναι θεραπευτική.

Αυτά τα ευρήματα είναι σημαντικά, διότι περιγράφουν επαρκώς τα μη αναμενόμενα χαρακτηριστικά της εμφάνισης αυτής της κατηγορίας στη ΣΣΟΨ. Μία πιθανή εξήγηση για το σχετικά μικρό ποσοστό εμφάνισής της είναι ότι στις θεραπευτικές συνεδρίες της ΣΣΟΨ δεν αναπτύσσεται η εσωτερική ψυχολογική διερεύνηση και έτσι η εκφραστική επικοινωνία η οποία προϋποθέτει μια τέτοια διάθεση από τον ομιλητή

δεν αναπτύσσεται συχνότερα. Το εύρημα της μη επιβεβαίωσης σύνδεσής της με τη θεραπευτική έκβαση πέραν της αρχικής χρονικής φάσης, μας εξέπληξε, και μάλιστα η σύνδεση της συχνότερης εμφάνισης της με συνεδρίες χρονικά μεσαίες και τελικές με μη θετική θεραπευτική έκβαση πιθανόν να οφείλεται στη φύση της ΣΣΟΨ. Σε αυτή τη θεραπεία οι αλλαγές και η συνακόλουθη θετική θεραπευτική έκβαση δεν συνοδεύονται τόσο από εκδραματίσεις και έντονες περιγραφές όσο από συμπεριφορικές αλλαγές οι οποίες συχνότερα συμβαίνουν εξωσυνεδριακά. Αντίθετα φαίνεται ότι η εκφραστική επικοινωνία είναι πιο έντονη, όταν η θεραπευτική πορεία δεν είναι τόσο ευνοϊκή για την έκβαση ίσως διότι η οικογένεια περιορίζεται σε έντονες και φορτισμένες συναισθηματικά λεκτικές εκφράσεις και όχι σε πρακτικές αλλαγές στην πραγματική ζωή της. Ένα ακόμα ενδεχόμενο το οποίο μπορεί να εξηγήσει αυτό το εύρημα είναι ότι η εκφραστική επικοινωνία η οποία μετρήθηκε είναι όλων των μελών του συστήματος και όχι μόνο του φέροντος τα συμπτώματα. Μπορεί η εκφραστικότητα των υπολοίπων μελών της οικογένειας ενδοσυνεδριακά να λειτουργεί ανασταλτικά για τη θεραπεία του μέλους το οποίο φέρει τα συμπτώματα, για παράδειγμα μια εκφραστική μητέρα μπορεί ακριβώς λόγω της εκφραστικότητας με την οποία περιγράφει κάτι, το οποίο εκλαμβάνεται αρνητικά από τον υποδεικνυόμενο ασθενή και έτσι να λειτουργεί αντιθεραπευτικά γιαυτόν, ενώ καταμετρήθηκε ως ΣΕΣ στην έρευνα αυτή. Το εύρημα ότι στις αρχικές συνεδρίες η αυξημένη εμφάνιση της κατηγορίας αυτής σχετίζεται με τη θετική έκβαση μπορεί να συνδέεται με την αυξημένη προσδοκία και κινητικότητα της οικογένειας για θετική θεραπευτική έκβαση η οποία υπάρχει ήδη ή προκαλείται από πρώιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως αυτές οι οποίες ήδη έχουν αναφερθεί στα ευρήματα αυτής της μελέτης.

Άλλες έρευνες οι οποίες να μελέτησαν αυτή την κατηγορία σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών στη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία δεν υπάρχουν. Η κατηγορία «εκφραστική επικοινωνία» έχει μελετηθεί σε άλλου τύπου ψυχοθεραπείες.

Οι Mahrer και συν. (1988) αναφέρουν ότι στην λογικοθυμική ψυχοθεραπεία εντόπισαν την κατηγορία αυτή ως μια από τις όχι συχνά αναγνωρίσιμες μεταξύ των ΣΕΣ οι οποίες εντοπίζονται σε αυτού του τύπου την ψυχοθεραπεία. Υποστήριξαν ότι αυτή η κατηγορία βοηθά την εμφάνιση άλλων συχνότερα εμφανιζόμενων, όπως η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού», και ότι αυτές οι δύο συνδέονται με τη διευκόλυνση της θεραπευτικής διαδικασίας, ώστε να υπάρξει θετική θεραπευτική

έκβαση στη λογικοθυμική ψυχοθεραπεία. Οι Mahrer και συν. (1990) επιβεβαίωσαν ότι η κατηγορία «εκφραστική επικοινωνία» αρκετά συχνά συναντάται εκτός από τη λογικοθυμική ψυχοθεραπεία και στη πελατοκεντρική όπως και στη βιωματική και προσέδωσαν στην εμφάνισή της θετική σημασία για τη θεραπευτική διαδικασία και τη θεραπευτική έκβαση κατά συνέπεια. Οι Fitzpatrick και συν.(1999) αντίθετα βρήκαν ότι η εμφάνιση της κατηγορίας «εκφραστική επικοινωνία» στη λογικοθυμική ψυχοθεραπεία και στην πελατοκεντρική υπάρχει, αλλά είναι τόσο χαμηλή, ώστε δεν μπόρεσαν να εξάγουν συμπεράσματα για τη σχέση της με τη θεραπευτική διαδικασία. Τα συμπεράσματα αυτά είναι σημαντικά, διότι η έρευνα έγινε σε ικανοποιητικό δείγμα συνεδριών και για τους δύο τύπους ψυχοθεραπείας. Μελετήθηκαν έξι συνεδρίες από κάθε θεραπευτική προσέγγιση, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από πολύ έμπειρους θεραπευτές. Στην παρούσα μελέτη η εμφάνιση της κατηγορίας αυτής είναι σχετικά συχνότερη από ό,τι βρέθηκε για άλλους τύπους ψυχοθεραπείας, αλλά δεν συνδέεται με τη θετική θεραπευτική έκβαση. Αυτό το εύρημα μπορεί να είναι χρήσιμο για την ψυχοθεραπεία. Είναι μια σημαντική ενδοσυνεδριακή στιγμή η οποία στη ΣΣΟΨ δεν έχει πάντα θετική σημασία για τη θεραπευτική διαδικασία όπως αντίθετα έχει για τη λογικοθυμική και την πελατοκεντρική ψυχοθεραπεία. Είναι χρήσιμο εύρημα για την έρευνα στην ψυχοθεραπεία, αφού περιορίζει και βοηθά στην καλύτερη περιγραφή της θεραπευτικής χρησιμότητας στη ΣΣΟΨ αυτής της σημαντικής ενδοσυνεδριακής στιγμής.

Ένας περιορισμός για την ακρίβεια της ερμηνευτικής υπόθεσης ότι για το εύρημα ευθύνεται και η επίδραση των μελών τα οποία επικοινωνούν εκφραστικά στον υποδεικνυόμενο ασθενή είναι η έλλειψη δεδομένων για καταμέτρηση του ποσοστού της ΣΕΣ το οποίο οφείλεται στο κάθε μέλος χωριστά και ανάλογη στατιστική επεξεργασία.

Σε μελλοντική έρευνα θα πρέπει να μελετηθεί χωριστά η εμφάνιση στις δηλώσεις ενδοσυνεδριακά του υποδεικνυόμενου ασθενούς και των υπολοίπων μελών της οικογένειας της κατηγορίας αυτής και να πραγματοποιηθούν στατιστικές επεξεργασίες, ώστε να φανεί αν η ερμηνεία του ευρήματος σχετίζεται και με την επίδραση στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς της εκφραστικότητας άλλων μελών της οικογένειας.

Η κατηγορία ΣΕΣ «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά» σε αυτή την έρευνα αναγνωρίστηκε σε λίγες περιπτώσεις. Το ποσοστό της ανέρχεται στο 0,1% του συνόλου των δηλώσεων για τις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση και 0,1%

για τις θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση και 0,64% του συνόλου των ΣΕΣ σε συνεδρίες με θετική και μη θετική έκβαση. Αυτό το ποσοστό είναι μικρό. Από την επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων επιβεβαιώθηκε γενικά η σχέση της με τη θεραπευτική έκβαση. Αναλυτικότερα επιβεβαιώθηκε η σχέση της με την θεραπευτική έκβαση και σε συγκεκριμένη χρονική φάση της θεραπευτικής διαδικασίας. Στις μεσαίες και τελικές συνεδρίες σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίστηκε στατιστικά σημαντικά πιο συχνά από τις άλλες χρονικές φάσεις. Αν και το μικρό συνολικά ποσοστό μειώνει τη σημασία του ευρήματος, εντούτοις δεν την ακυρώνει τελείως. Είναι σημαντικό, διότι αυτή η συσχέτιση της ΣΕΣ «οι νέοι τρόποι εξωθεραπευτικά» με τη θεραπευτική έκβαση στις μεσαίες και τελικές συνεδρίες δείχνει τότε η κατηγορία αυτή είναι σημαντική για την ψυχοθεραπεία αυτή. Η κατηγορία αυτή πιθανόν σχετίζεται με τη θετική θεραπευτική έκβαση, όταν στη ΣΣΟΨ οι θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν αρχίσει να τρέπουν σε θετική θεραπευτικά κατεύθυνση τη δυναμική της οικογένειας, έτσι ώστε ο υποδεικνυόμενος ασθενής και τα άλλα μέλη της οικογένειας να μπορούν να παράγουν νέους ή λειτουργικότερους τρόπους ύπαρξης εκτός της συνεδρίας ή και να μπορούν να τους φανταστούν και να τους σχεδιάσουν ως προοπτική βίωσης στην πραγματικότητα της ζωής τους. Φαίνεται ότι στη ΣΣΟΨ η κινητοποίηση του θεραπευτικού δυναμικού της οικογένειας είναι ευνοϊκότερη για τη θετική τελική θεραπευτική έκβαση. Ανάλογες έρευνες και ευρήματα δεν υπάρχουν για τη συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία γενικά και ειδικότερα για τη ΣΣΟΨ. Αλλά σε άλλου τύπου ψυχοθεραπείες οι Stalikas και συν. (1997) βρήκαν ότι αυτού του είδους η ΣΕΣ αναγνωρίστηκε κυρίως σε τελικές χρονικά συνεδρίες στη βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και εδώ σε μικρό ποσοστό. Στην παρούσα μελέτη επίσης βρέθηκε να εμφανίζεται συχνότερα στις τελικές αλλά και τις μεσαίες συνεδρίες στη ΣΣΟΨ. Αυτό το εύρημα είναι χρήσιμο για την ψυχοθεραπεία, διότι υποδεικνύει ότι, όταν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, κατευθύνονται στην επίτευξη αυτής της κατηγορίας σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, αυτό μπορεί να επιδράσει ευεργετικά στη θεραπευτική διαδικασία, ώστε να αυξηθεί η πιθανότητα για θετική θεραπευτική έκβαση. Εμπλουτίζει τις πληροφορίες οι οποίες αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνεται σε διαφόρων τύπων ψυχοθεραπείες αυτή η κατηγορία ΣΕΣ.

Η έκφραση συναισθήματος σε προσωπικές στιγμές στις συνεδρίες ΣΣΟΨ

Η έκφραση συναισθήματος σε προσωπικές στιγμές σε αυτή την έρευνα αναγνωρίστηκε σε λίγες περιπτώσεις. Το ποσοστό της ανέρχεται στο 0,05% του συνόλου των δηλώσεων για τις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση και 0,2% για τις θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση και 0,47% του συνόλου των ΣΕΣ σε συνεδρίες με θετική και μη θετική έκβαση. Από την επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων δεν επιβεβαιώθηκε η σχέση της με τη θεραπευτική έκβαση, αλλά η στατιστικά σημαντικά συχνότερη εμφάνισή της σε συγκεκριμένες χρονικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας. Στην τελική χρονική φάση σε συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση συχνότερη εμφάνιση όπως αντίθετα σε τελική φάση σε συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση με στατιστικά σπανιότερη εμφάνισή της. Αν και στατιστικά βρέθηκαν συσχετίσεις, λόγω του μικρού ποσοστού δεν μπορούν να εξαχθούν έγκυρα συμπεράσματα.

Η μείωση συμπτωμάτων στις συνεδρίες ΣΣΟΨ

Η μείωση συμπτωμάτων σε αυτή την έρευνα βρέθηκε η τρίτη πολυπληθέστερη κατηγορία ΣΕΣ μετά την αποκάλυψη σημαντικού υλικού. Το ποσοστό της ανέρχεται στο 0,2% του συνόλου των δηλώσεων για τις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση και 0,1% για τις θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση και 2,89% του συνόλου των ΣΕΣ σε συνεδρίες με θετική και μη θετική έκβαση. Από την επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων επιβεβαιώθηκε γενικά η σχέση της με τη θεραπευτική έκβαση αλλά και με συγκεκριμένες χρονικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας.

Στις μεσαίες χρονικά συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση εμφανίστηκε στατιστικά σημαντικά πιο συχνά από τις άλλες χρονικές φάσεις.

Αυτά τα ευρήματα είναι σημαντικά, διότι περιγράφουν αρκετά καλά τα χαρακτηριστικά της εμφάνισης αυτής της κατηγορίας στη ΣΣΟΨ.

Η αραιότερη εμφάνισή της στις αρχικές συνεδρίες είναι αναμενόμενη, διότι σε αυτή την χρονική φάση της θεραπείας, ανεξάρτητα από την έκβαση της, δεν έχουν ακόμα φανεί τα θεραπευτικά αποτελέσματα της ΣΣΟΨ, όπως θα συμβεί χρονικά αργότερα στην ψυχοθεραπευτική πορεία. Όμως το ότι εμφανίζεται συχνότερα ήδη από το χρονικό μέσον της ψυχοθεραπείας μόνο στις συνεδρίες οι οποίες έχουν θετική θεραπευτική έκβαση σε σχέση με τις μεσαίες συνεδρίες οι οποίες δεν έχουν θετική

θεραπευτική έκβαση είναι απολύτως λογικό και αναμενόμενο και πιθανόν να αντανakλά την ευνοϊκή θεραπευτική εξέλιξη η οποία διαφαίνεται ήδη από αυτό το εύρημα. Πιθανόν να οφείλεται στο ότι οι οικογένειες οι οποίες κινούνται σε μια ευνοϊκή θεραπευτική κατεύθυνση έχουν θεραπευτικά αποτελέσματα νωρίτερα από αυτές οι οποίες δεν κινούνται προς αυτή την κατεύθυνση. Σχετικά με τη σχέση αυτής της κατηγορίας και τη θεραπευτική διαδικασία στη ΣΣΟΨ ή άλλες συστημικές ψυχοθεραπείες δεν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες. Αντίθετα αναφορικά με την κατηγορία αυτή έχουν γίνει κάποιες έρευνες σε άλλου τύπου ψυχοθεραπείας. Οι Mahrer και συν. (1988) αναφέρουν ότι στη λογικοθυμική ψυχοθεραπεία εντόπισαν την κατηγορία αυτή ως μια από τις συχνά αναγνωρίσιμες μεταξύ των ΣΕΣ οι οποίες εντοπίζονται σε αυτού του τύπου την ψυχοθεραπεία. Υποστήριξαν ότι αυτή η κατηγορία, όπως και η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού», συνδέεται με τη διευκόλυνση της θεραπευτικής διαδικασίας, ώστε να υπάρξει θετική θεραπευτική έκβαση στη λογικοθυμική ψυχοθεραπεία. Οι Stalikas και συν. (1997) επιβεβαίωσαν ότι η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων» αρκετά συχνά συναντάται εκτός από τη λογικοθυμική ψυχοθεραπεία και στη βραχεία ψυχοδυναμική προς το χρονικό τέλος της ψυχοθεραπείας και προσέδωσαν στην εμφάνισή της θετική σημασία για τη θεραπευτική διαδικασία και τη θεραπευτική έκβαση.

Αυτή η μελέτη προσθέτει στη γνώση της εμφάνισης αυτής της κατηγορίας στη ΣΣΟΨ. Ο χρόνος εμφάνισης αυτής της κατηγορίας στη ΣΣΟΨ έχει διαφορετική σημασία από τις άλλες ψυχοθεραπείες. Για τη ΣΣΟΨ έχει προγνωστική σημασία, αν εμφανίζεται ή όχι στις μεσαίες συνεδρίες και όχι στις τελικές, όπως στη βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία. Από αυτό το εύρημα υπάρχουν συνέπειες για την έρευνα στην ψυχοθεραπεία. Βρέθηκε ότι η σημασία για την ψυχοθεραπευτική διαδικασία της συχνής εμφάνισης αυτής της κατηγορίας ανάλογα με τη χρονική φάση της ψυχοθεραπείας διαφέρει μεταξύ των τύπων ψυχοθεραπείας. Το εύρημα αυτό μπορεί να χρησιμοποιείται ως ένας προγνωστικός δείκτης της θεραπευτικής έκβασης από τους ψυχοθεραπευτές. Επίσης μπορεί να παρακινήσει τους θεραπευτές της ΣΣΟΨ να λαμβάνουν σοβαρά υπόψιν τους τις αναφορές της οικογένειας για βελτίωση των συμπεριφορών στόχου και να επιδιώκουν με τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις τέτοια αποτελέσματα σχετικά γρήγορα χρονικά και να μην επαναπαύονται σε τέτοιες αναφορές από πλευράς της οικογένειας μόνο κοντά στο χρονικό τέλος της θεραπευτικής συνεργασίας.

Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να γίνουν, για να προσδιοριστεί η συχνότητα του χρόνου εμφάνισης αυτής της κατηγορίας και σε άλλου τύπου ψυχοθεραπείες, όπως και σε άλλους τύπους συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας κατά τη χρονική εξέλιξη της ψυχοθεραπείας.

Μία σημαντική πτυχή του ερωτήματος η οποία αφορούσε τον αριθμό και το είδος των ΣΕΣ οι οποίες εμφανίζονται στη ΣΣΟΨ διερευνήθηκε και βρέθηκε ότι ο αριθμός των ΣΕΣ οι οποίες εμφανίζονται με ποσοστό αξιόλογο για εξαγωγή συμπερασμάτων έγκυρων στατιστικά σημαντικά είναι μικρός. Αφορά βασικά τρεις κατηγορίες κυρίως την «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» και δευτερευόντως την «εκφραστική επικοινωνία» και τη «μείωση συμπτωμάτων». Φάνηκε ότι αυτές οι τρεις κατηγορίες, κυρίως εμφανίζονται σε διάφορες χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας ανάλογα με τη θετικότητα ή μη της θεραπευτικής έκβασης. Οι υπόλοιπες, όπως έχει παρουσιασθεί, ή εμφανίζονται σε πολύ μικρότερα ποσοστά ή και καθόλου. Μια κατηγορία ΣΕΣ η οποία δεν εμφανίζεται ούτε μία φορά σε όλο το δείγμα είναι η κατηγορία «ενόραση», η οποία σε άλλου τύπου ψυχοθεραπεία εμφανίζεται συχνά, για παράδειγμα, αναφέρουν οι Stalikas και συν. (1997), στη βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία βρέθηκε να είναι η δεύτερη συχνότερα εμφανιζόμενη κατηγορία. Αυτό το εύρημα των τριών ΣΕΣ στη ΣΣΟΨ είναι σημαντικό, διότι προσδιορίζεται με σαφήνεια ποιες σημαντικές στιγμές κυριαρχούν σε αυτού του τύπου την ψυχοθεραπεία. Αυτό έχει συνέπειες για την ψυχοθεραπεία και για την έρευνα στην θεραπευτική διαδικασία στη ψυχοθεραπεία.

Γενικά σε κάθε τύπο ψυχοθεραπείας κυριαρχούν συγκεκριμένες ΣΕΣ, οι οποίες είναι διαφορετικές για διαφορετικούς τύπους ψυχοθεραπείας. Για την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία η έρευνα των Stalikas και συν. (1997) έδειξε ότι σε αυτή την ψυχοθεραπεία οι κυριότερες ΣΕΣ είναι η «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» και η «έκφραση ενόρασης», ενώ για τη λογικοθυμική ψυχοθεραπεία οι Mahrer και συν. (1988) βρήκαν ότι οι σημαντικότερες ΣΕΣ, οι οποίες εναλλάσσονται στις διάφορες φάσεις της ψυχοθεραπείας, είναι οι «αποκάλυψη σημαντικού υλικού», «έκφραση ενόρασης», η «μείωση συμπτωμάτων», ευρήματα τα οποία επιβεβαιώνουν οι Fitzpatrick και συν. (1999), οι οποίοι βρήκαν ότι στην πελατοκεντρική ψυχοθεραπεία οι ΣΕΣ, οι οποίες επαναλαμβάνονται κυρίως, είναι οι «αποκάλυψη σημαντικού υλικού», η «έκφραση ενόρασης», «εξερεύνηση συναισθημάτων». Τέτοιες έρευνες για

την συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία και ειδικότερα για τη ΣΣΟΨ δεν υπάρχουν.

Η παρούσα έρευνα είναι η πρώτη του είδους και έδειξε την εικόνα του φαινομένου στην συστημική ψυχοθεραπεία. Μερικές από τις ΣΕΣ, οι οποίες εμφανίζονται στη ΣΣΟΨ, είναι διαφορετικές από τις άλλες ψυχοθεραπείες, όπως η κατηγορία «εκφραστική επικοινωνία», ενώ η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» είναι κοινή σε όλες. Μια πιθανή εξήγηση αυτού του ευρήματος είναι ότι ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται η ψυχοθεραπευτική διαδικασία στη ΣΣΟΨ δεν ευνοεί την ανάπτυξη και την έντονη εμφάνιση άλλου είδους σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών αλλά μόνο αυτών. Το εύρημα αυτό είναι χρήσιμο για την έρευνα στην ψυχοθεραπεία, διότι πληροφορεί για την εμφάνιση των ΣΕΣ στη ΣΣΟΨ, η οποία δεν έχει μέχρι σήμερα μελετηθεί.

Συμπερασματικά σε σχέση με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα της παρούσης έρευνας φαίνεται ότι υπάρχει συνολικά μικρότερος αριθμός εμφάνισης ΣΕΣ από ό,τι σε άλλους τύπους ψυχοθεραπείας, εντονότερη εμφάνιση τριών κατηγοριών ΣΕΣ, της 1, 5 και 11, οι οποίες είναι και χρήσιμες για τη μελέτη του φαινομένου αυτού στη ΣΣΟΨ, και ασθενέστερη παρουσία ή και πλήρης απουσία των υπολοίπων. Επίσης φάνηκε ότι υπάρχει σχέση της εμφάνισης για κάποιες κατηγορίες σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με τη θεραπευτική έκβαση και τη χρονική φάση της ψυχοθεραπείας.

Όταν η κατηγορία 1 «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» εμφανίζεται συχνά στις αρχικές συνεδρίες έχει ιδιαίτερα θετική σημασία για τη θετική θεραπευτική έκβαση. Ενώ για τη κατηγορία 5 «εκφραστική επικοινωνία» δεν επιβεβαιώθηκε γενικά η σχέση της με τη θετική θεραπευτική έκβαση παρά μόνο στις αρχικές συνεδρίες και επίσης η σχέση της με τη μη θετική θεραπευτική έκβαση στις μεσαίες και τελικές χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας. Η κατηγορία 11 «μείωση συμπτωμάτων» όταν εμφανίζεται στο μέσον της χρονικής εξέλιξης της ψυχοθεραπείας καθίσταται προγνωστικός παράγοντας θετικής θεραπευτικής έκβασης.

