

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**ΘΕΜΑ: «Η ιστορικότητα της θεραπευτικής σχέσης και η εφαρμογή της  
στην κλινική πράξη»**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Πλατανίτη Παναγιώτα(Α.Μ. 2918)**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**Τριλίβα Σοφία**

**ΡΕΘΥΜΝΟ**

**2015-2016**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	9
ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ.....	9
1.1 Κύριοι παράγοντες της θεραπευτικής σχέσης.....	9
1.1.1 Θεραπευτική συμμαχία- θεραπευτικό συμβόλαιο.....	9
1.1.2 Μεταβίβαση- Αντιμεταβίβαση.....	12
1.1.3 Πραγματική σχέση.....	14
1.2 Άλλες διαστάσεις της θεραπευτικής σχέσης.....	16
1.2.1 Ενσυναίσθηση.....	16
1.2.2 Αυθεντικότητα.....	19
1.2.3 Αυτό-αποκάλυψη.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	22
ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ.....	24
2.1 Συμβόλαιο και θεραπευτικό αποτέλεσμα.....	24
2.2 Ο ρόλος του θεραπευτή στην πρόβλεψη του συμβολαίου.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	29
Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΟΙΣΜΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ.....	31
3.1 Κλασσική ψυχανάλυση και θεραπευτική σχέση.....	31
3.2 Θεραπευτική σχέση και θεωρία αντικειμενοτρόπων σχέσεων.....	31
3.3 Θεραπευτική σχέση και διαπροσωπική θεωρία.....	32
3.4 Θεραπευτική σχέση και σχεσιακή θεωρία.....	33

3.5 Ανθρωπιστική- υπαρξιστική θεραπεία και θεραπευτική σχέση.....	34
3.6 Θεωρία δεσμού και θεραπευτική σχέση.....	35
3.7 Θεραπευτική σχέση και θεραπεία τέχνης.....	41
3.8 Συμπεριφορισμός και θεραπευτική σχέση.....	42
3.9 Θεραπεία νοητικοποίησης(mentalizing) και θεραπευτική σχέση.....	46
3.10 Θεραπεία ενσυνειδητότητας (mindfulness) και θεραπευτική σχέση.....	47
3.11 Πώς βιώνει ο εγκέφαλος τη θεραπευτική σχέση.....	49
3.12 Δημιουργώντας σχέση με το παιδί, τον έφηβο και την οικογένειά του.....	50
3.12.1 Η θεραπευτική σχέση στη Γνωσιακή- Συμπεριφοριστική θεραπεία οικογένειας....	50
3.12. 2 Θεραπευτική σχέση και οικογενειακή θεραπεία. Ένα παράδειγμα ψυχοδυναμικής προέλευσης.....	53
3.12.3 Η θεραπευτική σχέση στο σύστημα της οικογένειας.....	54
3.12.4 Συνεργατική θεραπεία...μια σχέση ισότητας.....	58
3.13 Μια κοινοτική προσέγγιση για τη θεραπευτική σχέση.....	60
3.14 Ομοιότητες-διαφορές των θεωριών σχετικά με το ρόλο της σχέσης στη θεραπεία.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	62
Κοινοί παράγοντες της θεραπευτικής σχέσης που συμβάλλουν στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.....	62
4.1 Πραγματική σχέση .....	62
4.2 Αυτό-αποκάλυψη.....	63
4.3 Αμεσότητα.....	64
4.4 Διορθώνοντας «ρωγμές» στη θεραπευτική σχέση.....	65

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΚΡΙΤΙΚΗ .....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	74

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### Μια Ιστορική αναδρομή στην εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης

Η πορεία της θεραπευτικής σχέσης είναι τόσο μακρά όσο και η ιστορία της ψυχοθεραπείας. Με τη διατύπωση της ψυχαναλυτικής θεωρίας από τον Sigmund Freud και την ανάλυση ως μορφή ψυχοθεραπείας, η σχέση μεταξύ αναλυτή και αναλυόμενου διαδραματίζει κεντρικό ρόλο. Ο Freud πίστευε ότι ο δεσμός μεταξύ των δύο, έδινε στον αναλυτή μια αίσθηση ισχύος, η οποία επηρέαζε θετικά τον αναλυόμενο ο οποίος βασιζόταν στις ερμηνείες του πρώτου και έβρισκε τη δύναμη να επεξεργαστεί τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος. Το παρελθόν, όπως είναι γνωστό παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην κλασική ψυχαναλυτική σκέψη και αυτό είχε αντίκτυπο στον τρόπο κατανόησης της θεραπευτικής σχέσης στο πλαίσιο της ψυχανάλυσης. Έτσι η θεραπευτική σχέση καλύπτεται από τον μανδύα της μεταβίβασης και δεν αποτελεί μια διαδικασία που αφορά τον αναλυτή και τον αναλυόμενο ως πρόσωπα που σχετίζονται σε μια ρεαλιστική βάση, αλλά μάλλον τη σχέση του ατόμου με τους «σημαντικούς» άλλους του παρελθόντος οι οποίοι καθρεφτίζονται στο πρόσωπο του αναλυτή. Συνεπώς η θεραπευτική σχέση, η οποία βασιζόταν σε προβολικές διαδικασίες, αποτελούσε η ίδια αντικείμενο ερμηνείας και επίλυσης. Ο ίδιος ο Freud μάλιστα δεν αναφέρθηκε στην πορεία της σχέσης από την στιγμή που λύνεται η μεταβίβαση, σε αντίθεση με νεότερους ψυχαναλυτές όπως για παράδειγμα ο Greenson, που υποστήριζαν ότι υπάρχει πάντα ένα ρεαλιστικό κομμάτι στη σχέση μεταξύ αναλυτή και αναλυόμενου, στο οποίο βασίζεται εξ' αρχής η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο, που συμπορεύεται και εναλλάσσεται με τη διαδικασία μεταβίβασης (Horvath, 2000).