Η σχέση των θεραπευτικών παρεμβάσεων με την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών στις συνεδρίες ΣΣΟΨ

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε σε θεραπείες συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση με ποιο τρόπο σχετίζονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (παρεμβάσεις

ενίσχυσης θεραπευτικού δεσμού, κυκλικές ερωτήσεις, θετική σημασιοδότηση-αναπλαισίωση, εστίαση στην ισχύ, εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας-γενογραμματικές ερωτήσεις) με την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών κατά τις χρονικές φάσεις της θεραπείας αυτής.

Οι αναλύσεις επιβεβαίωσαν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης της εμφάνισης των ΣΕΣ με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στη ΣΣΟΨ.

Αναλυτικότερα βρέθηκε ότι η εμφάνιση της κατηγορίας «αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους» στις αρχικές θεραπευτικές συνεδρίες των θεραπειών με θετική θεραπευτική έκβαση εξαρτάται στατιστικά σημαντικά από την πραγματοποίηση των παρεμβάσεων «κυκλικές ερωτήσεις» και «αναπλαισιώσεις» και η εξάρτηση είναι αρκετά ισχυρή, ενώ στις μεσαίες συνεδρίες εξαρτάται από την εμφάνιση των «γενογραμματικών ερωτήσεων», όσον δε αφορά τις τελικές από τις «κυκλικές ερωτήσεις».

Αντίθετα βρέθηκε ότι η μη εμφάνιση των γενογραμματικών ερωτήσεων στις αρχικές και τελικές συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση σχετίζεται με την εμφάνιση της κατηγορίας «αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους».

Στις θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση βρέθηκε ότι η εμφάνιση της κατηγορίας «αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους» στις αρχικές θεραπευτικές συνεδρίες εξαρτάται στατιστικά σημαντικά από την πραγματοποίηση των παρεμβάσεων «εστίαση στην ισχύ» και την μη πραγματοποίηση των «γενογραμματικών ερωτήσεων», ενώ στις μεσαίες και τελικές συνεδρίες εξαρτάται από την παρέμβαση «γενογραμματικές ερωτήσεις».

Τα ευρήματα αυτά είναι σημαντικά για την κατανόηση της ενδοσυνεδριακής θεραπευτικής διαδικασίας, διότι αποκαλύπτουν ακριβώς το είδος των συστημικών παρεμβάσεων και τη χρονική στιγμή της πραγματοποίησής τους που ευνοούν την εμφάνιση της κατηγορίας «αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους».

Το εύρημα ότι στις αρχικές χρονικά θεραπευτικές συνεδρίες των θεραπειών με θετική θεραπευτική έκβαση η εμφάνισή της κατηγορίας αυτής των ΣΕΣ εξαρτάται στατιστικά σημαντικά από την πραγματοποίηση των παρεμβάσεων «κυκλικών ερωτήσεων» και «αναπλαισιώσεων» είναι πιθανόν να οφείλεται στο ότι η παρέμβαση «κυκλικές ερωτήσεις» λόγω της φύσης της εισάγει αλλά και μοχλεύει και βοηθά στην ανάδυση πληροφοριών στο οικογενειακό σύστημα και να τις συνδέει με τα

μέλη του διευκολύνει την εμφάνιση αυτής της κατηγορίας. Ενώ η σύνδεση σε αυτή τη χρονική φάση της θεραπείας των αναπλαισιώσεων με την «αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους άλλους» πιθανόν να οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο η παρέμβαση αυτή επιδρά στο οικογενειακό σύστημα, δηλαδή, δίνει ένα νέο νόημα σε υπάρχουσες καταστάσεις και έτσι επιτρέπει στα μέλη της οικογένειας να νιώσουν πιο άνετα και πιο ασφαλή ώστε να εκθέσουν σημαντικότερα δεδομένα από τη ζωή τους και των σημαντικών άλλων στο θεραπευτικό πλαίσιο. Αυτό δε το πράττει χρονικά νωρίς στη θεραπευτική διαδικασία, αρχικές συνεδρίες και έτσι κερδίζει έγκαιρα την εμπιστοσύνη της οικογένειας διευκολύνοντας όπως υποστηρίχθηκε την εμφάνιση αυτής της σημαντικής ενδοσυνεδριακής στιγμής. Το εύρημα ότι οι «κυκλικές ερωτήσεις» σχετίζονται και στις τελικές συνεδρίες με την εμφάνιση της κατηγορίας «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» μπορεί να οφείλεται και στην στατιστικά σημαντικά συχνή πραγματοποίηση τέτοιων παρεμβάσεων σε τελικές συνεδρίες. Σε αυτές τις περιπτώσεις βέβαια εξηγείται η εμφάνιση της ΣΕΣ συνδυαστικά με τη συχνότητα εμφάνισης της παρέμβασης αυτής και τον τρόπο δράσης της στα μέλη της οικογένειας όπως έχει ανωτέρω εξηγηθεί.

Η παρέμβαση των «γενογραμματικών ερωτήσεων» στις μεσαίες χρονικά συνεδρίες συνδέθηκε με την εμφάνιση της «αποκάλυψης σημαντικού υλικού», αυτό μπορεί να οφείλεται στο είδος των ερωτήσεων οι οποίες από την κατασκευή τους τείνουν να προκαλούν την εμφάνιση αυτής της ενδοσυνεδριακής κατηγορίας περισσότερο δε στις μεσαίες συνεδρίες διότι εμφανίζονται στατιστικά σημαντικά περισσότερο σε αυτή τη χρονική φάση της ΣΣΟΨ. Το εύρημα σε θεραπείες με θετική έκβαση στις αρχικές και τελικές συνεδρίες η μη εμφάνιση αυτής της παρέμβασης συνδέεται με την αυξημένη εμφάνιση της αποκάλυψης σημαντικού υλικού πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι στην αρχική φάση της θεραπείας δεν είναι ακόμα έτοιμα τα μέλη της οικογένειας να κάνουν συνδέσεις του βιώματός τους με τα δεδομένα που προκύπτουν από τις γενογραμματικές ερωτήσεις, ενώ προς το τέλος της θεραπείας έχουν γίνει ήδη αυτές οι συνδέσεις κατά τις χρονικά μεσαίες συνεδρίες και έτσι στις θεραπείες με θετική έκβαση τα μέλη δεν ανταποκρίνονται σε αυτές τις ερωτήσεις με την παροχή σημαντικών πληροφοριών για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους γιατί θα ήταν θεραπευτικός πλεονασμός ενώ αντίθετα ανταποκρίνονται σε αυτές με μη θετική θεραπευτική έκβαση γιατί αυτή η διεργασία δεν έχει γίνει όταν όφειλε να γίνει δηλαδή στις μεσαίες συνεδρίες.

Αντίστοιχες έρευνες οι οποίες να συνδέουν αυτές ή άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις με την κατηγορία αυτή στον χώρο της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας δεν υπάρχουν. Γενικά δεν έχει συσχετισθεί η κατηγορία αυτή των ΣΕΣ με κάποια ιδιαίτερη θεραπευτική παρέμβαση και σε άλλου είδους ψυχοθεραπείες.

Τα ευρήματα αυτά αποτελούν μια πρώτη διερευνητική αποτύπωση της θεραπευτικής διαδικασίας και είναι σημαντικά για τη έρευνα στην ψυχοθεραπεία, διότι επεκτείνουν τη σύνδεση αυτής της κατηγορίας ΣΕΣ και με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις δίνοντας νέες πληροφορίες για τη θεραπευτική διαδικασία. Μπορεί να φανούν χρήσιμα για την ψυχοθεραπεία, διότι οι ψυχοθεραπευτές μπορούν να ξέρουν ποιες παρεμβάσεις και σε ποιο χρονικό σημείο της ψυχοθεραπείας θα έχουν αυξημένη πιθανότητα να προκαλέσουν «αποκάλυψη σημαντικού υλικού», το οποίο θα σχετισθεί συνολικότερα με τη θετική θεραπευτική έκβαση, και τότε και με ποιες παρεμβάσεις και αν το προκαλέσουν, δεν θα έχουν θετική θεραπευτική έκβαση.

Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να είναι χρήσιμες και για τους εκπαιδευόμενους σε αυτές τις θεραπευτικές παρεμβάσεις συστημικούς ψυχοθεραπευτές.

Μελλοντικές έρευνες θα ήταν χρήσιμες, για να μελετήσουν αυτό το φαινόμενο και σε άλλου τύπου συστημικές και μη οικογενειακές ψυχοθεραπείες αλλά και ατομικές ψυχοθεραπείες, ώστε να μπορέσουν να γίνουν συγκρίσεις και να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Η σχέση της κατηγορίας εκφραστική επικοινωνία» με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις

Άλλο εύρημα αυτής της έρευνας σχετικά με τις ΣΕΣ αφορά την κατηγορία «εκφραστική επικοινωνία». Αν και ποσοτικά η κατηγορία αυτή βρέθηκε σε μικρότερους αριθμούς από την κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους» (πίνακας 11), εν τούτοις στις χρονικά μεσαίες συνεδρίες με μη θετική έκβαση βρέθηκε ότι η στατιστικά σημαντικά συχνότερη εμφάνισή της εξαρτάται από την πραγματοποίηση των «γενογραμματικών ερωτήσεων» και της «δημιουργίας θεραπευτικού δεσμού». Βρέθηκε ότι μόνο στις θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση οι παρεμβάσεις την επηρεάζουν στο χρονικό μέσο τους.

Τα ευρήματα αυτά είναι σημαντικά για τη κατανόηση της ενδοσυνεδριακής θεραπευτικής διαδικασίας, διότι αποκαλύπτουν ακριβώς το είδος των συστημικών

παρεμβάσεων και τη χρονική στιγμή της πραγματοποίησής τους που ευνοούν την εμφάνιση της κατηγορίας «εκφραστική επικοινωνία».

Το ότι η κατηγορία αυτή σχετίζεται με κάποιες παρεμβάσεις μόνο στις συνεδρίες με αρνητική θεραπευτική έκβαση πιθανόν να οφείλεται στο χαρακτηριστικό εύρημα το οποίο αναδείχθηκε στη ΣΣΟΨ, ότι η εκφραστική επικοινωνία είναι πιο έντονη, όταν η θεραπευτική πορεία δεν είναι τόσο ευνοϊκή για την έκβαση, ίσως διότι η οικογένεια περιορίζεται σε έντονες και φορτισμένες συναισθηματικά λεκτικές εκφράσεις και όχι σε πρακτικές αλλαγές στην πραγματική ζωή της. Το είδος των παρεμβάσεων οι οποίες αναγνωρίστηκαν, δηλαδή οι «γενογραμματικές ερωτήσεις», μπορούν να προκαλούν αναμνήσεις και φορτισμένες συναισθηματικά εκφράσεις. Παρόμοια η παρέμβαση «δημιουργία θεραπευτικού δεσμού» σε αυτή τη χρονική φάση, το μέσον της θεραπείας, δεν φαίνεται να βοηθά στη εμβάθυνση της θεραπευτικής εμπλοκής αφού όταν προκαλεί την εκφραστική επικοινωνία αυτό συνδέεται με αρνητική θεραπευτική έκβαση. Γενικά αυτή η ΣΕΣ δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη ΣΣΟΨ ίσως λόγω της έμφασης που δίνει η θεραπεία αυτή στην δράση για την αλλαγή και λιγότερο στην αυτοέκφραση για την αλλαγή.

Αντίστοιχες έρευνες οι οποίες να συνδέουν αυτές ή άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις με την κατηγορία αυτή στον χώρο της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας δεν υπάρχουν. Οι έρευνες οι οποίες εντοπίστηκαν από τη βιβλιογραφική έρευνα δεν αναφέρονται στη σχέση της κατηγορίας αυτής των ΣΕΣ με κάποια θεραπευτική παρέμβαση αλλά στη σχέση της με το είδος της ψυχοθεραπείας και τη συχνότητα εμφάνισής της (Boulet, Souliere, & Sterner 1993; Mahrer *et al.*, 1988).

Τα ευρήματα αυτά μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για τη ΣΣΟΨ, διότι υποδεικνύουν στον ψυχοθεραπευτή τη σχετική και περιορισμένη σημασία την οποία πρέπει να δώσει στην εμφάνιση αυτής της κατηγορίας ΣΕΣ και ειδικότερα την αρνητική σημασία για τη θεραπευτική έκβαση της ψυχοθεραπείας την οποία έχει η εμφάνισή της την οποία προκαλούν οι κατηγορίες παρεμβάσεων «γενογραμματικές ερωτήσεις» και «δημιουργία θεραπευτικού δεσμού». Στην έρευνα της θεραπευτικής διαδικασίας και αυτό το εύρημα είναι χρήσιμο, διότι προσθέτει πληροφορίες σε ένα τομέα λίγο έως καθόλου διερευνημένο.

Μελλοντικές έρευνες θα ήταν χρήσιμο, να μελετήσουν αυτό το φαινόμενο και σε άλλου τύπου συστημικές και μη οικογενειακές ψυχοθεραπείες αλλά και ατομικές ψυχοθεραπείες, ώστε να μπορέσουν να γίνουν συγκρίσεις και να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Η σχέση της κατηγορίας νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις

Άλλο εύρημα αυτής της έρευνας σχετικά με τις ΣΕΣ αφορά την κατηγορία «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά». Μολονότι ποσοτικά η κατηγορία αυτή βρέθηκε σε μικρούς αριθμούς (πίνακας 11), εν τούτοις στις χρονικά μεσαίες και τελικές συνεδρίες με θετική έκβαση βρέθηκε ότι η στατιστικά σημαντικά συχνότερη εμφάνισή της εξαρτάται από την πραγματοποίηση της παρέμβασης «εστίαση στην ισχύ».

Τα ευρήματα αυτά είναι σημαντικά για την κατανόηση της ενδοσυνεδριακής θεραπευτικής διαδικασίας, διότι αποκαλύπτουν ακριβώς το είδος των συστημικών παρεμβάσεων και τη χρονική στιγμή της πραγματοποίησής τους οι οποίες ευνοούν την εμφάνιση της κατηγορίας «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά».

Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται στη φύση της παρέμβασης αυτής η οποία υπογραμμίζοντας την ικανότητα των μελών της οικογένειας για επίλυση προβλημάτων και αυτοβελτίωση κατά το παρελθόν αποδεσμεύουν τη θεραπευτική και δημιουργική ικανότητά τους με αποτέλεσμα την εμφάνιση αυτής της κατηγορίας των ΣΕΣ. Αυτή η θεραπευτική αποδέσμευση εμφανίζεται στις μεσαίες και τελικές συνεδρίες, αφενός διότι στις μεσαίες εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά συχνότερα αυτή η θεραπευτική παρέμβαση και αφετέρου διότι προς το τέλος της ψυχοθεραπείας η οικογένεια ετοιμάζεται να εγκαταλείψει το θεραπευτικό πλαίσιο και να ζει μόνο στο φυσικό της πλαίσιο και γιαυτό είναι περισσότερο έτοιμη να αξιοποιεί αυτού του είδους την παρέμβαση, η οποία ενθαρρύνει την οικογένεια στην προσπάθειά της να πλάσει ένα πλαίσιο λειτουργικότερο από αυτό που είχε όταν ξεκίνησε τη ψυχοθεραπεία. Της υποδεικνύει ότι μπορεί να βρει νέους τρόπους ύπαρξης εξωθεραπευτικά. Προφανώς αυτό τείνει να συμβαίνει περισσότερο στις οικογένειες οι οποίες έχουν θετική θεραπευτική έκβαση και αυτό επιβεβαιώνεται από το εύρημα. Αντίστοιχες έρευνες οι οποίες να συνδέουν αυτές ή άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις με την κατηγορία αυτή στο χώρο της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας δεν υπάρχουν. Οι Mahrer και συν. (1988) μελέτησαν τη σχέση της εμφάνισης αυτής της κατηγορίας ΣΕΣ με τις θεραπευτικές μεθόδους της λογικοθυμικής ψυχοθεραπείας. Βρήκαν ότι σε αυτού του τύπου την ψυχοθεραπεία η διατύπωση εκ μέρους του θεραπευτή υποθέσεων σχετικά με κάποιο σύμπτωμα και συστηματική συζήτηση της υπόθεσης με τον θεραπευόμενο με βήματα προβλεπόμενα από τη λογικοθυμική ψυχοθεραπεία ευοδώνει την εμφάνιση της κατηγορίας «νέοι τρόποι ύπαρξης

εξωθεραπευτικά». Ένας περιορισμός της έρευνας για τη λογικοθυμική ψυχοθεραπεία ήταν ότι έγινε σε μικρό δείγμα, δύο μόνο συνεδρίες αυτού του θεραπευτικού τύπου. Στην παρούσα έρευνα οι πληροφορίες αφορούν πολύ μεγαλύτερο δείγμα και το εύρημα αφορά συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση τυπική της ΣΣΟΨ. Αυτό το εύρημα μπορεί να φανεί χρήσιμο στην ψυχοθεραπεία, αφού πληροφορεί τον ψυχοθεραπευτή τι είδους θεραπευτική παρέμβαση και σε ποιο χρονικό σημείο της ψυχοθεραπείας θα προκαλέσει αυτή τη κατηγορία ΣΕΣ, ώστε να ενισχυθεί η προοπτική της θετικής θεραπευτικής έκβασης. Στην έρευνα της θεραπευτικής διαδικασίας και αυτό το εύρημα είναι χρήσιμο, διότι προσθέτει πληροφορίες σε ένα τομέα λίγο έως καθόλου διερευνημένο.

Η σχέση της κατηγορίας «μείωση συμπτωμάτων» με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις

Άλλο εύρημα αυτής της έρευνας σχετικά με τις ΣΕΣ αφορά την κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων». Αν και ποσοτικά η κατηγορία αυτή βρέθηκε σε μικρότερους αριθμούς από την κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους» (πίνακας 11) εν τούτοις στις τελικές συνεδρίες με θετική έκβαση βρέθηκε ότι η στατιστικά σημαντικά συχνότερη εμφάνισή της εξαρτάται από την πραγματοποίηση της παρέμβασης «εστίαση στην ισχύ». Αντίθετα, βρέθηκε ότι η στατιστικά σημαντικά συχνότερη εμφάνισή της στις θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση εξαρτάται από την πραγματοποίηση των «κυκλικών ερωτήσεων».

Τα ευρήματα αυτά είναι σημαντικά για την κατανόηση της ενδοσυνεδριακής θεραπευτικής διαδικασίας, διότι αποκαλύπτουν ακριβώς το είδος των συστημικών παρεμβάσεων και τη χρονική στιγμή της πραγματοποίησής τους, οι οποίες ευνοούν την εμφάνιση της κατηγορίας «μείωση συμπτωμάτων».

Είναι αναμενόμενο οι παρεμβάσεις εστίασης στην ισχύ της οικογένειας να σχετίζονται με τη μείωση των συμπτωμάτων. Αυτό πιθανόν συμβαίνει διότι όπως προβλέπει το σκεπτικό των εμπνευστών αυτού του είδους παρεμβάσεων ενισχύοντας και υπογραμμίζοντας το υπάρχον δυναμικό υγείας των μελών μοχλεύεις και αναδεικνύεις τρόπους αυτοϊασης οι οποίοι έχοντας λειτουργήσει στο παρελθόν με επιτυχία μπορούν πάλι να αποβούν παράγοντες ίασης και απαλοιφής των συμπτωμάτων. Αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα τουλάχιστον για τη ΣΣΟΨ.

Το εύρημα αυτό εκπλήσσει στο σκέλος του το οποίο αφορά τις κυκλικές ερωτήσεις· υποδηλώνει ότι κυκλικές ερωτήσεις σχετίζονται με τη έκφραση εκ μέρους της οικογένειας της διαπίστωσης ότι μειώθηκαν ή εξαφανίστηκαν τα συμπτώματα στόχος της θεραπείας σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση, ενώ το ακριβώς αντίθετο θα ήταν αναμενόμενο. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι, όταν υπάρχει θετική θεραπευτική έκβαση, κυρίως στο χρονικό μέσο των θεραπειών, τα μέλη της οικογένειας χωρίς τη μεσολάβηση κάποιας θεραπευτικής παρέμβασης δηλώνουν τη βελτίωση, ενώ, όταν πρόκειται για οικογένειες στις οποίες η εσωτερική δυναμική του συστήματος δεν είναι ευνοϊκή για τη θετική θεραπευτική έκβαση, μόνο οι κυκλικές ερωτήσεις αναδεικνύουν βελτίωση συμπτωμάτων. Την ίδια επίδραση έχουν οι κυκλικές ερωτήσεις και στις τελικές συνεδρίες σε θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση για τον επιπρόσθετο λόγο ότι σε αυτές τις οικογένειες και χωρίς αυτές τις ερωτήσεις η οικογένεια έχει την τάση να εκδηλώνει αυτή την κατηγορία ΣΕΣ, όπως βρέθηκε σε αυτή τη μελέτη.

Αντίστοιχες έρευνες οι οποίες να συνδέουν αυτές ή άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις με την κατηγορία αυτή στον χώρο της οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας δεν υπάρχουν. Οι Mahrer και συν. (1992) μελέτησαν σε 6 συνεδρίες μορφολογικής ψυχοθεραπείας τη σχέση της κατηγορίας «μείωση συμπτωμάτων» με το είδος των θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες προηγήθηκαν. Βρήκαν ότι συνήθως στατιστικά σημαντικά προηγείτο της εμφάνισης της κατηγορίας αυτής μια θεραπευτική συμπεριφορά-παρέμβαση η οποία συνίστατο στην ενίσχυση της ιδέας του ασθενούς ότι μπορεί να ελέγχει την απάλειψη της συμπεριφοράς στόχου, όπως στο ενδοσυνεδριακό περιβάλλον έτσι και στο καθημερινό εξωσυνεδριακό περιβάλλον. Αυτό είναι μια παρέμβαση παρόμοια στην ουσία της με την «εστίαση στην ισχύ», η οποία ερευνήθηκε σε αυτή τη μελέτη και βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα.

Ο περιορισμός της αναφερθείσας έρευνας είναι ότι δεν συσχέτισε τα ευρήματα αυτά με τη θεραπευτική έκβαση. Στην παρούσα έρευνα αυτός ο συσχετισμός πραγματοποιήθηκε και ανέδειξε το αναμενόμενο εύρημα ότι η εστίαση στην ισχύ σχετίζεται με την μείωση των συμπτωμάτων και το μη αναμενόμενο εύρημα ότι μόνο στις θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση η θεραπευτική παρέμβαση των κυκλικών ερωτήσεων βοηθά στην ανάδειξη αυτής της κατηγορίας ΣΕΣ.

Η χρησιμότητα αυτών των ευρημάτων για τη ψυχοθεραπεία μπορεί να έγκειται στην πληροφορία για τους ψυχοθεραπευτές στη ΣΣΟΨ να μη δίνουν ιδιαίτερη σημασία

στην εμφάνιση αυτής της κατηγορίας ΣΕΣ, όταν χρησιμοποιούν κυκλικές ερωτήσεις, διότι δεν συνδέεται η εμφάνισή της με θετική θεραπευτική έκβαση. Αντίθετα να χρησιμοποιούν την εστίαση στην ισχύ για την μείωση των συμπτωμάτων.

Συμπερασματικά, σε σχέση με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσης έρευνας φαίνεται ότι επιβεβαιώνεται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης της εμφάνισης των ΣΕΣ με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στη ΣΣΟΨ. Η κατηγορία «αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους» έχει τον μεγαλύτερο βαθμό συσχέτισης με τις παρεμβάσεις, των «κυκλικών ερωτήσεων», των «αναπλαισιώσεων», των «γενογραμματικών ερωτήσεων» και των «κυκλικών ερωτήσεων» και στις περισσότερες χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας. Άλλες κατηγορίες, όπως η κατηγορία «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά» δέχονται επιρροή από λιγότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως αντίστοιχα των «γενογραμματικών ερωτήσεων» και της «εστίασης στην ισχύ».

Μερικές κατηγορίες ΣΕΣ όπως η «εκφραστική επικοινωνία» και η «μείωση συμπτωμάτων» επηρεάζονται από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις των «γενογραμματικών ερωτήσεων» και των «κυκλικών ερωτήσεων» αντίστοιχα μόνο σε περιπτώσεις μη θετικής θεραπευτικής έκβασης. Αυτά τα ευρήματα οδηγούν σε μια αρκετά διαφοροποιημένη εικόνα της ενδοσυνεδριακής επίδρασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη ΣΣΟΨ, η οποία αποδεικνύεται αρκετά περίπλοκη και μερικές φορές απρόσμενη, αλλά γι' αυτόν τον υψηλό βαθμό πολυμορφίας της χρήσιμη για την ψυχοθεραπεία και την έρευνα στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Η εμφάνιση της βιωματικής εμπλοκή των μελών της οικογένειας στις συνεδρίες ΣΣΟΨ

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε τον τρόπο με τον οποίο διακυμαίνεται η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου ανάλογα με τη χρονική φάση της ψυχοθεραπείας σε θεραπείες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση, και επίσης τον τρόπο συσχέτισης της βιωματικής εμπλοκής με τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας.

Οι αναλύσεις επιβεβαίωσαν την εμφάνιση του φαινομένου της βιωματικής εμπλοκής στις συνεδρίες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση και μάλιστα και στις τρεις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας, την αρχική, τη μεσαία και την τελική. Βέβαια εμφανίζεται ποιοτικά σε χαμηλά επίπεδα ανεξάρτητα από την έκβαση

και τη χρονική φάση της ψυχοθεραπείας. Η σημασία αυτού του ευρήματος θα συζητηθεί στη συνέχεια της μελέτης.

Η συντριπτική πλειοψηφία των δηλώσεων κυμάνθηκε μεταξύ του βαθμού 1 και 2, ενώ το υπόλοιπο 4,5% πήρε βαθμό μεγαλύτερο ή ίσο με 3. Μόνο το 0,1% είχε βαθμό 4 και σε δύο δηλώσεις αναγνωρίστηκε ο βαθμός του 5. Οι βαθμοί 6 και 7 δεν εμφανίσθηκαν. Αυτό σημαίνει ότι ο βαθμός βιωματικής εμπλοκής ήταν εξαιρετικά χαμηλός.

Από τον πίνακα 18 φαίνεται ότι αυτή η εικόνα της χαμηλής βιωματικής εμπλοκής παρατηρείται σε όλες τις χρονικές θεραπευτικές φάσεις, και ανεξάρτητα από θεραπευτική έκβαση.

Στη ΣΣΟΨ γενικά τα μέλη της οικογένειας δεν αναπτύσσουν βαθιά βιωματική εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία. Πιθανόν αυτό να οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιείται η θεραπεία. Πράγματι, όπως έχει αναφερθεί σε άλλο σημείο, στη συστημική ψυχοθεραπεία η επίτευξη του τελικού θεραπευτικού στόχου, διαμεσολαβείται περισσότερο από πρακτικές αλλαγές στη συμπεριφορά, στον τρόπο επικοινωνίας και στις στάσεις, οι οποίες προέρχονται από ατομικές αποφάσεις οι οποίες λαμβάνονται από παρότρυνση και αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της οικογένειας και από την επίδραση στα μέλη της οικογένειας των θεραπειών (θεραπευτικές οδηγίες συμπεριφοράς, παροτρύνσεις, σχόλια, εισαγωγή πληροφορίας, γενικά οι θεραπευτικές παρεμβάσεις) (Campbell *et al.*, 1991) παρά από πρακτικές εσωτερικής ενδοσκόπησης και διερεύνησης του εαυτού οι οποίες, να ενθαρρύνονται ενδοσυνεδριακά

Στη ΣΣΟΨ αναπτύσσεται ιδιαίτερα χαμηλή βιωματική εμπλοκή των θεραπευομένων. Σε αυτή την έρευνα διερευνήθηκε η συσχέτιση της βιωματικής εμπλοκής με τη θεραπευτική έκβαση και δεν επιβεβαιώθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Μία πιθανή εξήγηση είναι επειδή το επίπεδο βιωματικής εμπλοκής ήταν το ίδιο χαμηλό 1-2 για όλους. Μια επιπλέον πιθανή εξήγηση για αυτό το εύρημα είναι ότι στη συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία ο τρόπος πραγματοποίησης της θεραπείας δεν ευοδώνει την ανάπτυξη της βιωματικής εμπλοκής και συνεπώς δεν μπορεί αυτή η μεταβλητή να διαδραματίσει θεραπευτικό ρόλο.

Το τρίτο σκέλος του ερευνητικού ερωτήματος αφορούσε τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται η βιωματική εμπλοκή με τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας.

Σε αυτή τη μελέτη βρέθηκε ότι στις συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία είναι πιο αυξημένη στο χρονικό μέσον της θεραπευτικής διαδικασίας από ό,τι σε άλλες χρονικές φάσεις, ενώ στις συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση είναι πιο αυξημένη στο χρονικό τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας. Επίσης βρέθηκε ότι η χρονική φάση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας έχει πολύ μικρή επίδραση στη διακύμανση της βιωματικής εμπλοκής, επομένως θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ως ένας από τους παράγοντες οι οποίοι συμμετέχουν στη διαμόρφωσή της αλλά όχι ως ο κυριότερος. Η βιωματική εμπλοκή όταν είναι σε υψηλότερο επίπεδο δηλαδή πάνω από το τρίτο στάδιο βαθμός 3, δεν βρέθηκε να έχει καμιά στατιστικά σημαντική σχέση με τη χρονική φάση.

Συνοψίζοντας, σε σχέση με το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσης μελέτης φάνηκε ότι εμφανίζεται το φαινόμενο της βιωματικής εμπλοκής στις συνεδρίες με θετική και μη θετική θεραπευτική έκβαση και μάλιστα και στις τρεις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας, την αρχική τη μεσαία και την τελική. Εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό σε ποιοτικά χαμηλά επίπεδα ανεξάρτητα από την έκβαση και τη χρονική φάση της ψυχοθεραπείας, κυμαίνεται ανάμεσα στους 1 και 2 βαθμούς ενώ σε μικρότερο ποσοστό η βιωματική εμπλοκή κυμάνθηκε σε υψηλότερους βαθμούς μεταξύ 3^{ου} και 4^{ου} επιπέδου. Λόγω των χαμηλών βαθμολογικών επιπέδων στα οποία κυμαίνεται δεν μπορούν να εξαχθούν έγκυρα συμπεράσματα.

Η σχέση των θεραπευτικών παρεμβάσεων με την βιωματική εμπλοκή των μελών της οικογένειας στις συνεδρίες ΣΣΟΨ

Το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε τον τρόπο με τον οποίο η θεραπευτική έκβαση σχετίζεται με θεραπευτικές παρεμβάσεις και τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου συστήματος στις χρονικές φάσεις της θεραπείας.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου σχετίζεται με κάποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Κάθε εύρημα το οποίο επιβεβαιώνει την επίδραση των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη βιωματική εμπλοκή έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη θεωρία της ψυχοθεραπείας και την πρακτική εφαρμογή της. Η σημασία όμως των συγκεκριμένων ευρημάτων περιορίζεται από το γεγονός ότι

συνολικά το επίπεδο της βιωματικής εμπλοκής είναι μικρό κυμαίνεται μεταξύ του 1^{ου} και 2^{ου} επιπέδου. Οι λόγω των επιδράσεων αυξητικές μεταβολές της βιωματικής εμπλοκής και η κατ'αυτόν τον τρόπο διαμόρφωσή της, εφόσον κυμαίνονται σε αυτά τα επίπεδα, δεν έχουν κάποια ιδιαίτερη σημασία για τη θεωρία της ψυχοθεραπείας και την εφαρμογή της (Fitzpatrick *et al.*, 1999; Stalikas & Fitzpatrick, 1996). Αυτό το οποίο θα μπορούσε να έχει κάποιο ενδιαφέρον σε αυτά τα ευρήματα είναι ότι αναδεικνύονται οι παρεμβάσεις οι οποίες προκαλούν έστω αυτή τη μικρή αύξηση στη βιωματική εμπλοκή.

Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση στις αρχικές συνεδρίες η δημιουργία θεραπευτικού δεσμού και αναπλαισιώσεων επιδρούν αυξητικά στη βιωματική εμπλοκή των μελών της οικογένειας, ενώ μόνο η δημιουργία θεραπευτικού δεσμού επιδρά αυξητικά και στις μεσαίες συνεδρίες. Στις τελικές επιδρούν αυξητικά οι αναπλαισιώσεις, οι κυκλικές ερωτήσεις και οι γενογραμματικές ερωτήσεις. Στις θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση επιδρούν αυξητικά στη βιωματική εμπλοκή στις αρχικές συνεδρίες οι κυκλικές ερωτήσεις και οι γενογραμματικές, στις μεσαίες οι κυκλικές, οι γενογραμματικές και η εστίαση στην ισχύ, ενώ στις τελικές οι κυκλικές και οι γενογραμματικές.

Η θετική επίδραση της δημιουργίας θεραπευτικού δεσμού στη βιωματική εμπλοκή πιθανόν να οφείλεται στη φύση αυτής της παρέμβασης, επειδή είναι σχεδιασμένη να βοηθά στην ενδοσυνεδριακή δημιουργία και διατήρηση ενός κλίματος το οποίο θα επιτρέψει στην οικογένεια να συνεργασθεί στη διαδικασία και τους στόχους της ψυχοθεραπείας (Byng-Hall *et al.*, 1996), επομένως η δημιουργία αυτού του κλίματος έχει μια σχετική αυξητική επίδραση και στη βιωματική εμπλοκή. Αν και η παρέμβαση αυτή πραγματοποιείται και σε άλλες χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας εκτός από την αρχική και τη μεσαία, εν τούτοις τη θετική επίδραση την παρουσιάζει στις αρχικές και τις μεσαίες συνεδρίες, ίσως διότι, όσον αφορά τις αρχικές, αιφνιδιάζονται θετικά τα μέλη της οικογένειας από την παρέμβαση αυτή και αισθάνονται πιο ασφαλή και τολμούν λίγο περισσότερο να εμβαθύνουν στις αφηγήσεις για τον εαυτό τους και τους σημαντικούς άλλους. Στις μεσαίες συνεδρίες η παρέμβαση αυτή πραγματοποιείται στατιστικά σημαντικά συχνότερα και το αίσθημα ασφάλειας το οποίο εμπνέει αυτού του είδους η παρέμβαση είναι δεδομένο, γι'αυτό μπορούν να επιτρέψουν και σε αυτή τη χρονική φάση τα μέλη της οικογένειας λίγο μεγαλύτερη βιωματική εμβάθυνση των αφηγήσεών τους.

Η επίδραση των αναπλαισιώσεων στις αρχικές συνεδρίες πιθανόν να οφείλεται στο ότι, επειδή τα μέλη του συστήματος καλούνται να αλλάξουν το γνωστικό και νοητικό πλαίσιο, μέσα από το οποίο βιώνουν μια κατάσταση, και να τοποθετήσουν στη θέση του ένα άλλο πλαίσιο (Byng-Hall *et al.*, 1996) και αυτό καλούνται να το πράξουν ήδη από τις πρώτες θεραπευτικές συναντήσεις για να ανταπεξέλθουν στο έργο αυτό χρειάζονται να αναπτύξουν λίγο περισσότερο τη βιωματική τους εμπλοκή, ενώ η επίδρασή τους στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής στην τελική θεραπευτική φάση πιθανόν οφείλεται στη φύση της θεραπευτικής παρέμβασης, όπως συμβαίνει και για τις αρχικές συνεδρίες, αλλά και επιπλέον στην αυξημένη συχνότητα αυτής της παρέμβασης στις τελικές συνεδρίες.

Η επίδραση των γενογραμματικών ερωτήσεων στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής στις τελικές συνεδρίες ίσως να οφείλεται αφενός στη φύση των ερωτήσεων αυτών οι οποίες απαιτούν λίγο περισσότερη βιωματική εμπλοκή, ώστε να παραχθούν οι συνδέσεις μεταξύ των δεδομένων της οικογενειακής ιστορίας, των διαγενεακών μοτίβων συμπεριφοράς και των συμπτωμάτων (McIlvain, Crabtree, Medder, Stange, & Miller, 1998), οι οποίες είναι μια ισχυρή θεραπευτικά ευρεία αναπλαισίωση (Kuehl, Barnard, & Nelson, 1998) και αφετέρου στη στατιστικά σημαντική συχνότητα εμφάνισής τους στις τελικές συνεδρίες.

Η επίδραση των κυκλικών ερωτήσεων στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής στις τελικές συνεδρίες ίσως να οφείλεται στη φύση των ερωτήσεων αυτών οι οποίες απαιτούν λίγο περισσότερη βιωματική εμπλοκή, ώστε να παραχθούν οι συνδέσεις μεταξύ των αλληλεπιδραστικών συμπεριφορών οι οποίες ανακαλύπτονται και των συμπτωμάτων (Tomm, 1987b), οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν ισχυρή νοητική ή συναισθηματική μόχλευση στα μέλη της οικογένειας (Tomm, 1987b). Οι κυκλικές ερωτήσεις εξαναγκάζουν / βοηθούν τον θεραπευόμενο να είναι πιο διερευνητικός για τη ζωή του με αποτέλεσμα να εισάγουν νέες «διαφορές» και να ανοίγουν χώρο για νέες συνδέσεις (Hedges, 2005). Αυτή η διερεύνηση απαιτεί περισσότερη βιωματική εμπλοκή εκ μέρους των μελών της οικογένειας. Αυτό είναι πιο εμφανές στις αρχικές συνεδρίες, διότι είναι στατιστικά σημαντικά συχνότερη η πραγματοποίησή τους, ενώ στις τελικές, αν και η πραγματοποίησή τους είναι πολύ λιγότερο συχνή, αυξάνει η βιωματική εμπλοκή, διότι με αυτές τις ερωτήσεις τα μέλη της οικογένειας όχι μόνο γίνονται πιο διερευνητικά για τη ζωή τους αλλά και επιπλέον αλλάζουν τις αφηγήσεις οι οποίες ηνιοχούν τα συστήματα (Hedges, 2005), διεργασία η οποία απαιτεί περισσότερη βιωματική εμπλοκή.

Η επίδραση της δημιουργίας θεραπευτικού δεσμού στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής στις τελικές συνεδρίες ίσως να οφείλεται στη φύση των παρεμβάσεων αυτών οι οποίες προκαλούν την ανάπτυξη της βιωματικής εμπλοκής, ώστε να παραχθεί το κλίμα ασφάλειας το οποίο χρειάζεται για να κινητοποιηθεί θεραπευτικά η οικογένεια.

Όσον αφορά τις συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση οι κυκλικές και οι γενογραμματικές ερωτήσεις στις αρχικές συνεδρίες επιδρούν αυξητικά στη βιωματική εμπλοκή, ενώ στις μεσαίες επιδρούν με τον ίδιο τρόπο οι γενογραμματικές ερωτήσεις, οι κυκλικές ερωτήσεις και οι παρεμβάσεις εστίασης στην ισχύ. Στις τελικές συνεδρίες οι γενογραμματικές ερωτήσεις και οι κυκλικές ερωτήσεις επιδρούν αυξητικά στον βαθμό βιωματικής εμπλοκής.

Σχετικά με την αξία των ευρημάτων αυτών μπορεί να λεχθεί ό,τι και για τα ευρήματα που αφορούσαν τις θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση, ότι δηλαδή η σημασία τους περιορίζεται από το γεγονός ότι συνολικά το επίπεδο της βιωματικής εμπλοκής είναι και εδώ μικρό, κυμαίνεται μεταξύ του 1^{ου} και 2^{ου} επιπέδου βιωματικής εμπλοκής. Επομένως το γεγονός της σύνδεσης αυτών των παρεμβάσεων με την βιωματική εμπλοκή και στις θεραπείες με μη θετική θεραπευτική έκβαση και οι όποιες συνέπειες για την θεωρία της ψυχοθεραπείας δεν μπορούν να ληφθούν σοβαρά υπόψη και δεν θα αναπτυχθούν σε αυτό το σημείο της μελέτης. Άλλες έρευνες για τη σχέση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και την ανάπτυξης της βιωματικής εμπλοκής σε θεραπείες οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας δεν υπάρχουν. Αναφέρονται μόνο η έρευνα της Hill, (1992) στην οποία υποστηρίζει ότι οι λιγότερες έρευνες που υπάρχουν περιέχουν αντικρουόμενα συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και το επίπεδο της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου, και η έρευνα των Stalikas και Fitzpatrick. (1996) στην οποία μεταξύ άλλων μελετήθηκαν σε τρεις αντιπροσωπευτικές συνεδρίες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες πραγματοποιούνται σε θεραπείες λογικοθυμικού τύπου, σε πελατοκεντρική ψυχοθεραπεία και σε μορφολογική ψυχοθεραπεία και δεν βρέθηκε ότι η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου να σχετίζεται με κάποια από τις παρεμβάσεις στο χαμηλό επίπεδο βιωματικής εμπλοκής. Αυτά τα ευρήματα είναι αντίθετα με τα ευρήματα αυτής της μελέτης και πιθανόν αυτό να οφείλεται στο μεγαλύτερο στατιστικό δείγμα το οποίο μελετήθηκε στην παρούσα έρευνα και όχι στον τύπο ψυχοθεραπείας.

Τα ευρήματα της μελέτης αυτής θα είχαν ιδιαίτερη σημασία για την ψυχοθεραπεία, για την έρευνα και τη θεωρία της ψυχοθεραπείας, αν αφορούσαν υψηλότερα επίπεδα βιωματικής εμπλοκής των μελών της οικογένειας και αυτό ακριβώς μελετήθηκε ως υποερώτημα αυτού του ερευνητικού ερωτήματος.

Μελετήθηκε ο τρόπος με τον οποίο σε θεραπείες συστημικής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση σχετίζονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (παρεμβάσεις ενίσχυσης θεραπευτικού δεσμού, κυκλικές ερωτήσεις, θετική σημασιολόγηση-αναπλαισίωση, εστίαση στην ισχύ, εξερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας-γενογραμματικές ερωτήσεις) με τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου συστήματος κατά τις χρονικές φάσεις της θεραπείας αυτής, όταν ο βαθμός βιωματικής εμπλοκής είναι ίσος ή μεγαλύτερος του 3 στην κλίμακα βιωματικής εμπλοκής.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία σε συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση και όταν είναι βαθμού 3 και άνω δεν σχετίζεται με κάποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Περιορισμοί

Τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγει η μελέτη αυτή για το 5^ο ερευνητικό ερώτημα υπόκεινται στον ίδιο περιορισμό ο οποίος έχει αναφερθεί και για τα προηγούμενα ερευνητικά ερωτήματα επειδή το δείγμα αν και μεγάλο εντούτοις περιλαμβάνει μόνο έναν τύπο οικογενειακής συστημικής ψυχοθεραπείας, την συνθετική, και επομένως τα συμπεράσματα είναι άμεσα και ανεπιφύλακτα γενικεύσιμα για αυτό τον τύπο ψυχοθεραπείας και για όλους τους τύπους οι οποίοι είναι επιστημολογικά ενταγμένοι στην Α΄ Κυβερνητική, αλλά με επιφυλάξεις για τους τύπους οι οποίοι είναι επιστημολογικά συντονισμένοι με τις αρχές της Β΄ Κυβερνητικής. Όσον αφορά τα συμπεράσματα του παρόντος ερευνητικού ερωτήματος υπάρχει και ένας ακόμα περιορισμός: τα συμπεράσματα σχετικά με τη συσχέτιση βιωματικής εμπλοκής της οικογένειας επιπέδου 3, 4 και άνω και θεραπευτικών παρεμβάσεων γίνονται δεκτά με επιφύλαξη, επειδή συνολικά το ποσοστό των δηλώσεων επί των οποίων έγιναν οι στατιστικοί υπολογισμοί, οι οποίες είναι άνω του 3^{ου} επιπέδου βιωματικής εμπλοκής, είναι πολύ λιγότερο από κάθε άλλη θεραπευτική προσέγγιση.

Θα ήταν χρήσιμες μελλοντικές έρευνες οι οποίες θα επαναλάβουν τις μετρήσεις σε άλλου τύπου συστημικές οικογενειακές ψυχοθεραπείες αλλά και γενικότερα

οικογενειακές ψυχοθεραπείες άλλων προσεγγίσεων οι οποίες χρησιμοποιούν αυτές ή μερικές από αυτές τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, ώστε να επιβεβαιωθούν τα ευρήματα αυτά, αλλά και να ξαναμετρηθεί το επίπεδο της βιωματικής εμπλοκής της οικογένειας, ώστε να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Συμπερασματικά, σε σχέση με το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσης μελέτης φαίνεται ότι η βιωματική εμπλοκή του θεραπευόμενου στη θεραπευτική διαδικασία σε συνεδρίες με θετική θεραπευτική έκβαση και όταν είναι βαθμού μεταξύ 1 και 2 της κλίμακας η οποία χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα, πράγματι σχετίζεται με κάποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η σημασία όμως των συγκεκριμένων ευρημάτων περιορίζεται από το γεγονός ότι συνολικά το επίπεδο της βιωματικής εμπλοκής είναι μικρό, κυμαίνεται κυρίως μεταξύ του 1^{ου} και 2^{ου} επιπέδου.

Η σχέση των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με την βιωματική εμπλοκή των μελών της οικογένειας στις συνεδρίες ΣΣΟΨ

Το έκτο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε τον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται σε θεραπείες συστημικής ψυχοθεραπείας με θετική θεραπευτική και μη θετική θεραπευτική έκβαση οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές με τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου συστήματος κατά τις χρονικές φάσεις της θεραπείας αυτής.