Από την άλλη, οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις, αρχικά δεν εστίαζαν στον παράγοντα σχέση αλλά αποκλειστικά και μόνο στις τεχνικές που έφερναν την επιθυμητή αλλαγή στη συμπεριφορά. Ο ρόλος του θεραπευτή ήταν περισσότερο ένας ρόλος εκπαιδευτή και χαρακτηριζόταν από μικρή συναισθηματική εμπλοκή και αποστασιοποίηση. Ωστόσο, υπήρχαν και οι εξαιρέσεις που έκαναν λόγω για εδραίωση συναισθηματικού δεσμού, προκειμένου να διευκολυνθεί η παρατήρηση της συμπεριφοράς του ατόμου, αλλά πάλι στη βάση μιας εργαλειακής διάστασης. Μάλιστα, οι συμπεριφοριστές χαρακτήριζαν την επίδραση της διαπροσωπικής εμπειρίας μεταξύ εκπαιδευτή και εκπαιδευόμενου, ως

ασήμαντη ή στην καλύτερη περίπτωση ως φαινόμενο placebo. Ακόμη υποστήριζαν ότι ήταν το αποτέλεσμα, δηλαδή η επίτευξη των θεραπευτικών στόχων που οδηγούσε σε μια καλή θεραπευτική σχέση, και όχι το αντίστροφο. Στην πορεία όμως, ορισμένοι συμπεριφοριστές γνωσιακής κατεύθυνσης, όπως ο Lazarus, πρότειναν ότι η αλλαγή της συμπεριφορά λαμβάνει χώρα εντός ενός δυναμικού διαπροσωπικού θεραπευτικού πλαισίου (Horvath, 2000).

Τη μεγάλη αλλαγή στον τρόπο κατανόησης της θεραπευτικής σχέσης κατά την κλινική πράξη, εισήγαγε ο Carl Rogers (1965). Σύμφωνα λοιπόν με τον εμπνευστή της πελατοκεντρικής προσέγγισης, η θεραπευτική σχέση δεν αποτελεί απλώς ένα εργαλείο, αλλά την ουσία της θεραπείας. Έτσι προτάθηκε για πρώτη φορά ότι αυτό που επιδρά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν είναι οι διάφορες τεχνικές, αλλά ικανότητα του θεραπευτή να παρέχει ενσυναίσθηση, γνησιότητα και άνευ όρων θετική αναγνώριση του πελάτη. Μάλιστα πρότεινε ένα πανθεωρητικό μοντέλο προσέγγισης της λειτουργίας της θεραπευτικής σχέσης. Ακόμη, κατέστησε το θεραπευτή ως υπεύθυνο για την εδραίωση των κατάλληλων συνθηκών προκειμένου να ευδοκιμήσει η θεραπευτική σχέση, δίνοντας έτσι μεγαλύτερη βαρύτητα στο ρόλο του. Μάλιστα ο Rogers, δεν περιόρισε τις υποθέσεις του σε θεωρητικό επίπεδο, αλλά προσπάθησε να τις ελέγξει εμπειρικά θέτωντας δυο θεμελιώδη ερωτήματα. Το πρώτο αφορούσε τη δυνατότητα γενικευσιμότητας της σημασίας της σχέσης ανεξαρτήτως θεωρητικής προσέγγισης και το δεύτερο στο εάν η θεραπευτική σχέση είναι επαρκής και αναγκαία για τη ψυχοθεραπευτική αλλαγή. Σε αυτή την προσπάθεια συνέβαλε και η τεχνολογική εξέλιξη, η οποία προσέφερε κατάλληλα μέσα καταγραφής με αποτέλεσμα να μπορεί να αναλυθεί εκτενώς η θεραπευτική διαδικασία (Horvath, 2005). Πράγματι, οι υποθέσεις του επιβεβαιώθηκαν ως επί το πλείστον καθώς η εδραίωση καλής θεραπευτικής σχέσης συνδέθηκε με θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα (Rogers, 1965).

Επιπλέον, η επιρροή των εξελιγμένων ψυχοδυναμικών θεωριών, όπως οι βραχύχρονες ψυχοδυναμικές παρεμβάσεις και η θεωρία αντικειμενοτρόπων σχέσεων μετακίνησαν τη θεραπευτική σχέση από μια φαντασιακή σε μια περισσότερο πραγματική εμπειρία, δίνοντας παράλληλα έμφαση στο κοινωνικό πλαίσιο που εκτελείσσεται η θεραπεία. Παράλληλα, αποδυναμώθηκε η αντίληψη του θεραπευτή ως «μηχανή» θετικής

ενίσχυσης, η οποία αντικαταστάθηκε από γνωσιακές διαμεσολαβήσεις (