Βρέθηκε ότι μερικές ενδοσυνεδριακές στιγμές επιδρούν θετικά, δηλαδή προκαλώντας αύξηση της βιωματικής εμπλοκής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία σε διαφορετικές χρονικές φάσεις εξέλιξης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας σε συνεδρίες με θετική και μη θετική έκβαση. Όλα αυτά τα ευρήματα είναι σημαντικά, διότι αναδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο συνδέονται και αλληλοεπηρεάζονται δύο σημαντικές για την κατανόηση της θεραπευτικής διαδικασίας στη συνθετική συστημική οικογενειακή ψυχοθεραπεία ενδοσυνεδριακές μεταβλητές, η βιωματική εμπλοκή και οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές.

Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι η αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους επιδρά στη αύξηση της βιωματικής εμπλοκής σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας ανεξάρτητα από τη θεραπευτική έκβαση. Αυτό το εύρημα είναι σημαντικό, διότι αναδεικνύει την ακριβή επίδραση στη διακύμανση της βιωματικής εμπλοκής της οικογένειας αυτής της ενδοσυνεδριακής κατηγορίας η οποία και συναντάται συχνότερα στη ΣΣΟΨ. Η σπουδαιότητά της

επιτείνεται και από το γεγονός ότι είναι η μοναδική καταγραφή της συσχέτισης σε συστημική ψυχοθεραπεία. Πιθανόν αυτή η αύξηση να οφείλεται στη φύση αυτής της ενδοσυνεδριακής στιγμής. Ο θεραπευόμενος ή το μέλος της οικογένειας το οποίο βιώνει μια τέτοια στιγμή βρίσκεται σε κατάσταση στην οποία θα πρέπει να αυξήσει σε κάποιο βαθμό την επαφή με την εσωτερική συναισθηματική και βιωματική επίδραση των περιγραφόμενων σημαντικών πληροφοριών. Αυτό το φαινόμενο αναγνωρίστηκε και στις συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση και αυτό πιθανόν να σημαίνει ότι η μικρή αύξηση της βιωματικής εμπλοκής η οποία επηρεάζεται από την εμφάνιση αυτής της σημαντικής ενδοσυνεδριακής στιγμής, αν και διευκολύνει τη θεραπευτική διαδικασία, δεν εγγυάται και την θετική θεραπευτική έκβαση.

Ανάλογα αποτελέσματα σε μελέτες στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία δεν υπάρχουν, διότι δεν έχει μελετηθεί αυτό το ζήτημα σε τέτοιου τύπου ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Όμως ανάλογες μελέτες σε άλλου τύπου ψυχοθεραπείες υπάρχουν. Ο Elliot (1983b) βρήκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση του βαθμού βιωματικής εμπλοκής με την εμφάνιση της ενόρασης η οποία είναι μια σημαντική ενδοσυνεδριακή στιγμή. Οι Fitzpatrick και συν. (1999) μελέτησαν την συσχέτιση των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με τη διακύμανση της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου σε θεραπείες λογικοθυμικού και πελατοκεντρικού τύπου, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν αντίστοιχα από τον Albert Ellis και τον Carl Rogers. Αναφέρουν στα ευρήματά τους ότι μεταξύ άλλων, όσο ανεβαίνει το επίπεδο βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου, τόσο αυξάνει και το ποσοστό εμφάνισης της κατηγορίας «αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους». Αναφέρουν επίσης ανάμεσα στα ευρήματα ότι, ακόμη και όταν η βιωματική εμπλοκή είναι σχετικά χαμηλή (επίπεδο 2) σχετίζεται με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών φαινομένων. Αυτό βέβαια ισχύει και για την κατηγορία αυτή μεμονωμένα.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν την ισχύ και για τη ΣΣΟΨ μερικών από τα ευρήματα των Fitzpatrick και συν. (1999). Για παράδειγμα, ότι και σε μικρό βαθμό μέτρησης της βιωματικής εμπλοκής της οικογένειας αυξάνει η εμφάνιση της αποκάλυψης σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους. Με αυτή τη μελέτη απαντώνται και σημαντικά ερωτήματα, τα οποία είχαν τεθεί ως ζητούμενα για μελλοντικές έρευνες από τους Fitzpatrick και συν. (1999), όπως η σχέση των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών και της βιωματικής εμπλοκής σε

όλες τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας. Η συσχέτιση της βιωματικής εμπλοκής και της αποκάλυψης σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους εντοπίζεται σε όλες τις χρονικές φάσεις της ΣΣΟΨ.

Αυτό το εύρημα έχει συνέπειες για την ψυχοθεραπεία. Οι ψυχοθεραπευτές οι οποίοι χρησιμοποιούν παρεμβάσεις οι οποίες αυξάνουν την εμφάνιση αποκάλυψης σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους επιτυγχάνουν και μεγαλύτερη βιωματική εμπάθυνση εκ μέρους των θεραπευομένων. Είναι γνωστό ότι και οι δύο μεταβλητές βοηθούν στη θεραπευτική διαδικασία (Mahrer, White, Howard, & Lee, 1991; Stalikas & Fitzpatrick, 1995; Fitzpatrick *et al.*, 1999).

Επομένως οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες βοηθούν τη μεγαλύτερη βιωματική εμπάθυνση πρέπει να επιλέγονται από τους θεραπευτές στην ΣΣΟΨ σε όλες τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Από το εύρημα αυτό προκύπτουν συνέπειες για την έρευνα στην ψυχοθεραπεία. Φάνηκε ότι και η ελάχιστη αυξητική μεταβολή της βιωματικής εμπλοκής σχετίζεται με την εμφάνιση αυτού του σημαντικού ενδοσυνεδριακού φαινομένου, γεγονός το οποίο αναδεικνύει τη σημασία της ενδελεχέστερης μελέτης μεταβλητών στη ΣΣΟΨ οι οποίες σχετίζονται με τη συναισθηματική διεργασία του συστήματος, ακόμα και όταν παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα στις μετρήσεις όπως η βιωματική εμπλοκή σε αυτή τη μελέτη. Για την εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία μπορεί να φανεί χρήσιμο εύρημα και να ενισχύσει την ανάγκη εκπαίδευσης των υποψήφιων ψυχοθεραπευτών σε δεξιότητες οι οποίες διευκολύνουν ενδοσυνεδριακά την οικογένεια να εμβαθύνει συγκινησιακά σε σχέση με το πληροφοριακό υλικό το οποίο αποκαλύπτει και επικοινωνεί κατά τη διάρκεια των συνεδριών.

Επίσης βρέθηκε ότι η εκφραστική επικοινωνία επιδρά στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας ανεξάρτητα από τη θεραπευτική έκβαση.

Αυτό το εύρημα είναι σημαντικό, διότι αναδεικνύει την ακριβή επίδραση στη διακύμανση της βιωματικής εμπλοκής της οικογένειας αυτής της ενδοσυνεδριακής κατηγορίας η οποία συναντάται συχνά στη ΣΣΟΨ. Η σπουδαιότητά της επιτείνεται και από το γεγονός ότι είναι η μοναδική καταγραφή αυτής της συσχέτισης σε συστημική ψυχοθεραπεία.

Πιθανόν αυτή η αύξηση να οφείλεται στη φύση αυτής της ενδοσυνεδριακής στιγμής. Για να επιτευχθεί αυτή η σημαντική ενδοσυνεδριακή στιγμή, ο εκφραζόμενος αναγκαστικά πρέπει να αυξήσει σε κάποιο βαθμό τη βιωματική επαφή

με λίγο βαθύτερες πλευρές του συναισθηματικού του κόσμου, έτσι, όταν ο ασθενής ή το μέλος της οικογένειας επιτρέπει στον εαυτό του να εκφρασθεί με αυτόν τον αυθεντικότερο τρόπο, για να το επιτύχει αυτό, αυξάνει έστω λίγο, όπως δείχνουν τα αποτελέσματα σε αυτή την έρευνα, τον βαθμό βιωματικής εμπλοκής. Αυτό το φαινόμενο αναγνωρίστηκε και στις συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση και αυτό πιθανόν να σημαίνει ότι η μικρή αύξηση της βιωματικής εμπλοκής η οποία επηρεάζεται από την εμφάνιση αυτής της σημαντικής ενδοσυνεδριακής στιγμής, αν και διευκολύνει τη θεραπευτική διαδικασία, δεν εγγυάται και τη θετική θεραπευτική έκβαση.

Ανάλογα αποτελέσματα σε μελέτες στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία δεν υπάρχουν, διότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί τέτοιου ερευνητικού προσανατολισμού μελέτες για αυτή την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Οι Fitzpatrick και συν. (1999) μελέτησαν τη συσχέτιση των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών με τη διακύμανση της βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου σε θεραπείες λογικοθυμικού και πελατοκεντρικού τύπου, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν αντίστοιχα από τον Albert Ellis και τον Carl Rogers. Αναφέρουν στα ευρήματά τους ότι μεταξύ άλλων, όσο ανεβαίνει το επίπεδο βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου, τόσο αυξάνει και το ποσοστό εμφάνισης διαφόρων σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών, αλλά δεν επιβεβαιώνεται αυτό και στην κατηγορία «εκφραστική επικοινωνία».

Αναφέρουν επίσης ανάμεσα στα ευρήματα ότι ακόμη και όταν η βιωματική εμπλοκή είναι σχετικά χαμηλή (επίπεδο 2) σχετίζεται με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης σημαντικών ενδοσυνεδριακών φαινομένων, αλλά αυτό δεν το επιβεβαίωσαν για την κατηγορία αυτή μεμονωμένα.

Στην παρούσα μελέτη επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση με την αύξηση του βαθμού βιωματικής εμπλοκής και για την εκφραστική επικοινωνία, και μάλιστα σε όλες τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας. Αυτό το εύρημα επικυρώνει και επεκτείνει τα ευρήματα της έρευνας των Fitzpatrick και συν. (1999) και δημιουργεί σημαντικές συνέπειες για την έρευνα στην ψυχοθεραπεία, την εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία και την ψυχοθεραπευτική πρακτική.

Για την ψυχοθεραπεία από το εύρημα αυτό προκύπτει ότι και η εκφραστική επικοινωνία αποτελεί μέρος των δύο μεταβλητών (σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και βιωματική εμπλοκή) οι οποίες βοηθούν στην θεραπευτική διαδικασία (Mahrer, White, Howard, & Lee, 1991; Stalikas & Fitzpatrick, 1995; Fitzpatrick *et al.*, 1999). Επομένως οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες βοηθούν την εκφραστική

επικοινωνία η οποία ενισχύει την μεγαλύτερη βιωματική εμπάθυνση πρέπει να επιλέγονται από τους θεραπευτές στη ΣΣΟΨ σε όλες τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Από το εύρημα αυτό προκύπτουν επίσης συνέπειες για την έρευνα στην ψυχοθεραπεία. Φάνηκε ότι και η ελάχιστη αυξητική μεταβολή της βιωματικής εμπλοκής σχετίζεται με την εμφάνιση αυτού του σημαντικού ενδοσυνεδριακού φαινομένου γεγονός, το οποίο αναδεικνύει τη σημασία της ενδεδειγμένης μελέτης μεταβλητών στη ΣΣΟΨ οι οποίες σχετίζονται με τη συναισθηματική διεργασία του συστήματος, ακόμα και όταν παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα στις μετρήσεις, όπως η βιωματική εμπλοκή σε αυτή τη μελέτη. Για την εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία μπορεί να φανεί χρήσιμο εύρημα και να ενισχύσει την ανάγκη εκπαίδευσης των υποψήφιων ψυχοθεραπευτών σε δεξιότητες οι οποίες διευκολύνουν ενδοσυνεδριακά την οικογένεια να επικοινωνεί με καλύτερη εκφραστικότητα κατά τη διάρκεια των συνεδριών.

Άλλο ανάλογο εύρημα είναι ότι η αντιμετώπιση του συμπτώματος επιδρά στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής στις αρχικές και τελικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας σε περιπτώσεις θετικής θεραπευτικής έκβασης, ενώ σε περιπτώσεις μη θετικής θεραπευτικής έκβασης επιδρά στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής στις τελικές συνεδρίες.

Αυτό το εύρημα είναι σημαντικό, διότι αναδεικνύει την ακριβή επίδραση στη διακύμανση της βιωματικής εμπλοκής της οικογένειας αυτής της ενδοσυνεδριακής κατηγορίας η οποία συναντάται συχνά στην ΣΣΟΨ. Η σημαντικότητά της επιτείνεται και από το γεγονός ότι είναι η μοναδική καταγραφή αυτής της συσχέτισης σε συστημική ψυχοθεραπεία.

Πιθανόν αυτή η αύξηση να οφείλεται στη φύση αυτής της ενδοσυνεδριακής στιγμής. Όταν ο ασθενής ή το μέλος της οικογένειας αναφέρεται στην ύφεση του συμπτώματος, εμπιστεύεται λίγο περισσότερο βιωματικά λόγω της ιδιάζουσας σημασίας την οποία έχει αυτό το οποίο περιγράφει για τον εαυτό του ή τον σημαντικό άλλο. Συνοδεύεται με αύξηση της βιωματικής εμπλοκής στις αρχικές και τελικές συνεδρίες πιθανόν λόγω της ευχάριστης έκπληξης την οποία βιώνει, όταν το αναγνωρίζει στις αρχικές συνεδρίες, και της ευχάριστης βεβαιότητας για τη διατήρηση του ευεργετικού φαινομένου κατά το τέλος των θεραπειών. Αυτό το φαινόμενο αναγνωρίστηκε και στις τελικές συνεδρίες με μη θετική θεραπευτική έκβαση και αυτό πιθανόν να επιβεβαιώνει ότι η μικρή αύξηση βαθμού βιωματικής εμπλοκής μάλλον σχετίζεται με

την υποκειμενική αίσθηση ικανοποίησης την οποία παρέχει η αναγνώριση βελτίωσης του συμπτώματος, ακόμα και αν συνολικά δεν επιτεύχθηκε η θετική έκβαση. Ανάλογα αποτελέσματα σε μελέτες στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία δεν υπάρχουν, διότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί τέτοιου ερευνητικού προσανατολισμού μελέτες για αυτή τη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Στη γνωστή, από προηγούμενες αναφορές σε αυτή την μελέτη, έρευνα των Fitzpatrick και συν. (1999) δεν επιβεβαιώνεται η συσχέτιση της αύξησης της βιωματικής εμπλοκής ειδικά με αυτή τη συγκεκριμένη σημαντική ενδοσυνεδριακή στιγμή, την «αντιμετώπιση του συμπτώματος». Στην παρούσα μελέτη επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση με την αύξηση του βαθμού βιωματικής εμπλοκής και για την αντιμετώπιση του συμπτώματος στην αρχική και την τελική χρονική φάση της ψυχοθεραπείας. Αυτό το εύρημα επικυρώνει και επεκτείνει τα ευρήματα της έρευνας των Fitzpatrick και συν. (1999) και δημιουργεί σημαντικές συνέπειες για την έρευνα στην ψυχοθεραπεία και την ψυχοθεραπευτική πρακτική.

Για την ψυχοθεραπεία από το εύρημα αυτό προκύπτει ότι και η αντιμετώπιση του συμπτώματος αποτελεί μέρος των δύο μεταβλητών (σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και βιωματική εμπλοκή) οι οποίες βοηθούν στη θεραπευτική διαδικασία (Mahrer, White, Howard, & Lee, 1991; Stalikas & Fitzpatrick, 1995; Fitzpatrick *et al.*, 1999). Επομένως οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες βοηθούν την αντιμετώπιση του συμπτώματος η οποία ενισχύει την αύξηση της βιωματικής εμπόλυνσης πρέπει να επιλέγονται από τους θεραπευτές στη ΣΣΟΨ στις αρχικές και τελικές χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Από το εύρημα αυτό προκύπτουν επίσης συνέπειες για την έρευνα στην ψυχοθεραπεία. Φάνηκε ότι και η ελάχιστη αυξητική μεταβολή της βιωματικής εμπλοκής σχετίζεται με την εμφάνιση αυτού του σημαντικού ενδοσυνεδριακού φαινομένου γεγονός, το οποίο αναδεικνύει τη σημασία της ενδεδειγμένης μελέτης μεταβλητών στη ΣΣΟΨ οι οποίες σχετίζονται με την συναισθηματική διεργασία του συστήματος, ακόμα και όταν παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα στις μετρήσεις, όπως η βιωματική εμπλοκή σε αυτή τη μελέτη.

Άλλο ανάλογο εύρημα είναι ότι η εμφάνιση νέων τρόπων ύπαρξης εξωθεραπευτικά επιδρά στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής στις τελικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας σε περιπτώσεις θετικής θεραπευτικής έκβασης. Αυτό το εύρημα είναι σημαντικό, διότι αναδεικνύει την ακριβή επίδραση στη διακύμανση της βιωματικής εμπλοκής της οικογένειας αυτής της ενδοσυνεδριακής κατηγορίας η οποία συναντάται συχνά στη ΣΣΟΨ. Η σημαντικότητά της επιτείνεται

και από το γεγονός ότι είναι η μοναδική καταγραφή αυτής της συσχέτισης σε συστημική ψυχοθεραπεία.

Πιθανόν αυτή η αύξηση να οφείλεται στη φύση αυτής της ενδοσυνεδριακής στιγμής. Όταν ο ασθενής ή το μέλος της οικογένειας αναφέρεται σε νέους τρόπους ύπαρξης εξωσυνεδριακά, εμβαθύνει λίγο περισσότερο βιωματικά λόγω της ιδιάζουσας σημασίας την οποία έχει αυτό το οποίο περιγράφει για τον εαυτό του ή τον σημαντικό άλλο. Συνοδεύεται με αύξηση της βιωματικής εμπλοκής στις τελικές συνεδρίες πιθανόν λόγω της ευχάριστης προοπτικής η οποία προδιαγράφεται για την ζωή του κατά το χρονικό τέλος των θεραπειών.

Ανάλογα αποτελέσματα σε μελέτες στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία δεν υπάρχουν, διότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί τέτοιου ερευνητικού προσανατολισμού μελέτες για αυτή την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Στη γνωστή, από προηγούμενες αναφορές σε αυτή τη μελέτη, έρευνα των Fitzpatrick και συν. (1999) δεν επιβεβαιώνεται η συσχέτιση της αύξησης της βιωματικής εμπλοκής ειδικά με αυτή τη συγκεκριμένη σημαντική ενδοσυνεδριακή στιγμή, την «αναφορά σε νέους τρόπους ύπαρξης εξωσυνεδριακά». Στην παρούσα μελέτη επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση με την αύξηση του βαθμού βιωματικής εμπλοκής και την αντιμετώπιση του συμπτώματος στην τελική χρονική φάση της ψυχοθεραπείας. Αυτό το εύρημα επικυρώνει και επεκτείνει τα ευρήματα της έρευνας των Fitzpatrick et al. (1999) και δημιουργεί σημαντικές συνέπειες για την έρευνα στην ψυχοθεραπεία και την ψυχοθεραπευτική πρακτική.

Για την ψυχοθεραπεία από το εύρημα αυτό προκύπτει ότι και η αναφορά σε νέους τρόπους ύπαρξης εξωσυνεδριακά αποτελεί μέρος των δύο μεταβλητών (σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές και βιωματική εμπλοκή) οι οποίες βοηθούν στην θεραπευτική διαδικασία (Mahrer, White, Howard, & Lee, 1991; Stalikas & Fitzpatrick, 1995; Fitzpatrick *et al.*, 1999). Επομένως οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες βοηθούν την αναφορά σε νέους τρόπους ύπαρξης εξωσυνεδριακά η οποία βοηθά την αύξηση της βιωματικής εμβάθυνσης πρέπει να επιλέγονται από τους θεραπευτές στη ΣΣΟΨ στις τελικές χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Από το εύρημα αυτό προκύπτουν επίσης συνέπειες για την έρευνα στην ψυχοθεραπεία. Από το εύρημα φάνηκε ότι και η ελάχιστη αυξητική μεταβολή της βιωματικής εμπλοκής σχετίζεται με την εμφάνιση αυτού του σημαντικού ενδοσυνεδριακού φαινομένου, γεγονός το οποίο αναδεικνύει τη σημασία της ενδεδειγμένης μελέτης μεταβλητών στη ΣΣΟΨ οι οποίες σχετίζονται με τη

συναισθηματική διεργασία του συστήματος, ακόμα και όταν παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα στις μετρήσεις, όπως η βιωματική εμπλοκή σε αυτή τη μελέτη.

Συμπερασματικά, σε σχέση με το έκτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσης μελέτης φαίνεται ότι μερικές ενδοσυνεδριακές στιγμές επιδρούν θετικά, προκαλώντας αύξηση της βιωματικής εμπλοκής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία σε διαφορετικές χρονικές φάσεις εξέλιξης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας σε συνεδρίες με θετική και μη θετική έκβαση. Αυτές οι ΣΕΣ είναι τέσσερις: Η αποκάλυψη σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους άλλους η οποία επιδρά στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας ανεξάρτητα της θεραπευτικής έκβασης. Η εκφραστική επικοινωνία η οποία επιδρά στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής σε όλες τις χρονικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας ανεξάρτητα από τη θεραπευτική έκβαση. Η αντιμετώπιση του συμπτώματος η οποία επιδρά στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής στις αρχικές και τελικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας σε περιπτώσεις θετικής θεραπευτικής έκβασης, ενώ σε περιπτώσεις μη θετικής θεραπευτικής έκβασης επιδρά στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής στις τελικές συνεδρίες. Και τέλος η εμφάνιση νέων τρόπων ύπαρξης εξωθεραπευτικά η οποία επιδρά στην αύξηση της βιωματικής εμπλοκής στις τελικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας σε περιπτώσεις θετικής θεραπευτικής έκβασης.

Σύνοψη κυριότερων συμπερασμάτων

Συνοψίζοντας τα σημαντικότερα συμπεράσματα αυτής της μελέτης πρέπει αρχικά να γίνει αναφορά σε αυτά τα οποία αφορούν το πρώτο ερευνητικό ερώτημα. Φάνηκε από τα ευρήματα ότι αν και όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες μελετήθηκαν πραγματοποιούνται σε όλες τις θεραπευτικές φάσεις, η πραγματοποιήσή τους και ο αυξημένος αριθμός τους ή ο μειωμένος αριθμός εμφάνισής τους σε συγκεκριμένες χρονικές φάσεις σχετίζεται με ευεργετική ή και μη θετική επίδραση στη θεραπευτική έκβαση. Πιο συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι και στη ΣΣΟΨ, η παρέμβαση «ενίσχυσης του θεραπευτικού δεσμού» η οποία παρέμβαση βοηθά στη μείωση της αντίστασης στη θεραπεία και την αποκατάσταση της θεραπευτικής συμμαχίας, όταν πραγματοποιείται συχνότερα στις χρονικά μεσαίες θεραπευτικές συνεδρίες, οπότε συνήθως υπάρχει μειωμένος βαθμός θεραπευτικής συμμαχίας, πράγματι σχετίζεται με την βελτίωση της τελικής θεραπευτικής έκβασης. Αυτό

πιθανόν συμβαίνει διότι η οικογένεια ισχυροποιείται στη θεραπευτική δέσμευσή της και έτσι διευκολύνεται το ευνοϊκό αποτέλεσμα της θεραπευτικής διεργασίας. Αντίθετα, αντίθετα η μη συχνή πραγματοποίηση της παρέμβασης σε αυτή τη χρονική φάση σχετίζεται με μη θετική θεραπευτική έκβαση.

Το εύρημα ότι η πραγματοποίηση της παρέμβασης των «κυκλικών ερωτήσεων» δεν συνδέεται με τη θετική θεραπευτική έκβαση είναι πραγματικά απρόσμενο και πολύ χρήσιμο για την θεραπευτική πρακτική και την εκπαίδευση στη ψυχοθεραπεία. Επίσης είναι χρήσιμο αλλά όχι απρόσμενο το ότι όταν χρησιμοποιείται συχνά επιδρά αρνητικά στη θεραπευτική έκβαση. Άλλο σημαντικό εύρημα είναι ότι η παρέμβαση της «εστίασης στην ισχύ», η οποία είναι μια συχνά χρησιμοποιούμενη θεραπευτική παρέμβαση, είναι θετικά αποτελεσματικότερη όταν πραγματοποιείται κυρίως προς το χρονικό τέλος των θεραπειών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το εύρημα ότι η παρέμβαση των «αναπλαισιώσεων» είναι βοηθητική για την θετική θεραπευτική έκβαση όταν πραγματοποιείται συχνότερα σε όλες τις χρονικές φάσεις της ΣΣΟΨ, ενώ όταν πραγματοποιείται σπανιότερα συνδέεται με αρνητική θεραπευτική έκβαση.

Αυτά τα ευρήματα είναι χρήσιμα για την ψυχοθεραπεία, διότι αποτελούν μια πρώτη και μέχρι σήμερα μοναδική χαρτογράφηση της σχέσης που έχουν μερικές ευρέως πραγματοποιούμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις στη ΣΟΨ με τη θεραπευτική έκβαση και με τη χρονική εξέλιξη της ψυχοθεραπείας. Η χαρτογράφηση αυτή παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για τον ψυχοθεραπευτή σχετικά με την ασφαλέστερη και αποδοτικότερη πραγματοποίηση των θεραπευτικών του παρεμβάσεων. Προσθέτει γνώση στην έρευνα της θεραπευτικής διαδικασίας μελετώντας αχαρτογράφητα μέχρι πρόσφατα πεδία, όπως είναι το πεδίο της συστημικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας και η σχέση μερικών παρεμβάσεων με τα χρονικά σημεία στα οποία πραγματοποιείται με τη θεραπευτική έκβαση. Τέλος, προσθέτει χρήσιμες πληροφορίες για την εκπαίδευση των συστημικών ψυχοθεραπευτών όσον αφορά τη θεραπευτική αξία και τον χειρισμό των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

Εδώ θα ήταν χρήσιμο να αναφερθεί ένας περιορισμός αναφορικά με τη γενίκευση των συμπερασμάτων όσον αφορά όλους τους τύπους της ΣΟΨ. Τα συμπεράσματα τα οποία συνάγονται σε αυτή τη μελέτη ενώ είναι γενικεύσιμα σε πρωτοκυβερνητικά μοντέλα οικογενειακής ψυχοθεραπείας, εν τούτοις δεν μπορούν με ασφάλεια να γενικευθούν σε δευτεροκυβερνητικά μοντέλα. Για να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα θα χρειασθούν ανάλογες έρευνες σε συστημικές

οικογενειακές θεραπείες οι οποίες θα βασίζονται κυρίως στις επιστημολογικές αρχές της Β΄ Κυβερνητικής.

Αυτός ο περιορισμός αφορά τα συμπεράσματα για όλα τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία μελετήθηκαν σε αυτή τη διατριβή, τα σημαντικότερα από τα οποία αναφέρθηκαν σε αυτό το υποκεφάλαιο και θα αναφερθούν στην συνέχεια.

Η μελέτη των ευρημάτων του δεύτερου ερωτήματος οδήγησε σε μερικά ιδιαίτερα χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με την εμφάνιση των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών στην ΣΣΟΨ. Το εύρημα ότι οι σημαντικές ενδοσυνεδριακές στιγμές (ΣΕΣ) στη ΣΣΟΨ είναι λιγότερες από ό,τι σε άλλου είδους ψυχοθεραπείες, με μόνη εξαίρεση την «αποκάλυψη σημαντικού υλικού», διαφοροποιεί την ΣΣΟΨ από κάθε άλλη ψυχοθεραπεία.

Από το εύρημα ότι στατιστικά σημαντικά εμφανίστηκαν λίγες κατηγορίες των ΣΕΣ στην θεραπεία ΣΣΟΨ, όπως η μείωση συμπτωμάτων, η εκφραστική επικοινωνία και οι νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά, σχηματίζεται το ειδικό της περίγραμμα του τρόπου και της συχνότητας εμφάνισης των ΣΕΣ στη ΣΣΟΨ. Συνάγεται σε το συμπέρασμα ότι αυτό το είδος ψυχοθεραπείας, αφενός, δεν ευνοεί τη εμφάνιση των περισσότερων ΣΕΣ οι οποίες είναι καταγεγραμμένες με την κλίμακα αυτή η οποία χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την μελέτη και οι οποίες εμφανίζονται σε ψυχοθεραπείες άλλων θεωρητικών προσεγγίσεων, αφετέρου δε, πιθανά να ευνοεί τη εμφάνιση άλλου τύπου σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών οι οποίες σε μελλοντικές μελέτες πρέπει να διερευνηθούν.

Επίσης από το εύρημα ότι η θετική θεραπευτική έκβαση σχετίζεται με την «αποκάλυψη σημαντικού υλικού» προκύπτει ότι η επιδίωξη των θεραπειών για τη πρόκληση της κατηγορίας «αποκάλυψη κλινικά σημαντικού υλικού για τον εαυτό και τους άλλους» στη ΣΣΟΨ είναι παρόμοια με άλλου τύπου ψυχοθεραπείες. Αντίθετα η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων» και η κατηγορία «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά» ακόμα και αν αριθμητικά εμφανίζονται λιγότερο στην θεραπεία ΣΣΟΨ από ό,τι σε άλλου τύπου ψυχοθεραπείες, συνδέονται με τη θετική θεραπευτική έκβαση. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι οι θεραπευτικές αλλαγές οι οποίες συμβαίνουν εξωσυνεδριακά σε θεραπείες με θετική έκβαση, αποτυπώνονται και ενδοσυνεδριακά. Αναλυτικότερα φάνηκε ότι η συχνότερη εμφάνισή αυτής της ΣΕΣ σε όλες τις χρονικές φάσεις της ψυχοθεραπείας συνδέεται με την θετική της έκβαση.

Η κατηγορία «μείωση συμπτωμάτων», όταν εκδηλώνεται σχετικά νωρίς, κατά το μέσον δηλαδή της ψυχοθεραπείας αποτελεί θετική ένδειξη για ευνοϊκή θεραπευτική

έκβαση, ενώ όταν η κατηγορία «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά» εμφανίζεται στο χρονικό μέσον και το χρονικό τέλος της ψυχοθεραπείας επίσης αποτελεί θετικό προγνωστικό παράγοντα για την έκβαση. Τα ευρήματα λοιπόν, αυτά είναι χρήσιμα για τους ψυχοθεραπευτές διότι αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για τη θεραπευτική έκβαση και είναι χρήσιμοι δείκτες της πορείας της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Επίσης προσθέτουν γνώση στο ανεξερεύνητο πεδίο της μελέτης της θεραπευτικής διαδικασίας στη ΣΟΨ.

Η εξέταση των ευρημάτων του τρίτου ερωτήματος οδήγησε σε μερικά συμπεράσματα ιδιαίτερα σημαντικά και χρήσιμα σχετικά με την εμφάνιση των σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών και τη σχέση τους με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στις διάφορες χρονικές φάσεις στην ΣΣΟΨ. Αναλυτικότερα φάνηκε ότι διαφορετικές ενδοσυνεδριακές στιγμές προκαλούνται από διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις ανάλογα με την χρονική φάση της ψυχοθεραπείας. Από τις συνδέσεις οι οποίες αποκαλύφθηκαν, ιδιαίτερη σημασία έχουν η «σύνδεση κυκλικών ερωτήσεων», «αναπλαισιώσεων» και «γενογραμματικών ερωτήσεων» με την κατηγορία «αποκάλυψης σημαντικού υλικού» σε θεραπείες με θετική θεραπευτική έκβαση. Φαίνεται ότι αυτές οι παρεμβάσεις όταν πραγματοποιούνται σε συγκεκριμένα χρονικά σημεία προωθούν τη θεραπευτική διαδικασία συμμετέχοντας στη πρόκληση ΣΕΣ οι οποίες αυξάνουν τις κλινικά σημαντικές πληροφορίες που εισάγονται στο σύστημα θεραπευτές –οικογένεια, και βοηθούν την προετοιμασία της θεραπευτικής αλλαγής. Επιπλέον, οι ερωτήσεις «εστίασης στην ισχύ» όταν πραγματοποιούνται στην κατάλληλη χρονική φάση, δηλαδή προς το τέλος της θεραπείας, συνδέονται με την εμφάνιση ΣΕΣ όπως η «μείωση συμπτωμάτων» και «νέοι τρόποι ύπαρξης εξωθεραπευτικά» τα οποία έχουν χαρακτηριστικά τα οποία περισσότερο προσομοιάζουν με το αποτέλεσμα της θεραπευτικής αλλαγής, δηλαδή με το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αντίθετα, έγινε φανερό, ότι μερικές θεραπευτικές παρεμβάσεις αν πραγματοποιηθούν συχνά σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές μπορούν να συνδεθούν με ΣΕΣ των οποίων η εμφάνιση δεν οδηγεί και αντίστοιχα σε θετική θεραπευτική έκβαση. Και αυτά επομένως τα ευρήματα πληροφορούν για την ποιότητα των επιδράσεων των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη θεραπευτική διαδικασία. Επίσης είναι χρήσιμα για τη έρευνα στη θεραπευτική διαδικασία αφού εισάγουν πληροφορίες για την θεραπευτική διαδικασία στην ΣΣΟΨ οι οποίες είναι μοναδικές λόγω έλλειψης ανάλογων ερευνών μέχρι σήμερα και ανοίγουν την συζήτηση για αυτά τα θέματα και για την ΣΟΨ γενικότερα. Όσον αφορά τη

ψυχοθεραπεία, αποτελούν χρήσιμες γνώσεις σχετικά με τις προσδοκίες για την ενδοσυνεδριακή επίπτωση των συγκεκριμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων και διευρύνουν τις γνώσεις για αποτελεσματική διαχείρισή τους εκ μέρους των ψυχοθεραπευτών. Συνολικά τα μέχρι αυτού του σημείου ευρήματα μπορούν να αποτελέσουν υλικό σημαντικό για την επαρκέστερη εκπαίδευση των ψυχοθεραπευτών στη ΣΣΟΨ αλλά και στις υπόλοιπες πρωτοκυβερνητικής επιστημολογίας συστημικές οικογενειακές ψυχοθεραπείες.

Η μελέτη των ευρημάτων σχετικά με τη βιωματική εμπλοκή έδειξε ότι κατά κύριο λόγο στη ΣΣΟΨ ο βαθμός βιωματικής εμπλοκής του θεραπευόμενου στην θεραπευτική λειτουργία είναι ιδιαίτερα μικρός στο μεγαλύτερο μέρος των θεραπευτικών διαλόγων, αν και αυτό δεν εμποδίζει την επιτυχή θεραπευτική έκβαση ή την εμφάνιση σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών. Το εύρημα ότι στο μεγαλύτερο μέρος των συνεδριών η εμπλοκή είναι χαμηλή και ότι αυξάνει μόνο σε ένα μικρό αριθμό δηλώσεων, δεν επιτρέπει την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τη σύνδεσή της με τη θεραπευτική έκβαση ή την εμφάνιση των ΣΕΣ ή την πραγματοποίηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alexander, J. F. (1988). Phases of family therapy process: A framework for clinicians and researchers. In L. C. Wynne (Ed.), *the state of the art in family therapy research: Controversies and recommendations* (pp. 175—187). New York: Family Process Press.
- Alexander, J. F., Barton, C., Schiavo, R. S., & Parsons, B. V. (1976). Systems—behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 656—664.
- Alexander, J. F., Holtzworth-Munroe, A., & Jameson, P., Allen E. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. (Eds.), Garfield, Sol Louis and Penny Brooke Bergin,. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.)(pp. 595-630). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Alexander, J. F., & Parsons, B.V. (1982). *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research* London: Chapman & Hall.
- Ancona, L., Mangiarotti, A., and Coope, C. (1999). The couple in group therapy as a source of hate. *Group Analysis*, 32 (4), 547-558.
- Andersen, H., & Goolishian, H. (1988). A View of Human Systems as Linguistic Systems: Some Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family process*, 27, 371-391.
- Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230-238.

- Asen, E., & Jones, E. (1999). *Systemic couple therapy and depression*. London: Karnac.
- Ashby, W.R. (1952). *Design for a brain*. London: Chapman & Hall.
- Athanasiades, Ch. (2008). Systemic thinking and circular questioning in therapy with individuals. *Counselling Psychology Review*, 23(3), 5-13.
- Atwood, D. J. (1992). The Field Today. In J. D. Atwood (Eds.), *Family Therapy A Systemic Behavioral Approach* Chicago: Nelson-Hal Publishers.
- Auerbach, A. H., & Luborsky, A. (1968). Accuracy of judgments of psychotherapy and the nature of the “Good Hour”. In J. M. Shlien, H. F. Hunt, J.D. Matarazzo, & C. Savage (Eds.), *Research in Psychotherapy*, 3, 155-168. Washington, D.C: APA.
- Barbado, A., & D’Avanzo, B. (2006). Marital therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art, No: CD004188. DOI: 10.1002/14651858.CD004188.pub2.
- Barkley, R. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkman, M., & Shapiro, A. D. (1986). Counsellor Verbal Response Modes and Experienced Empathy. *Journal of Counselling Psychology*, 33(1), 3-10.
- Bateson, G (1951) Communication. *The Social Matrix of Psychiatry*. New York: W.W. Norton & Co.
- Bateson, G (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. San Francisco: Chandler Publishing.
- Bateson, G (1979). *Mind and Nature: a Necessary unity* New York: Dutton.

- Bateson, G., Jackson, D. D (1964). Some varieties of pathogenetic organization. In David Mck. Rioch (Ed.), *Disorders of communication*. 42, (pp. 270-280). Research Publications. Association for Research in Nervous and Mental Disease.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, H. J. (1956) Toward a Theory of Schizophrenia *Behavioral Science* 1, 251-264.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. H. (1962). A note on the double bind. *Family Process*, 2, 154-161.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M.A. Hubble , B.L.Duncan, & S.D.Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 138-178). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Baucom, D., Shoham, V., Muescr, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 66, 53-58.
- Beck, D. F., & Jones, M. A. (1973). *Progress on family problems: A nationwide study of clients' and counselors' views on family agency services*. New York: Family Service Association of America.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Bemak, F, and Epp, L.P. (1996). The 12th curative factor: Love as an agent of healing in group psychotherapy. *Journal for Specialists in Group Work*, 21(2), 118-127
- Bennun, I. (1997). Systemic marital therapy with one partner: a reconsideration of theory, research and practice. *Sexual and Marital Therapy*, 12, 61-75.

- Benson, M., Zimmerman, T., Martin, D. (1991). Accessing Children's Perceptions of their Family: Circular Questioning Revisited. *Journal of Marital and Family Therapy* 17, 363 - 372.
- Berg, I. K., & De Jong, P. P. (1996). Solution-building conversations: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 77, 376-390.
- Bergin, A. & Garfield, S. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. Chichester: Wiley.
- Bertalanffy, L., von. (1950). An Outline of General Systems Theory. *British Journal of Philosophy of Science*, 1, 139-164.
- Bertalanffy, L., von. (1956). *General Systems Theory*. New York: Brasiliere.
- Bertrand, A. L. (1962). School Attendance and Attainment: Function and Dysfunction of School and Family Social Systems, *Social Forces*, 40, 228-233.
- Bertrando, P. (1994). Systemic family therapy intervention process, παρουσίαση στο 2ο International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia, Washington 12-16 Ιουνίου.
- Black, D., & Urbanowicz, M. (1987). Family intervention with bereaved children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 467-476.
- Bloch, D.A. (1985). The family as a psychosocial system. In S. Henao & N. P. Grose (Eds.), *Principles of family systems in family medicine*. N.Y: Brunner/Mazel.
- Blossom, H. J. (1991). The personal Genogram: An interview technique for selecting family practice residents. *Family Systems Medicine*, 9(2), 151-157.
- Bordin, E. (1980). *Of Human bonds than bind or free*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Pacific Grove, CA.

Blume, W.T. (2008). Retelling the Story of Couple and Family Counseling. *The Family Journal*, 16(1), 6-12.

Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). *Systemic Therapy with Individuals*. London: Karnac Books.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy*. New York: Basic Books.

Boulet, B.D., Souliere, D. M., Sterner, I. (1993). Good moments in Gestalt therapy: A descriptive analysis of two Perls sessions. *Canadian Journal of Counselling*. Vol 27(3) 191-202.

Bourgeois, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608—613.

Braverman, S. (1997). The use of genograms in supervision. In T.C. Todd & C. L. Stanton (Eds.), *The complete systemic supervisor: Context, philosophy and pragmatics*. (pp 349-362). Boston: Allyn & Bacon.

Broderick, B.C., Schrader, S.S. 1991. (1981). History of marital and family therapy. In A. S. Gurman., & D. P. Kniskern. (Eds.), *Handbook of Family Therapy* Vol 2. New York: Brunner/Mazel.

Brown-Standridge, M. D., & Piercy, F. P. (1988). Reality creation versus reality confirmation: A process study in marital therapy. *American Journal of Family Therapy*, 16, 195—215.

- Burbach, R., & Stanbridge, R. I. (1998). A family therapy intervention in psychosis service integrating systemic and family management approaches. *Journal of Family Therapy*, 20, 311-325.
- Butler, J. M., Rice, L. N., & Wasstaff, A. K. (1962). On the naturalistic definition of variables: An analogue of clinical analysis. In H. Strupp & L. Luborsky (Eds.), *Research in psychotherapy* (Vol. 3, pp. 178-205). Washington, DC: American Psychological Association.
- Byng-Hall, J., Campbell, D., Papadopoulos R. (1996). *Manual Systems integrative Family Therapy*. London: Tavistock Clinic NW3 5BA.
- Byrne, M., Carr, M., Clark, M. (2004). The efficacy of couples-based interventions for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Family Therapy*, 26, 105-125.
- Campbell, D., Draper, R., Crutchley, E. (1991). The Milan Systemic Approach to Family Therapy. In A. S. Gurman & D.P. Kniskern (Ed's.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Capra, F. (1983). *Wendezeit*. München: Scherz.
- Carr, A. (1995). *A Step-by-Step Guide to Family Therapy*. Switzerland: Harwood Academic Publishers GmbH.
- Carr, A. (2000a). Evidence-Based Practice in Family Therapy and Systemic Consultation I: Child focused problems. *Journal of Family Therapy*, 22, 29-60.
- Carr, A. (2000b). Evidence-Based Practice in Family Therapy and Systemic Consultation II: Adult focused problems. *Journal of Family Therapy*, 22, 273-295.
- Carr, A. (2006). *Family Therapy Concepts, Process and Practice*. Second Edition Chichester, England: John Wiley & Sons.

- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy* 31(1), 46–74.
- Carson, R. C. (1969). *Interaction concepts of personality*. Chicago: Aldine.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression. A study of unique and common factors. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 64, 497-507.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 405-413.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A. (1994). *The cybernetics of prejudices in the practice of psychotherapy*. London: Karnak Books.
- Chamberlain, P., Patterson, G., Reid, J., Kavanagh, K. & Forgatch, M. (1984). Observation of client resistance. *Behavior Therapy*, 15, 144—155.
- Chamberlain, P., & Rosicky, J. (1995). The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 441-159.
- Chan, G. J. (2003). An Examination of Family –Involved Approaches to Alcoholism Treatment. *The Family Journal*, 11(2), 129-138.
- Claiborn, C. D., and Dowd, E. D. (1985) Attributional interpretations in counseling: content versus discrepancy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 186-96.
- Cline, V. B., Mejia, J., Coles, J., Klein, N., & Cline, R. A. (1984). The relationship between therapist behaviors and outcome for middle- and lower-class couples in marital, therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 691—704.

Colapianto, J. (1991). Structural Family Therapy. In A. S. Gurman & D.P. Kniskern (Ed's.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Routledge Taylor & Francis Group

Conoley, & Beard, (1984).The Effects of a Paradoxical Intervention
On Therapeutic Relationship Measures. *Psychotherapy*, 21(2), 273-278.

Conoley, W. C., & Garber, A. R. (1985). Effects of Refraining and Self-Control Directives on Loneliness, Depression, and Controllability. *Journal of Counseling*, (32)1, 139-142.

Conoley, W. C., & Scheel, J. M. (1998). Circular questioning and neutrality: an investigation of the process relationship. *Contemporary Family Therapy*, 20(2), 221-235.

Coontz, S. (2005). *Marriage, a History. From Obedience to Intimacy, or How Love Conquered Marriage*. Viking Penguin: USA.

Cottrell, D., & Boston, P. (2002). Practitioner Review: The Effectiveness of Systemic Family Therapy for Children and Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 573-586.

Coupland, K. S., & Serovich, M. J. (1999). Effects of couples perceptions of genogram's construction on therapeutic alliance and session impact: a growth curve analysis. *Contemporary Family Therapy*, 21(4), 570-579.

Γκάμπαντ, Ο. Γκλέν. (2010). *Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μακράς διάρκειας*. (Παναγιώτης Θεοδωρόπουλος μετάφραση) Αθήνα: Μ/Συνάψεις.(Πρωτότυπο έργο δημοσιευμένο 2004)

Crouch, M. A., & McCauley, J. (1986). Interviewing style and response to family information by family practice residents. *Family Medicine*, 18, 15-18.

- Dare, C., Eisler, I., Colahan, M., Cowther, C., Senior, R. & Asen, A. (1995). The listening heart and the chi square: clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy* 17, 31-57.
- Dattilio, F.M., Epstein, N, B., & Baucom, D. H.(1998). An introduction to cognitive-behavioral therapy with couples and families. In F.M. Dattilio (Ed.), *Case studies in couple and family therapy: Systemic & cognitive perspectives*. New York: Guilford Press.
- Dattilio, F.M., & Padesky, C.A. (1990). *Cognitive therapy with couples*._ Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Dermot, R., Carr, A. (2001). A study of the differential effects of Tomm's questioning styles on therapeutic alliance. *Family Process*. Vol 40(1), 67-77.
- De Rubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive behavioural therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.
- De Shazer, St. (1986). Ein requiem der macht *Zeitschrift für systemische therapie*, 4, 208-212.
- Dozier, M. R., Hicks, W. M., Cornille, A. T., & Peterson, G. (1998). Effect of Tomm's therapeutic questioning styles on therapeutic alliance: A clinical analog study. *Family Process*, 37, 189-200.
- Draper, R., Gower, M., & Huffington, C. (1990). *Teaching Family Therapy*. London: Karnac Books.
- Drechsler, R. J., & Shapiro, M. I. (1963). "Two Methods of Analysis of Diagnostic Data," *Family Process*, 2, 376-379.
- Dunn, L R., & Schwebel, I.A. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology*, 9(1), 58-68.

- Durell, V. (1969). Adolescents in Multiple Family Group Therapy in a School Setting. *International Journal of Group Psychotherapy*, 19, 44-52.
- Eaton, T. T., N Abeles, N., & Gutfreund, M. J.(1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pre-treatment symptomatology. *Psychotherapy*, 20, 35-43.
- Edwards, M., & Steinglass, P. (1995). Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 475-509.
- Eisler, L., LeGrange, D., & Asen, E. (2002). Family Interventions. In Treasure, U. Schmidt and E. Van Furth (Eds.), *Handbook of Eating Disorders*. Chichester: Wiley.
- Elliott, R. A. (1983). Fitting process to the practising psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 47-55.
- Elliott, R. A. (1983). That in your hands. A comprehensive analysis of significant event in psychotherapy. *Psychiatry*, 46, 113-129.
- Elliott, R. A. (1984). A discovery-oriented approach to significant change in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process. In L. N. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249-286). New York: Guilford Press.
- Elliott, R. A., Barker, C. B., Caskey, N., & Pistrang, N. (1982). Differential helpfulness of counselor verbal response modes. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 354-61.
- Elliott, R E., James, E., Reimschuessel, C., Cislo, D., & Sacks, N. (1985). Significant events and the analysis of immediate therapeutic impacts. *Psychotherapy*, 22, 620-630.

- Ellis, A. (1979). Rational -emotive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th Ed.). Itasca, IL: Peacock.
- Epstein, N.B. (1992). Marital therapy. In A. Freeman & F. M. Dattilio (Eds.), *Coprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum.
- Erlanger, M. (1991). Using the genogram with an older client. *Journal of Mental health Counseling*, 12, 321-331.
- Feldman, D.A., Strong, S.R., & Danser, D.B., 1982. A comparison of paradoxical and non paradoxical interpretations and directives. *Journal of Counseling Psychology*. 29, (6). 572-579.
- Ferreira, A. J., Winter, W. D, & Poindexter, E. J. (1966). Some Interactional Variables in Normal and Abnormal Families. *Family Process*, 5, 60-75.
- Fife, T. S., Weeks, R. G., & Gambescia. N. (2008). Treating Infidelity: An Integrative Approach. *The Family Journal*, 16(4), 316-323.
- Fisch, R., Weakland, J.H., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey Bass.
- Fish, N.J., & Priest, B. J. (2011). Identity Structures: Holons, Boundaries, Hierarchies, and the Formation of the Collaborative Identity. *The Family Journal*, 19, (2), 182-190.
- Fishbane, M. D. (2011). Facilitating Relational Empowerment in Couple Therapy. *Family Process*, 50, 337–352.
- Fitzpatrick, M. (1997). *The working alliance, therapist interventions, client experiencing, and client good moments: A Psychotherapy process study*. Διδακτορική Διατριβή, McGill University, Montreal, Canada.

- Fitzpatrick, R. M., Stalikas, A., & Iwakabe, S. (2001). Examining counsellor interventions and client progress in the context of the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol 38(2), 160-170.
- Fitzpatrick, R. M., Peternelli, L., Stalikas, A., & Iwakabe, S. (1999). Client Emotional Involvement and Occurrence of In-Session Therapeutic Phenomena. *Canadian Journal of Counselling*, 33(3), 179-194.
- Fleiss, J.K. (1981). Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley.
- Fleuridas, C., Nelson, T., & Rosenthal, D. (1986). The Evolution of Circular Questions: Training Family Therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, (2), 113 – 127.
- Foa, B. E., & Kozak, J. M. (1991). Emotional processing: theory, research, and clinical implications for anxiety disorders. In L. S. Greenberg & J. Safran (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change*. New York: Guilford Press.
- Foerster, H. Von. (1981). *Observing systems: Selected Papers of Heinz von Foerster* Seaside, CA: intersystems
- Foerster, H. Von. (1990). Ethics and Second-order Cybernetics. *Paper delivered at the International Conference on Systems and Family Therapy: Ethics, Epistemology, New Methods*. Paris.
- Forman, L. (2002). Transgenerational Marital therapy. In Alan Gurman & Neil Jacobson (Eds.), *Clinical Handbook of Couple Therapy*. N.Y: Guilford Press.
- Foster, A. M., Jurkovic, J.G., Ferdinand, G. L., & Meadows, A.L. (2002). The Impact of the Genogram on Couples: A Manualized Approach. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 10, 34-40.

Frank, D. J. (1971). Therapeutic Factors in Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350–361

Frank, D. J. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy, research and behaviour change* (Vol. 1, pp. 5-37). Washington, DC: APA.

Frank, A.F., & Gunderson, J.G. (1990). Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47(3), 19-32.

Frank, D. J., & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Frankl, V. (1952). *Psicoterapia nella pratica medica* (B. Frick,,Μετάφρ.). Roma:Giunti-Barbera. (πρωτότυπο έργο 1952)

Franklin, P. (1969). Family Therapy of Psychotics. *American Journal of Psychoanalysis*, 29, 50-56.

Fredman, G., Christie, D., & Bear, N. (2007). Reflecting Teams with Children: The Bear Necessities. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(2), 211-222.

Freud, S. (1959). *Fragments of an analysis of a case of hysteria (1905)*. Collected papers (Vol.3). New York: Basic Books.

Friedlander, M. L., Eliis, M. V., Raymond, L., Siegel, S. M., & Milford, D. (1987). Convergence and divergence in the process of interviewing families. *Psychotherapy*, 24, 570—583.

Friedlander, M. L., Escudero V., & Heatherington L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., McKee, & Cutting, M. (2004). *System for Observing Family Therapy Alliance (SOFTA-o) training manual –revised*. Retrieved September 28, 2005, from http://www.softa-soatif.com/docusofta/softa%20instruments/manuales/Softa_CodingManual.pdf
- Friedlander, M. L., Heatherington, L., Johnson, B., & Skowron, E. A. (1994). Sustaining engagement: A change event in family therapy. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 438—448.
- Friedlander, M. L., & Phillips, S. D. (1984). Stochastic process analysis of interactive discourse in early counseling interviews. *Journal of Counseling Psychology, 31*, 139-148.
- Friedlander, L. M., Wildman, J. L., Heatherington, L., & Skowron, A. E. (1994). What We Do and Don't Know About the Process of Family Therapy. *Journal of Family Psychology, 8*(4), 390-416.
- Friedman, N. (2007). Focusing-Oriented Therapy. New York: iUniverse.
- Gabbard, O. Glen. (2004). *Long term psychodynamic psychotherapy, a basic text*. Arlington, VA, USA: American Psychiatric Publishing.
- Gale, J. & Newfield, N. (1992). A conversation analysis of a solution-focused marital therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy, 18*, 153—165.
- Garduk, E., & Haggard, E. (1972). Immediate effects on patients of psychoanalytic interpretations. *Psychological Issues, 7*, 15—23 .
- Garfield, S. L. (1973). Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, (1), 9-12.

- Gaston, L., Marmar, C.R., Gallagher, D., & Thompson, L.W. (1990, June). *Alliance prediction of outcome: Beyond initial symptomology and symptomatic change*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Philadelphia, PA.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L. & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. Psychotherapy Research, 8, 190-209.
- Gazzola, N., & Stalikas, A. (1997). An investigation of counsellor interpretations in client-centred therapy. *Journal of Integrative Psychotherapy*, 7(4), 313-327.
- Gazzola, N., Iwakabe, S., Stalikas, A. (2003). Counsellor interpretations and the occurrence of in-session client change moments in non-dynamic psychotherapies. *Counselling Psychology Quarterly*, Vol 16(2), 81-94.
- Gelcer, E., McCabe, A., Smith-Resnick, C. (1990). *Milan Family Therapy: Variant and Invariant Methods*. London: Jason Aronson.
- Gelso, C.J., & Carter, J.C. (1994). Components of psychotherapy relationship, their interaction and unfolding treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306.
- Gendlin, E.T. (1969). Focusing. *Psychotherapy, Research and Practice*, 6(1), 29-39.
- Gendlin, E.T., Beebe, J., Cassens, J., Klein, M., & Oberlander, M. (1968). Focusig ability in psychotherapy, personality, and creativity. In J. M. Shlein (Ed.), *Research in psychotherapy*, 3, pp.217-213 Washington: American Psychology Assosiation.
- Gendlin, E.T., Jenney, R., & Shlein, J. M. (1960). Counselor ratings of process and outcome in client-centered therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 16, 210-213.

- Gendlin, E.T., & Tomlinson, T. M. (1967). The process conception and its measurement. In C. R. Rogers , E.T. Gendlin, D.J. Kiesler, & C.B. Truax. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics* (p.109-131). Madison: University of Wisconsin Press.
- Gerrard, J. (1996). Love in the time of psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 13(2), 163-173.
- Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477-498.
- Gladding, T. S., & Cox, E. (2008). Family Snapshots: A Descriptive Classroom Exercise in Memory and Insight. *The Family Journal*, 16(4), 381-383.
- Glaserfeld, E. Von. (1987). *The construction of knowledge*. Salinas, CA: Intersystems.
- Glick, D. I., Spencer, JR. J., Haas, G., Lewis, A., Peyser, Y., DeMane, N., Good-Ellis, M., Harris, E., Lestelle, V. A. (1985). A controlled evaluation of inpatient family intervention. *Archives General Psychiatry*, 42, 882-886.
- Goldenberg, I., Goldenberg, H. (2000). *Family therapy, an Overview*. New York: Wasdworth.
- Goolishian, H. A. (1962). A Brief Psychotherapy Program for Disturbed Adolescents, *American Journal of Orthopsychiatry*, 32, 142-148.
- Goolishian, H. A., & Anderson, H. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications of clinical theory. *Family process*, 27. 142-156.
- Gomes-Schwartz, B., & Schwartz , J. M. (1978). Psychotherapy process variables distinguishing the “inherently helpful” person from the professional psychotherapist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 196-197.

- Gordon, D., & Horvath, A. (1997). Three sessions of brief couples therapy: A clinical trial. *Journal of Family Psychology, 11*(4), 422-435
- Gordon, M.K., & Toukmanian, G.S. (2002). Is how it is said important? The association between quality of therapist interventions and client processing. *Counselling and Psychotherapy Research, 2*, 88-98.
- Grater, H., & Claxton, D. (1976). Counselor's empathy level and client topic changes. *Journal of Counseling Psychology, 23*, 407-408.
- Greenberg, L. S. (1984). A task analysis of interpersonal conflict reduction. In L.S. Rice and L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of Change* (pp. 67-123). New York: Guilford Press.
- Greenberg, S. L., & Dompierre, M. L. (1981). Specific effects of Gestalt two-chair dialogue on intrapsychic conflict in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 28*(4), 288-294.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential therapies. In Bergin AE and Garfield SL (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, fourth edition. New York: John Wiley.
- Greenberg, L. S., Ford, C. L., Alden, L. & Johnson, S. M. (1993). In-session change in Emotionally Focused Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 78—84.
- Greenberg, L. S., James, P. S. & Conry, R. F. (1988). Perceived change in couples therapy. *Journal of Family Psychology, 2*, 5-23.

- Grencavege, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- Guerin, P. J. (1976) Family therapy: the First Twenty –Five Years. In Guerin. P.J. (Eds.) *Family therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner Press.
- Gunderson, J. G., Najavits, L. M., Leonhard, C., Sullivan, C. N. & Savo, A. N. (1997). Ontogeny of the therapeutic alliance in borderline patients. *Psychotherapy Research*, 7, 301-309.
- Gurman, A. S., Kniskern, D. P. & Pinsof, W. M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis (3rd ed., pp.565—624)*. New York: Wiley.
- Guttman, H. A. (1986) Epistemology, Systems Theories and the Theory of Family Therapy. *American Journal of Family Therapy* 14, 13-22
- Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grunne & Straton.
- Haley, J. (1968). Control in Psychotherapy with Schizophrenics. In D. Jackson (Ed.), *Therapy, communication and control*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Haley, J. (1979). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hallowitz, D. (1963). Family Unit Treatment of Character-Disordered Youngsters, *Social Work Practice*, 84-101.
- Han Gi Baeg. (2004), Analysis of Change Experience in Group Counseling. *Constructivism in the Human Sciences*. Vol 9(2), 77-94.

- Hardin, G. (1966). The Cybernetics of Competition: A Biologist's view of Society. In Shepard, P. & Mc Kinley, D. (Eds.), *The Subversive Science: Essay Toward an Ecology of Man*. Boston: Houghton Mifflin.
- Harrington, R., Whittaker, J., & Shoebridge, P. (1998). Psychological treatment of depression in children and adolescents. A review of treatment research. *British Journal of Psychiatry*, 173, 291-298.
- Hartley, D.E., & Strupp, H.H. (1983). The therapeutic alliance: It's relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Mashling (Ed.), *Empirical studies in analytic theories*, (pp.1-37). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hazelrigg, M. D., Cooper, N.M., & Borduin, C.M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis. Psychological Bulletin, 101, 428-442.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Complementarity and symmetry in family therapy communication. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 261—268.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 299—306.
- Hedges, F. (2005). *An introduction to systemic therapy with individuals*. New York: Palrave Macmillan.
- Henggeler, W.S., Borduin, C.M., & Mann, B.J. (1993). Advances in Family therapy: Empirical foundations. *Clinical Child Psychology*, 15, 207-241.
- Heppner, P.P., Kivlinghan, M. D., & Wampold, E. B. (1999). *Research Design in Counseling*. Belmont CA USA: Wadsworth Publishing Company.

- Hersoug, A.G., Monsen, J. T., Havik, O. E., & Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 18-27.
- Hill, E. C. (1990) A review of exploratory in-session process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-94.
- Hill, E. C. (1992). An overview of four measures developed to test the Hill process model: Therapist interventions, therapist response modes, client reactions, and client behaviors. *Journal of Counselling and Development*, 70, 728-739.
- Hill, C. E., Carter, J. A., & O'Farrell, M. K (1983). A case study of the process and outcome of time limited counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 3-18,
- Hill, E. C., & O'Grady, K E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 3-22.
- Hinshaw, S., Klein, R., & Abikoff, H. (1998). Childhood attention deficit hyperactivity disorder: non-pharmacological and combination approaches. In P. Nathan & J. Gorman (Eds.), *A Guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of Family Therapy: a Conceptual Framework for Systemic Change*. New York: Basic Books.
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: an art of lenses. *Family Process*, 29, 1-12.
- Hoffman, L (2002). *Family therapy: an intimate history*. N.Y: W. W. Norton.
- Holloway, E. L., Wampold, B. E., & Nelson, M. L. (1990). Use of a paradoxical intervention with a couple: An interactional analysis. *Journal of Family Psychology*, 3, 385—402.

- Holtzworth-Munroe, A., Jacobson, N.S., DeKlyen, M., Whisman, M.A. (1989). Relationship between behavioral marital therapy outcome and process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 658-662.
- Horowitz, M. J. (1987). *States of mind: Configurational analysis of individual psychology*. New York: Plenum.
- Horowitz, L.M., Sampson, H., Siegelman, E.Y., Weiss, J., Goodfriend, S. (1978). Cohesive and dispersal behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 556-564.
- Horvath, O.A. (1994). Research on the alliance. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38, 365-372.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, O.A., & Greenberg, L.S. (1994). *The Working alliance: theory, research, and practice*. New York: Wiley Series.
- Horvath, O.A., Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(4), 561-573.
- Horvath, O. A., & Symonds, B.D. (1991). Relation between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 139-149.
- Hoyt, M. F. (1980). Therapist and patient actions in “good” psychotherapy sessions. *Archives of General Psychiatry*, 37, 159-161.

- Hubble, M.A., Duncan, B. L., & Miller, S. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy?* Washington, DC: The American Psychological Association.
- Jackson, D. (1957). The question of family homeostasis. *The Psychiatric Quarterly Supplement*. New York: New York State Department of Mental Health, Utica.
- Jackson, D. (1963). A suggestion for the Technical Handling of Paranoid Patients. *Psychiatry*, 26, 306-307.
- Jackson, D. (1965). Family rules: Marital quid pro quo. *Archives of General Psychiatry*, 12, 589-594.
- Johnson, M.S., Greenberg, S.L. (1985). Differential Effects of Experiential and Problem-Solving Interventions in Resolving Marital Conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(2), 175-184.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175-183.
- Jones, E. (1993). Family System's Therapy. In D. Bloch (Ed.), *Family System's Therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Jones, E. E., Cumming, D.J., Horowitz, J.M. (1988). Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48-55.
- Jones, E. K., Lettenberger, L. C., & Wickel, K. (2011). A Structural/Strategic Lens in the Treatment of Children With Obesity . *The Family Journal*, 19, (3), 340-346.
- Jordan, K. (2004). The color-coded timeline trauma genogram. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(1), 23-34.

- Joyce, A. S., Duncan, S. C., & Piper, W. E. (1995). Task analysis of “working” responses to dynamic interpretation in short-term individual psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 5, 49-62.
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 236-248.
- Ivey, A.E., Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (1996). *Counseling and psychotherapy: A multicultural perspective*. (4th. Ed.)_Boston: Allyn & Bacon.
- Iwakabe, S. (2004). Client experience in the initial psychotherapy session: Practice-oriented research program at Clinical Psychology Center at Sapporo Gakuin University. *Bulletin of Clinical Psychology Centre at Sapporo Gakuin University*, 4, 1-16.
- Kahr, B. (2005). The fifteen key ingredients of good psychotherapy. How does psychotherapy work? In Ryan, Jane (Eds.), *How does psychotherapy work?* London: Karnac Books.
- Καλαντζή-Αζίζη, Α. (2002). *Αυτογνωσία και Αυτοδιαχείριση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Karon, B. P., & O’ Grady, P. (1969). Intellectual test changes. *Psychotherapy*, 6, 88-96.
- Karon, B. P., Vandenbos, G. R. (1970). Experience, Medication and the effectiveness of Psychotherapy with schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 116, 427-428.

- Kaufman, I., Frank, T., Friend, J., Heims, L. W. and Weiss, R. (1962). Success and Failure in the Treatment of Childhood Schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 118, 909-915.
- Kazdin, A.E. (1998). Psychosocial treatments for conduct disorder in children. In P. Nathan & J. Gorman (Eds.), *A Guide to treatments that Work* (pp. 65-89). N.Y: Oxford University Press.
- Kazdin, A.E., Siegel, T.C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behaviour in children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, 733-747.
- Keeney, B.P. (1983). *Aesthetics of change*. New York: Guilford Press.
- Kelley, M. L., & Fals-Stewart, W. (2002). Couples versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psychosocial functioning. *Journal consulting clinical psychology*, 70, 417-427.
- Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. New York: Norton.
- Kiesler, D. J. (1971). Patient experiencing and successful outcome in individual psychotherapy of schizophrenics and psychoneurotics. *Journal of Clinical and Consulting Psychiatry*, 37, 370-385.
- Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy: empirical foundations and systems of analysis*. Hawthorne, New York: Aldine.
- Kim, J. S. (2006). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy A meta-analysis using random effects modeling. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin, TX.

- Kimberley, M. G., & Shaké, G. T. (2002). Is how it is said important? The association between quality of therapist interventions and client processing. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2, 88-98.
- Kleene, S. C. (1956). Representation of events in nerve nets and finite automata. In C. E. Shannon & J. McCarthy (Eds.), *Automata studies*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P. & Kiesler D.J. (1970). The experiencing scale. A research and training manual. Wisconsin: Psychiatric institute. University of Wisconsin
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P. & Kiesler D.J. (1986). The experiencing scales, In L.S.Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21-71), New York: Guilford Press.
- Koestler, A. (1964). *The Act of Creation*. New York: The MacMillan Company (Picador, 3rd printing).
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16-21.
- Κουνένου, Ε. Κ. (2010). *Συμβουλευτική και θεραπεία οικογένειας*_Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elikin, I., & Pilkonis, P. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Kuehl, P. B. (1995). The solution-oriented genogram: A collaborative approach. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 239-250.

- Kuehl, P. B., Barnard, P. C., & Nelson, S. T. (1998). Making the genogram solution based. In Nelson. S. Thozana & Trepper. S. Terry (eds.), *In 101 more interventions in family therapy*. N.Y: Horworth Press.
- Lebow, J. (1997), The Integrative Revolution in Couple and Family Therapy. *Family Process*, 36, 1–17.
- Laing R. D. (1959). *The divided self* London: Tavistock publications limited.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implication for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*, (pp. 94-129). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs* (pp. 17-32). London: Oxford.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In Bergin AE and Garfield SL (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, fourth edition*. New York: Wiley.
- Langsley, D., Flowmenhaft, K. and Machotka, P. (1969). Follow-up Evaluation of Family Crisis Therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 39, 753-759.
- Langsley, G. D., Kaplan, M. D., Dittman, S. F., M. D. Davel Machotka, D., Flomenhaft, K., & DeYoung, D.C. (1968). *The Treatment of Families in Crisis*. New York: Grune and Stratton.
- Larner, G. (2009), Integrating family therapy in adolescent depression: an ethical stance. *Journal of Family Therapy*, 31, 213–232.

- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chislom, D., & Everitt, B. (2000). The London Depression Intervention Trial: Randomized controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Levit, M. H., & Bonin-Piazza, E. (2011). Therapists' and clients' significant experiences underlying psychotherapy discourse. *Psychotherapy Research Volume 21(1)*, 70-85.
- Levit, M. H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324.
- Lewis, M. C., & Beck, P. A. (1983). Experiencing level in the process of group development. *Journal Group*, 7(2), 18-26.
- Lieberman, R. P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40, 106-118.
- Lieberman, P. B., von Rehn, S., Dickie, E., Elliott, B., & Egerter, E. (1992). Therapeutic effects of brief hospitalization: The role of therapeutic alliance. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1, 56-63.
- Lichtenberg, J., & Barke, K. (1981). Investigation of transactional communication relationship patterns in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 28(6), 471-480.
- Liddle, H., & Dakof, G. (1995). Efficacy of family therapy for drug abuse: promising but not definitive. *Journal of Marital and Family therapy*, 21, 511-543.

- Lidz, T., Cornelson, A.R., Fleck, S., & Terry, D. (1957). The Intrafamilial Environment of Schizophrenic Patients. The Father. *Psychiatry*, 20, 329-342.
- Lopez, G. F., Brennan, A. K. (2000). Dynamic Processes Underlying Adult Attachment Organization .Toward an Attachment Theoretical Perspective on the Healthy and Effective Self. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 283-300.
- Lopez, G. F., & Wambach, C. (1982). Effects of paradoxical and self-control directives in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 115-124.
- Luborsky, L. (1967). Momentary forgetting during psychotherapy and Psychoanalysis: A theory and research method. In R. R. Holt (Eds.), *Motives and thought: Psychoanalytic essays in honor of David Rapaport* (pp. 177-217). New York: International Universities Press.
- Luborsky, L., & Auerbach, A. H. (1969). The symptom-context method: Quantitative studies of symptom formation in psychotherapy. *Journal Of the American Psychoanalytic Association*, 17, 68-99.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G.E., O'Brien, C.P., & Auerbach, A. (1985). Improving Drug Abuse Treatment, Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry* 42, 602-611.
- Luborsky, L., & Mintz, J. (1975). Investigation of symptom onset conditions. *Psychoanalysis and Contemporary Science*, 3, 233-268.
- Luborsky, L., Singer, B., Hartke, J., Crits-Christoph, P., & Cohen, M. (1984). Shifts in depressive state during psychotherapy: Which concepts of depression fit the context of Mr. Q's shifts? In L. N. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change* (pp. 157-193). New York: The Guilford Press.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies; "Is it true that everybody has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

- Ludewig, K. (1992). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer theorie und praxis*. Stuttgart: Klett.
- Lund, K. L., Zimmerman, T. S., & Haddock, A. S. (2002). The theory, structure, and techniques for the inclusion of children in family therapy: a literature review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(4), 445–454.
- MacGregor, R. (1962). Multiple Impact Psychotherapy with Families. *Family Process*, 1, 15-29.
- Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Madanes, C., Haley, J. (1977). Dimensions of Family Therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 88-98.
- Mahrer, R. A. (1985). *Psychotherapeutic change: An alternative approach to meaning and measurement*. New York: Norton.
- Mahrer, R. A. (1988). Research and clinical applications of “good moments” in psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7, 81-93.
- Mahrer, R. A., & Gervaise, A. P. (1984). An integrative review of strong laughter in psychotherapy: What is it and how it works. *Psychotherapy*, 21 (4), 510-516.
- Mahrer, R. A., & Nadler, P. W. (1986). Good Moments in Psychotherapy: A Preliminary Review, a List, and Some Promising Research Avenues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, (1), 10-15.
- Mahrer, R. A., Nadler, W. P., Gervaise, P. A., Sterner, I., & Talitman, A. E. (1988). Good moments in rational emotive therapy: some unique features of this approach. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 6(3), 147-161.

- Mahrer, R. A., Lawson, C. K., Stalikas, A., & Schachter, M. H. (1990). Relations between strength of feeling, type of therapy, and occurrence of in-session good moments. *Psychotherapy*, 27(4), 531-541.
- Maher, A.R., Stalikas, A., Boissoneault, M. Trainor., K. & Pilloud, L. (1990). A scale for assessing degree of strength of client feeling. *Canadian journal of Counseling*, 24(2), 107-116.
- Mahrer, R. A., White, V. M., Howard, M. T., Gagnon, R., & MacPhee, D. C. (1992). How to bring about some very good Moments in psychotherapy sessions. *Psychotherapy Research* 2(4) 252-265.
- Mahrer, R. A., White, V. M., Howard, M. T., & Lee, A. C. (1991). Practitioner methods for heightening feeling expression and confrontational strengths. *Psychotherapy and Private Practice*, 9, 11-25.
- March, J., Mulle, K., & Herbel, B. (1994). Behavioural psychotherapy for children and adolescents with OCD: an open trial of new protocol-driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 333-341.
- Markowitz, I. (1966). Family Therapy in a Child Guidance Clinic. *Psychiatric Quarterly*, 40, 308-319.
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S., & Marziali, E. (1986). The development of the therapeutic alliance rating system. In L. S. Greenberg & W. M Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 367-390). New York: Guilford Press.
- Marmar, C.R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 46-52.

- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, 438-450.
- Martin, J., Martin, W., & Slemon, A.G. (1987). Cognitive mediation in person – centred and rational-emotive therapy. *Journal of Counseling*, 34, 251-260.
- Martin, D. J., Martin, W., & Slemon, A. (1989). Cognitive- mediational models of action-act sequences in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 8-16.
- Martin, D. J., & Stelmazonek, K. (1988). Participants = identification of and recall of important events in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 385-390.
- Marziali, E. (1984). Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. *Archives of General Psychiatry*, 41, 301-305.
- Marziali, E., Marmar, C.R., & Krupnick, J. L. (1981). Therapeutic alliance scales: development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry*, 138(3), 361-364.
- Mas, C. H., Alexander, J. F. & Barton, C. (1985). Modes of expression in family therapy: A process study of roles and gender. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 411—415.
- Mashal, M., Feldman, R., Slgal, J. (1989). The Unraveling of a Treatment Paradigm: A Follow up Study of the Milan Approach to Family Therapy. *Family Process*, 28, 457-470.
- Mathieu-Coughian, P., & Klein, M. H. (1984). Experiential psychotherapy: Key events in client-therapist interaction. IN L. N. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy Process* (pp. 213-248). New York: Guilford Press.

- Maturana, H. (1978). Biology of language: The epistemology of reality. In G.A. Miller & E. Lenneberg (Eds.), *Psychology and Biology of language and thought*. New York: Academic Press.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *The tree of knowledge*. Boston: Shambhala.
- Mauksch, B. L., & Roesler, T. (1990). Expanding the context of the patient's explanatory model using circular questioning. *Family Systems Medicine*. Vol 8(1), 3-13.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Shellenberger, S. (1999). *Genograms: Assessment and intervention*. New York: Norton.
- McIlvain, H., Crabtree, B., Medder, J., Stange, C. K., & Miller, L. W. (1998). Using Practice Genograms to Understand and Describe Practice Configurations. *Family Medicine*, 30(7), 490-496.
- McMullin, R. (2000). *The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques*. London: Norton. W.W.
- Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., Greenberg, L., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychotherapy Research*, 20(6), 692-701.
- Messer, S. B., Tishby, O., & Spillman, A. (1992). Taking context seriously in psychotherapy research: relating therapist interventions to patient progress in brief psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 678-88.
- Miehls, D. (1992). Conjoint treatment with narcissistic couples: strategies to increase empathic interaction. *Smith college studies in social work*, 64, 3-17.

- Millar, T. P. (1961). The Child Who Refuses to Attend School. *American Journal of Psychiatry*. 118, 398-404.
- Miller, S.D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: Norton.
- Miller, J. G., & Miller, J. L. (1980). The family as a system. In C. K. Hofling & J. M. Lewis (Eds.), *The family: Evaluation and treatment*. New York: Brunner/Mazel
- Mills, K.C., & Wooster, A.D. (1987). Crying in the counseling situation. *British Journal of Guidance and Counselling*, 15 (2), 125-131.
- Mince, J. (1992). Discovering meaning within families. In D.J Atwood (Ed.), *Family therapy* (pp.321-343). Chicago: Nelson-Hall.
- Minuchin, S. (1974). *Families Family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liberman, R., Milman, L., & Todd, T. (1975) A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32 1031-1038.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). Enactment. In S. Minuchin & C. H. Fischman. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). Structured Spontaneity In S. Minuchin & C. H. Fischman. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Mitchell, K. M., Bozarth, J. D., & Krauft, C. C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non possessive warmth, and genuineness. In A. S. Gruman & A. M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy: A handbook of research* (pp. 482-502). Oxford: Pergamon.
- Moeller, M. L. & Homelike, V. (2002). Love in the group. *Group Analysis* 35 (4), 484-498.
- Moore, D., & Haverkamp, E. B. (1989). Measured increases in male emotional expressiveness following a structured group intervention. *Journal of Counseling and Development*, 67, 513-517.
- Morris, S. B., Alexander, J. F., & Waldron, H. (1990). Functional family therapy: Issues in clinical practice. In I. A. Faloon (Ed.), *Handbook of Behavioral family therapy*. (pp. 107-127). New York: Guilford Press.
- Morrison, G., & Collier, J. (1969) Family Treatment Approaches to Suicidal Children and Adolescents. *Journal of American Academic Child Psychiatry*, 8, 140-154.
- Μπουλουγούρης, Γ. (1992). *Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπρούζος, Α. (2004). *Προσωποκεντρική συμβουλευτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δάρδανος.
- Munton, A. C., & Antaki, C. (1988). Causal beliefs amongst families in therapy: Attributions at the group level. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 91—97.
- Nagrant, J. B. (2006). Good moments in Gestalt Body Process Psychotherapy: A hermeneutic phenomenological study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol 67(1-B), pp. 55.

- Natterson, J.M. (2003). Love in psychotherapy. Psychoanalytic Psychology, 20(3), 509-521
- Nelson, A. J. (2006). For Parents Only: A Strategic Family Therapy Approach in School Counseling. *The Family Journal*, 14, 180-183.
- Newberry, A. M., Alexander, J. F. & Turner, C. W. (1991). Gender as a process variable in family therapy. *Journal of Family Psychology*, 5, 158—175.
- Newton, G., & Dowd, E.T. (1990). Effects of client sense of humour and paradoxical interventions on test anxiety. *Journal of Counselling and Development*, 68, 668-672.
- Nichols, M. P. (1974). Outcome of brief cathartic psychotherapy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 42, 403-410.
- Nichols, C. W., & Evertett, C. (1986). *Systemic Family Therapy. An integrative approach*. New York: Guilford Press.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J.C. Norcross (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 3-16). Oxford University Press.
- Nowicka, P., & Flodmark, C. (2011). Family therapy as a model for treating childhood obesity: Useful tools for clinicians. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16, (1), 129-145.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- O'Farrell, M., Hill, C. E., Patton, S. (1986). A comparison of two cases of counseling. *Journal of Counseling and Development*, 65, 141-145.

- O' Leary, C. (1999). *Counselling couples and families, a person –centered Approach*. London: Sage publications.
- O' Malley, S. S., Suh, S.C., & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting Psychology*. 51. 581-586.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1975). *Varieties of psychotherapeutic experience*. New York: Teachers Press.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy_and behavior change* (4th ed., σσ.270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 283-329). New York: Wiley.
- Pagliaro, A., & Pagliaro, L. (1996). *Substance Use among Children and Adolescents*. New York: Wiley.
- Paivio, S. C., & Bahr, L.B. (1998). Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 392-406.
- Palazzoli-Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1978). *Paradox and counter paradox*. New York: Aronson.
- Palazzoli-Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, & G., Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of session. *Family Process*, 9, 2-13.

- Palazzoli-Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, M.A. (1988). *Giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Papp, P. (1982). Circular questioning. *Family Process*, *21*, 267-280.
- Patterson, G. R. (1971). *Families: Application of social learning to family life*. Campaign IL: Research Press.
- Patterson, G.R., & Brodsky, M. (1966). Behavior modification for a child with multiple problem behaviors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *7*, 277-295.
- 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*, 846—851.
- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. S. Francisco: Real People Press.
- Perrin, D.K., & Dowd, E.T. (1986). Effects of paradoxical and non paradoxical self-disclosure on counsellor social influence. *Journal of Counselling Psychology*, *33*, 207-210.
- Pinsof, W. M. (1981). Family therapy process research. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*, *1*, 699—741. New York: Brunner/Mazel.
- Pinsof, M.W. (1989). A Conceptual Framework and Methodological Criteria for Family Therapy Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57(1)*, 53-59.
- Pinsof, M. W. (1992). Toward a Scientific Paradigm for Family Psychology The Integrative Process Systems Perspective. *Journal of Family Psychology*, *5(34)*, 432-447.

- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137—151.
- Pinsof, M. W., & Wynne, L.C. (1995). The effectiveness and efficacy of marital and family therapy: Introduction to the special issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 341-343.
- Pinsof, M.W., & Wynne, L.C. (1995). The Efficacy of Marital and Family Therapy: An empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 585-613.
- Pinsof, M. W., Wynne, C. L., Hambricht, B. A. (1996). The Outcomes of Couple and Family Therapy: Findings, Conclusions, and Recommendations. *Psychotherapy Theory /Research/Practice/Training*, 33(2). 33-42.
- Pittman, F., Deyoung, C., Flomenhaft, K., Kaplan, D. and Langsley, D. (1966). Crisis Family Therapy, In J Masserman (ed.), *Current Psychiatric Therapies* (pp. 187-196). New York, Grune & Stratton.
- Pittman, F., Langsley, D. and DeYoung, C. (1968). Work and School Phobias: A Family Approach to Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1535-1541.
- Porter, L. (2000). The bifurcated gift: Love and intimacy in drama psychotherapy. *Arts in Psychotherapy*, 27(5), 309-320.
- Postner, R. S., Guttman, H. A., Sigal, J. J., Epstein, N. B. & Rakoff, V. M. (1971). Process and outcome in conjoint family therapy. *Family Process*, 10, 451—474.
- Prochaska, J. (1999). How do people change and how can we change to help many more people. In M. Hubble, B. Duncan & D. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change* (pp.227-259). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Raue, P. J., Goldfried, M. R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65, 582-587.
- Raymond, L., Friedlander, M. L., Heatherington, L., Ellis, M. V., & Sargent, J. (1993). Communication processes in structural family therapy: Case study of an anorexic family. *Journal of Family Psychology*, 6, 308—326.
- Reimers, S. & Treacher, A. (1995). *Introducing User-friendly Family Therapy*. London: Routledge.
- Retzer, A. (1994). Familie und psychose. Stuttgart: G. Fischer.
- Retzer, A., Simon, F., Weber, G., Stierlin, H., & Schmidt, G. (1989). Eine katamnese manisch-depressiver und schizo-affektiver psychosen nach systemischer familientherapie. *Familien dynamik*, 14, 214-135.
- Rice, L. N. (1973). Client behavior as a function of therapist style and Client resources. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 306-311.
- Rice, N. L., & Saperia, E. (1984). A task analysis of the resolution of problematic reactions, In L. N. Rice & L. S. Greenberg. (Eds.), *Patterns of change*. (pp. 29-66). New York: Guilford.
- Rice, L. N., & Wagstaff, A. K. (1967). Client voice quality and expressive Style as indices of productive psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 557-563.
- Robbins, S. M., Alexander, F. J., Newell, M. R, Turner, W. C. (1996). The Immediate Effect of Reframing on Client Attitude in Family Therapy. *Journal of Family Psychology*, 10, 28-34.

- Robbins, M., Szapocznik, J., & Gonzalo, P. (2007). Brief Strategic Family Therapy
In Nikolaos Kasantzis and Luciano L' abate. (Eds.), *Handbook of Homework
Assignments in Psychotherapy*. (pp. 133-149). New York: Spriger
- Rockinson-Szapkiw, J. A., Payne, L. Z., & West, C. L. (2011) Leadership Lessons
From Salvador Minuchin. *The Family Journal*, 19(2), 191-197.
- Rodgers, J., & Durkin, M. (1984). The semistructured genogram interview. *Family
Systems Medicine*, 2, 176-187.
- Rogers, C. R. (1959). A tentative scale for the measurement of process in
psychotherapy. In E. A. Rubinstein & M. B. Parloff (Eds.), *Research in
Psychotherapy*. 1, 96-99. Washington: American Psychological Association.
- Rohrbaugh, M., Tennen, H., Press, S., & White, L. (1981). Compliance defiance and
therapeutic paradox: Guidelines for strategic use of paradoxical interventions.
American Journal of Orthopsychiatry, 51, 454-467.
- Roonen, T. (1997). *Cognitive Developmental Therapy with Children*. London: John
Wiley & Sons.
- Rosenthal, M. J. (1962). The Syndrome of the Inconsistent Mother. *American Journal
of Orthopsychiatry*. 32, 637-643.
- Rounsaville, B. J., Chevron, E. S., Prusoff, B. A., Elkin, I., Imber, S., Sotsky, S., &
Watkins, J. (1987). The relation between specific and general dimensions of the
psychotherapy process in interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of
Consulting & Clinical Psychology*, 55, 379-384.
- Ρουσόπουλος, Γ. (2010). *Ο κύκλος της Βιέννης* Αθήνα: εκδόσεις οκτώ.
- Russell Walsh. (2004). What is Good Psychotherapy? *Journal of Humanistic
Psychology*, 44(4), 455-467.

- Safer, J. D. (1997). Family Therapy for Children with Behavior Disorders
Family Process, 5, 243-255.
- Safran, J. D., Crocker, P., McCain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27, 154-165.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(2), 188-195.
- Sander, F. M., (1998). Psychoanalytic couple therapy. In F. M. Dattilio (ed.), *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitives perspectives*. New York: Guilford Press.
- Sanders, M.R., & Dadds, M.R. (1993). *Behavioral family intervention*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Santiago, D., & Wadsworth, E. (2011). Family and cultural influences on low-income Latino children's adjustment. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 40(2), 332-337.
- Santisteban, A. Daniel., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, M. W., Schwartz, J. S., LaPerriere, A., & Szapocznik, J. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 121-133.
- Santos, A., Gonçalves, M., Matos, M., & Salvatore, S. (2009). Innovative moments and change pathways: A good outcome case of narrative therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(4), 449-466.
- Satir, V. (1988). *The new peoplemaking*. California: Science and Behavior Books.

- Saunders, S. M., Howard, K. I., & Orlinsky, D. E. (1989). The therapeutic bond scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 323-330.
- Schinke, S., Botvin, G., & Orlandi, M. (1991). *Substance Abuse in Children and Adolescent's: Evaluation and Intervention*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2008). *Εγχειρίδιο της συστημικής θεραπείας και συμβουλευτικής*. (Ε. Μοττάκη. Μετάφραση.). Θεσσαλονίκη: University Studio press. (πρωτότυπο έργο δημοσιευμένο 1996 και 10^η έκδοση 2007 από την οποία έγινε η μετάφραση)
- Schwartz, R. C., Barrett, M.J., & Saba, G. (1985). Family therapy for anorexia nervosa and bulimia. In D.M. Gardner & P.E. Garfinkel (eds.), *Handbook of psychotherapy for bulimia* (pp. 513-572). New York: Guilford.
- Schweitzer, J., & Schumacher, B. (1995). *Die unendliche und die endliche psychiatrie. Zur dekonstruktion von chronizitat*. Heidelberg: Suhrkamp.
- Seedal, B. R. (2009). Enhancing change process in solution-focused brief therapy by utilizing couple enactments. *The American journal of family therapy*, 39, 99-113.
- Seeman, L. Tittler, B., & Friedman, S. (1985). Early Interactional Change and Its Relationship to Family Therapy Outcome. *Family Process*, 24(1), 59-68.
- Segal, L. (1991). Brief therapy: the MRI approach. In A. Gurman & Knikern (Eds.), *Handbook of Family Therapy*, Vol. 2 (pp. 17-199). New York: Brunner-Mazel.
- Sexton, L.T., Ridley, R. R., & Kleiner, J. A. (2004). Beyond common factors: Multilevel-process models of therapeutic change in marriage and family therapy. *Journal of marital and Family therapy*. 30, (2) 131-141.

- Shadish, R.W., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-568.
- Shadish, R.W., Montgomery, M. L., Wilson, P., Wilson, R. M., Bright, I., & Okwumabua, T. (1993). Effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, (6) 992-1002.
- Shadish, R. W., Ragsdale, K., Glaser, R.R., & Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A prospective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 345-360.
- Shadish, R. W., & Sweeney, R. B. (1991). Mediators and Moderators in Meta-Analysis: There's reason we don't let dodo birds tail us which psychotherapies should have prizes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, (6) 883-893.
- Shannon, C., & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Urbana: University of Illinois Press.
- Shields, C. G., & McDaniel, S. H. (1992). Process differences between male and female therapists in a first family interview. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 143—151.
- Shields, C. G., Sprenkle, D. H. & Constantine, J. A. (1991). Anatomy of an initial interview: The importance of joining and structuring skills. *American Journal of Family Therapy*, 19, 3—18.
- Shoham, V. S., 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*, 5, 590-598.

- Shoham, V. S. & Rohrbaugh, J. M. (2002). Brief Strategic Couple Therapy. In Gurman, S. A. & Jacobson, S. N. (Eds.), *Clinical Handbook of Couple Therapy*. N.Y: Guilford Press.
- Sigal, J. J., Rakoff, V., & Epstein, N. B. (1967). Indicators of therapeutic outcome in conjoint family therapy. *Family Process*, 6, 215—226.
- Sifneos, P. (1992). Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy. New York: Basic Books.
- Simkin, S. J., & Yontef, M. G. (1989). Gestalt therapy. In Raymond . J. Corsini. & Danny. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies*. Illinois: F. E. Peacock.
- Simon, B. F., Stierlin, C. H., Wynne, C. L. (1985). *The language of family therapy: A systemic vocabulary and sourcebook*. New York: Family Process Press.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Snyder, M. (2000). Mutual love in therapeutic process. *Journal of Systemic Therapies*, 19(4), 4-19.
- Sprenkle, D. H. (2002). *Effectiveness Research in Marriage And Family Therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy.
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital & Family Therapy*, 30 (2), 113–129.
- Sprenkle, H. D., & Blow, J. A. (2007). The role of the therapist as the bridge between common factors and therapeutic change: more complex than congruency with a worldview. *The association for Family therapy*, 29, 109-113.
- Sprenkle, D.H., Blow, J. A., & Dickey, M. (1999). Common factors and other non – technique variables in marriage and family therapy. In M. Hubble, B. Duncan &

- Miller (eds.), *The Heart and Soul of change* (pp. 227-259). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Spurgeon, O. (1987). Love and the therapeutic process. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 17(3), 153-173.
- Σταλίκας, Α. (2005). *Θεραπευτικές παρεμβάσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Stalikas, A., De Stefano, J., & Bernardelli, A. (1997). Client process in short- term dynamic psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 10(1), 29-38.
- Stalikas, A., Fitzpatrick, M. (1995). Client Good Moments: An intensive Analysis of a Single Session. *Canadian Journal of Counselling*, 30, 262-271.
- Stalikas, A., Fitzpatrick, M. (1996). Relationships between counsellor interventions, client experiencing and emotional expressiveness: An exploratory study. *Canadian journal of Counseling*, 30(4), 262-271.
- Σταλίκας, Α. & Μερτίκας, Α. (2004). *Η Θεραπευτική Συμμαχία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Stanton, M. D., Shadish, R. W. (1997). Outcome, Attrition, and Family—Couples Treatment for Drug Abuse *A Meta-Analysis and Review of the Controlled, Comparative Studies*. *Psychological Bulletin*, 122(2), 170-191.
- Streiner, D. L., & Norman., G. R. (1995). *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use*. Second Edition. New York: Oxford University Press.

- Stierlin, H., Retzer, A. (1994). Experiences with systemic family therapy of psychoses, Παρουσίαση στο II International symposium for the psychotherapy of schizophrenia, Washington 12-16 Ιούνιος.
- Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., Barkham, & Shapiro, A. D. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and Session Impacts Scale. *Journal of Counselling Psychology*, 41, 175-185.
- Strupp, H. H. (1973). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, (1), 1-8.
- Strupp, H. H. (1980). Success and failure in time-limited psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 37, 595-603.
- Stupp, H. H., Chassan, J.B., & Ewing, J. A. (1966). Toward the longitudinal study of the therapeutic process. In L. A. Gottschalck & A. H. Auerbach (Eds.), *Methods of research in psychotherapy* (pp. 361-400). New York: Basic Books.
- Stuart J. J. (1997). Novel Figurative Language and Patient Experiencing in Psychodynamic Therapy. *Psychotherapy Research*, 7(3). 219-237.
- Suh, S. C., Strupp, H. H., O' Malley, S. S. (1986). The Vanderbilt Process Measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative indicators Scale (VNIS). In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof(Ed's.), *The Psychotherapeutic Process a Research Handbook* (pp. 285-323). New York: The Guilford Press.
- Συνοδινού, Κ. (2010). Σχέση ψυχανάλυσης και ψυχαναλυτικής αντικριστής ψυχοθεραπείας. *Εκ των υστέρων*, 21, (σελ.75-90).
- Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1992).Predicting Patient Change from Therapist Competence and Patient – Therapist Comlementarity in Sort-Term therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 304-307.

- Sweet, A. A. (1984). The therapeutic relationship in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 4, 253-272.
- Tallman, K., & Bohart, A. C. (1999). The clients as a common factor: Clients as self-healers. In M.A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: what works in therapy* (pp. 91-131). Washington, DC: American Psychological Association.
- Taurke, E. A., Flegenheimer, W., McCullough, Pollack, J., & Trujillo, M. (1990). Change in patient affect/defense ratio from early to late sessions in brief psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 46(5), 657-668.
- Thomas, L. M. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporanea Family Therapy*, 28, 201-210.
- Todd, C.T. (1986). Structural-Strategic Marital Therapy. In Alan. S. Gurman & Neil. S. Jacobson (Eds.), *Clinical Handbook of Marital Therapy*. N.Y: Guilford Press.
- Τομαράς, Β. (2001). Θεραπεία οικογένειας στην Παιδοψυχιατρική : Συστημική προσέγγιση. Στο: Τσιάντης, Γ. (εκδ.), *Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική* Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτης.
- Tomm, K. (1987b). Interventive interviewing Part II. Reflexive questioning as a means to enable self healing. *Family Process*, 26, 167–183.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing Part III. Intending to ask linear, circular, strategic or reflexive questions. *Family Process*, 27, 1–15.
- Tompson, C. M., Pierre, B.C., Fawn McNeil, H., Fogler, M. J., Groff, R. A., & Asarnow, R. J. (2007). Family-focused Treatment for Childhood-onset Depressive Disorders: Results of an Open Trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(3), 403-420.

- Tichenor, V., & Hill, C. E. (1989). Alliance. *Psychotherapy*, 26, 195-199.
- Tiller, G. W. (1978). Brief Family Therapy for Childhood Tic Syndrome. *Family Process*, 17, 217-223.
- Valsiner, J., Molenaar, C. P., Lyra, M., & Chaudhary, N. (2009). Dynamic Process Methodology in the Social and Developmental Sciences In Anita Santos and Miguel M. Gonçalves (Eds.), *Innovative moments and change processes in psychotherapy: An exercise in new methodology*. London : Springer
- Varela, F. J. (1979). *Principles of biological autonomy*. New York: Elsevier North Holland.
- Wachtel, P. L. (1993). *Therapeutic Communication: Knowing What to Say When*. New York: Guilford Press.
- Waldron, H.B. (1996). Adolescent substance abuse and family therapy outcome: a review of randomized trials. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 199-234.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., & Kim, K. (1989). Sequential analysis applied to counseling process and outcome: A case study revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 357-364.

- Watson, C. J., & Greenberg, S. L. (1996). Pathways To Change In The Psychotherapy Of Depression: Relating Process To Session Change And Outcome. *Psychotherapy Theory/Research/Practice/Training*, 33(2). 23-26.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., Jackson. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: W.W. Norton & Company.
- Wayne, L. (1989) Minor miracles or logical process? Therapeutic interventions and techniques. *Journal of Family Therapy*. 11, 257-280.
- Webster –Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65, 93-109.
- Weiss, L. E., Coll, E.J., Gerbauer, J., Smiley, K., & Carillo, E. (2010). The Military Genogram: A Solution-Focused Approach for Resiliency Building in Service Members and Their Families *The Family Journal*, 18, 395-406.
- Weissman, M. M., & Sanderson, W. C. (2002). Problems and promises in modern psychotherapy: The need for increased training in evidence based treatments. In B. Hamburg (Ed.), *Modern Psychiatry: Challenges in Educating Health Professionals to Meet New Needs*. New York: Josiah Macy Foundation.
- Werner-Wilson, R. J., Price, S. J., Zimmerman, T. S., Murphy, J. M. (1997). Client Gender as a Process Variable in Marriage and Family Therapy
Are Women Clients Interrupted More Than Men Clients? *Journal of Family Psychology*, 11(3), 373-377.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

- Whitehead, A. N. & Russell .B. (1910-1913). *Principia Mathematica*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine* (2 nd Ed). Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press, 1975. (2nd ed. originally published, 1954; 1st ed. originally published, 1948.)
- Willke, H. (1993). *Systemtheorie: eine Einführung in die Grundprobleme der Theorie sozialer Systeme* Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Wilson ,G.L., & Bornstein, P.H.(1984). Paradoxical procedures and single-case methodology: review and recommendations. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 15(3), 195-203.
- Wilson, G. T., & Evans, I. M. (1977). The therapist-client relationship in behavior therapy. In A. S. Gruman & A.M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy: A handbook of research* (pp. 544-565). New York: Pergamon Press.
- Wilson, T., & Fairburn, C. (1998). Treatments for eating disorders. In P. Nathan and J. Gorman (Eds.), *A Guides to Treatments that Work*. New York: Oxford.
- Windholz, M. J., Horowitz, M. J., & Marmar, C. R. (1985). A review of the research on conjugal bereavement: impact on health and efficacy of intervention *Comprehensive Psychiatry*, 26(5), 433-47.
- Windholz, M. J., & Silberschatz, G. (1988). Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A Replication with Adult Outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 56-60.
- Winer, L. R. (1971). The qualified pronoun count as a measure of change in family psychotherapy. *Family Process*, 10, 233—248.

- Wiser S and Goldfried MR (1998) Therapist interventions and client emotional experiencing in expert psychodynamic-interpersonal and cognitive behavioural therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 634-40.
- Woodward, C.A., Santa-Barbara, J., Streiner, D. L., Goodman, J., Levin, S., Epstein, N.(1981). Client, treatment and therapist variables related to outcome in Brief, systems oriented family therapy. *Family process*, 20, 477-484.
- Woolfenden, S. R., Williams, K., Peat, J. K. (2002). Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Disease in Childhood*, 86, 251-256.
- Wynne, L.C., Ryckoff, I. M., Day, J., & Hirsch, S. I. (1958). Pseudomutuality in family relationships of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.
- Χαρίτου-Φατούρου, Μ., (1999) «Ψυχοθεραπευτική Πράξη» Στο Στέλλα Βοσνιάδου (Επιμ.) Εισαγωγή στην Ψυχολογία (Τόμος Β', σσ. 201-243). Αθήνα: Gutenberg
- Yandoli, D., Eisler, I., Robbins, C., Mulleady, G. & Dare, C. (2002). A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in London drug abuse clinic. *Journal of Family Therapy*, 24, 402-422.

Παράρτημα Ι

Παρατίθεται μια περιληπτική εκδοχή της Βιωματικής κλίμακας :

Περιεχόμενο

Αντιμετώπιση

1. Εξωτερικά γεγονότα. Άρνηση εμπλοκής.
2. Εξωτερικά γεγονότα, συμπεριφορική η διανοητική αυτοπεριγραφική.
3. Προσωπικές αντιδράσεις σε εξωτερικά γεγονότα, περιορισμένες αυτοπεριγραφές, συμπεριφοριστικές περιγραφές συναισθημάτων.
4. Περιγραφές συναισθημάτων και προσωπικών εμπειριών.
5. Προβλήματα η προτάσεις σε σχέση με συναισθήματα και προσωπικές εμπειρίες.
6. Σύνθεση ήδη προσιτών συναισθημάτων και εμπειριών, για την επίλυση σημαντικών προσωπικών θεμάτων.
7. Πλήρης και εύκολη παρουσίαση του βιώματος. Βέβαιη ολοκλήρωση όλων των στοιχείων.

1. Απρόσωπη. Αποστασιοποιημένη.
2. ενδείξεις ενδιαφέροντος ,προσωπικού στοιχείου, αυτοεμπλοκής.
3. στοιχεία αντίδρασης, συναισθηματικής εμπλοκής.
4. αυτοπεριγραφική, συσχετιστική.
5. διερευνητική ,επεξεργαστική και υποθετική.
6. με έντονα εκφρασμένα συναισθήματα, ολοκληρωτική, συμπερασματική η καταφατική.
7. Επεκτατική, διαφωτιστική, σίγουρη, αισιόδοξη.

Κατάλογος θεραπευτικών παρεμβάσεων

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις τις οποίες περιλαμβάνει είναι οι εξής οκτώ (8):

1. *Joining techniques* (παρεμβάσεις ανάπτυξης θεραπευτικού δεσμού)

- α) Ο θεραπευτής προσπαθεί να κρατήσει μία στάση ουδετερότητας
- β) Ο έλεγχος από την πλευρά του θεραπευτή και η επανάληψη των λεχθέντων η οποία θα ακολουθήσει με ελαφρά αλλαγμένες λέξεις
- γ) Γίνεται ένας κοινωνικός διάλογος με στόχο να υπάρξει ένα ζέσταμα
- δ) Η ενεργητική ακρόαση , μία στάση ακρόασης όπου ο θεραπευτής ακούει με συμπάθεια και μη - κριτική στάση
- ε) Ο τρόπος επικοινωνίας του θεραπευτή, να είναι συντονισμένος (in tune)

2. *οι κυκλικές ερωτήσεις*

- α) Ερωτήσεις διαφορών στις σχέσεις.
- β) Ερωτήσεις διαφοράς βαθμού συγκρίσεως.
- γ) Ερωτήσεις υποθετικής / μελλοντικής διαφοράς.
- δ) Ερωτήσεις διαφοράς του τώρα / τότε.
- ε) Ερωτήσεις συμπεριφοριστικών ακολουθιών.

3. *Εστίαση στην ισχύ*

- α) Ο εντοπισμός ικανοτήτων σε κάθε οικογένεια και σε κάθε μέλος και στις οικογενειακές σχέσεις
- β) Ο εντοπισμός στο παρελθόν θετικών στοιχείων στην αλληλεπίδρασή τους
- γ) Ψάχνοντας για διακυμάνσεις της συμπτωματικής συμπεριφοράς.
- δ) Εστιασμός στα θετικά

4. *Η παράδοξη παρέμβαση*

- α) Η οδηγία να μην αλλάξεις.
- β) Οδηγία ή συνταγή συμπτώματος
- γ) Συνταγή αντίστασης.
- δ) Οδηγίες για κανόνες
- ε) Χορήγηση σταθερού σημείου .

5. Η αναπλαισίωση

Οι τεχνικές αναπλαισίωσης με τις οποίες ο θεραπευτής αλλάζει το γνωστικό και συγκινησιακό πλαίσιο με το οποίο βιώνονται και τοποθετεί στην θέση του ένα άλλο πλαίσιο το οποίο αναδεικνύει τα δεδομένα καλύτερα και αλλάζει το νόημα της όλης κατάστασης.

6. Η θετική σημασιοδότηση

Είναι μία μορφή αναπλαισίωσης η οποία σημασιοδοτεί θετικά όλες τις συμπεριφορές όλων των μελών της οικογένειας οι οποίες σχετίζονται κυκλικά με το σύμπτωμα.

7. Εξερευνώντας την οικογενειακή ιστορία

Η εξερεύνηση γίνεται είτε με την χρήση του γενογράμματος είτε με την χρήση ερωτήσεων(πχ. όταν ένιωθες καλά ή θλιμμένος οι γονείς σου πώς αντιδρούσαν;)

8. Τεχνικές πρόκλησης

Οι τεχνικές πρόκλησης έχουν τις ακόλουθες μορφές.

α) *εντατικοποίηση* : Όταν αυξάνεις τον συγκινησιακό παράγοντα μιας αλληλεπίδρασης αυξάνοντας τον χρόνο στον οποίο η οικογένεια είναι μπλεγμένη σε αυτήν την αλληλεπίδραση, ή με συνεχή επανάληψη του μηνύματος ή φυσικά, ή συναισθηματικά με το να αυξήσει την απόσταση των μελών της οικογένειας.

β) *δοκιμάζοντας τα όρια κάθε μέλους της οικογένειας*.

γ) *Διακόπτοντας*: όταν ένα μέλος της οικογένειας επιδίδεται σε μονολόγους το διακόπτεις, καλώντας ένα άλλο μέλος να μετέχει στην συζήτηση.

δ) *Προκαλώντας τις αποσπάσεις προσοχής* : όταν η συζήτηση φτάσει σε δύσκολο σημείο για κάποιο γονιό το παιδί για παράδειγμα μπορεί να αποκεντρώσει προκαλώντας απόσπαση προσοχής και τότε ο θεραπευτής αυτό το συνδέει με τους γονείς.

Κλίμακα Σημαντικών Ενδοσυνεδριακών Στιγμών

(Παρατίθεται μια περιληπτική εκδοχή)

1. Η παροχή σημαντικού υλικού για τις διαπροσωπικές σχέσεις.
2. Η παροχή σημαντικού υλικού για σημαντικά γεγονότα.
3. Η περιγραφή και η εξερεύνηση της ιδιαίτερης φύσης και του νοήματος των προσωπικών συναισθημάτων.
4. Η ανάδυση υλικού που είχε νωρίτερα αποκρουστεί.
5. Η έκφραση της ενόρασης /κατανόησης.
6. Η εκφραστική επικοινωνία.
7. Η έκφραση καλής λειτουργίας της θεραπευτικής σχέσης, έκφραση δυνατών συναισθημάτων στον θεραπευτή.
8. Η έκφραση δυνατών συναισθημάτων σε προσωπικές στιγμές.
9. Η έκδηλη εμφάνιση μίας νέας, στην ουσία, προσωπικότητας.
10. Η υιοθέτηση νέων τρόπων ύπαρξης και συμπεριφοράς στο άμεσο έξω-θεραπευτικό περιβάλλον.
11. Η έκφραση η περιγραφή αλλαγών της συμπεριφοράς-στόχου.
12. Η έκφραση μιας καλοδεχούμενης γενικής κατάστασης ευεξίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

Πίνακας 25.

Ο αριθμός των οικογενειών σε σχέση με τον αριθμό συνεδριών τους.

Οικογένειες με 3 συνεδρίες	1
Οικογένειες με 5 συνεδρίες	2
Οικογένειες με 6 συνεδρίες	1
Οικογένειες με 7 συνεδρίες	1
οικογένειες με 8 συνεδρίες	2
Οικογένειες με 9 συνεδρίες	1
Οικογένειες με 10 συνεδρίες	1
Οικογένειες με 12 συνεδρίες	1
Οικογένειες με 13 συνεδρίες	1
Οικογένειες με 14 συνεδρίες	5
Οικογένειες με 20 συνεδρίες	1
Οικογένειες με 21 συνεδρίες	1
Οικογένειες με 22 συνεδρίες	1
Οικογένειες με 26 συνεδρίες	1

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΕΝΔΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΕΣ ΣΤΙΓΜΕΣ

Πίνακας 26

Συχνότητες των Κ των κριτών μετά την ολομέλεια στην αξιολόγηση των Σημαντικών Ενδοσυνεδριακών Τιμών.

KRITES		
Α	Έγκυρα	34
	Απωλεσθέντα	24
Μέσος όρος		,7262
Επικρατούσα τιμή		,69
Τυπική απόκλιση		,13214
Ελάχιστη τιμή		,62
Μέγιστη τιμή		1,00

Πίνακας 27

Οι τιμές των Κ των κριτών μετά την ολομέλεια στην αξιολόγηση των Σημαντικών ενδοσυνεδριακών στιγμών

KRITES					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Συγκεντρωτικό ποσοστό
Έγκυρα	,62	9	15,5	26,5	26,5
	,69	19	32,8	55,9	82,4
	1,00	6	10,3	17,6	100,0
	Σύνολο	34	58,6	100,0	
Απωλεσθέντα	Σύστημα	24	41,4		
Σύνολο		58	100,0		

Πίνακας 28

Ο τιμές του K πριν την ολομέλεια

Οι τιμές του K ανά ζευγή κριτών		
Α	Έγκυρα	36
	Απωλεσθέντα	39
Μέσος όρος		,3781
Επικρατούσα τιμή		,25
Τυπική απόκλιση		,35760
Ελάχιστη παρατηρούμενη τιμή		,01
Μέγιστη παρατηρούμενη τιμή		1,00

Πίνακας 29

Πριν την ολομέλεια των κριτών

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Συγκεντρωτικό ποσοστό
Έγκυρο	,01	3	4,0	8,3	8,3
	,04	3	4,0	8,3	16,7
	,09	3	4,0	8,3	25,0
	,20	3	4,0	8,3	33,3
	,25	12	16,0	33,3	66,7
	,29	3	4,0	8,3	75,0
	,86	1	1,3	2,8	77,8
	,93	2	2,7	5,6	83,3
	1,00	6	8,0	16,7	100,0
	Σύνολο	36	48,0	100,0	
Απωλεσθήσα	Σύστημα	39	52,0		
Σύνολο		75	100,0		

ΣΥΣΤΗΜΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Πίνακας 30

Συχνότητες των Κ των κριτών πριν την ολομέλεια στην αξιολόγηση των Τεχνικών Συστημικής Παρέμβασης

Κριτές	Εγκυρα	58
Τεχνικών τα	αγνοούμενα	2
Μέσος όρος		,5419
Επικρατέστερη Τιμή		1,00
Τυπική απόκλιση		,32615
Μικρότερη		,01
Μέγιστη		1,00
Άθροισμα		31,43

Πίνακας 31

*Οι τιμές των K των κριτών πριν την ολομέλεια στην αξιολόγηση των Τεχνικών
Συστημικής Παρέμβασης*

Οι τιμές του K των κριτών					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έγκυρα	,01	1	1,7	1,7	1,7
	,10	2	3,3	3,4	5,2
	,12	1	1,7	1,7	6,9
	,13	1	1,7	1,7	8,6
	,15	1	1,7	1,7	10,3
	,16	1	1,7	1,7	12,1
	,17	1	1,7	1,7	13,8
	,20	3	5,0	5,2	19,0
	,21	1	1,7	1,7	20,7
	,23	2	3,3	3,4	24,1
	,26	1	1,7	1,7	25,9
	,27	1	1,7	1,7	27,6
	,28	1	1,7	1,7	29,3
	,30	1	1,7	1,7	31,0
	,31	1	1,7	1,7	32,8
	,32	1	1,7	1,7	34,5
	,33	3	5,0	5,2	39,7
	,36	1	1,7	1,7	41,4
	,40	1	1,7	1,7	43,1
	,41	1	1,7	1,7	44,8
	,42	1	1,7	1,7	46,6
	,43	1	1,7	1,7	48,3
	,47	1	1,7	1,7	50,0
	,60	3	5,0	5,2	55,2
	,61	1	1,7	1,7	56,9
	,62	2	3,3	3,4	60,3
	,63	4	6,7	6,9	67,2
	,64	2	3,3	3,4	70,7
	,75	1	1,7	1,7	72,4
	,82	1	1,7	1,7	74,1
	,98	1	1,7	1,7	75,9
	1,0	14	23,3	24,1	100,0
	Σύνολο	58	96,7	100,0	
Αγνοούμενη τιμή	Σύστημα	2	3,3		
Σύνολο		60	100,0		

Πίνακας 32

Συχνότητες των Κ των κριτών μετά την ολομέλεια στην αξιολόγηση των Τεχνικών
Συστημικής Παρέμβασης

Κριτές	Εγκυρα	60
Τεχνικών τα Κ .	ανοούμενες τιμες	0
Μέσος όρος		0,87
Επικρατέστερη		1,0
Τυπική απόκλιση		0,104
Μικρότερη		0,6
Μέγιστη		1,0
Άθροισμα		52,7

Πίνακας 33

Οι τιμές των Κ των κριτών μετά την ολομέλεια στην αξιολόγηση των Τεχνικών
Συστημικής Παρέμβασης

	Συχνότητα	Ποσοτό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έγκυρα ,68	1	1,7	1,7	1,7
,69	1	1,7	1,7	3,3
,70	4	6,7	6,7	10,0
,73	1	1,7	1,7	11,7
,74	2	3,3	3,3	15,0
,75	4	6,7	6,7	21,7
,78	2	3,3	3,3	25,0
,80	2	3,3	3,3	28,3
,81	1	1,7	1,7	30,0
,82	1	1,7	1,7	31,7
,83	1	1,7	1,7	33,3
,85	2	3,3	3,3	36,7
,86	2	3,3	3,3	40,0
,88	4	6,7	6,7	46,7
,89	2	3,3	3,3	50,0
,90	3	5,0	5,0	55,0
,91	1	1,7	1,7	56,7
,92	1	1,7	1,7	58,3
,93	4	6,7	6,7	65,0
,96	6	10,0	10,0	75,0
1,00	15	25,0	25,0	100,0
Σύνολο	60	100,0	100,0	

Πίνακας 34.

Η αξιοπιστία των κριτών στην μέτρηση της θεραπευτικής συμμαχίας με το SOFTA-e
Η στατιστική εικόνα των τιμών της ενδοομαδικής συνάφειας icc πριν την
ολομέλεια

ICC		
N	έγκυρα	8
	ελλείπουσες τιμές	0
Μέσος όρος		,9300
Τυπική απόκλιση μέσου όρου		,03412
Ενδιάμεση		,9700
επικρατέστερη τιμή		,97 ^a
Τυπική απόκλιση		,09651
μικρότερη τιμή		,70
μέγιστη τιμή		,99

a. υπάρχουν πολλαπλές επικρατούσες τιμές
παρουσιάζουμε την μικρότερη

πίνακας 35

οι τιμές της ενδοομαδικής συνάφειας icc σε συνεδρίες αξιολόγησης
αξιοπιστίας των κριτών πριν την ολομέλεια

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα ποσοστά	Αθροιστικά ποσοστά
Έγκυρα	,70	1	12,5	12,5	12,5
	,91	1	12,5	12,5	25,0
	,94	1	12,5	12,5	37,5
	,97	2	25,0	25,0	62,5
	,98	2	25,0	25,0	87,5
	,99	1	12,5	12,5	100,0
	Σύνολο	8	100,0	100,0	

Πίνακας 36

οι στατιστικοί δείκτες της ενδοομαδικής συσχέτισης των κριτών μετά την ολομέλεια

ICC		
A	Έγκυρες	8
	Απωλεσθήσες	0
Μέσος όρος		,9688
Επικρατούσα τιμή		1,00
Τυπική απόκλιση		,06105
Ελάχιστη		,83
Μέγιστη		1,00

πίνακας 37

οι τιμές της icc σε συνεδρίες αξιολόγησης αξιοπιστίας των κριτών μετά την ολομέλεια

ICC					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έγκυρα	,83	1	12,5	12,5	12,5
	,93	1	12,5	12,5	25,0
	,99	1	12,5	12,5	37,5
	1,00	5	62,5	62,5	100,0
Total		8	100,0	100,0	

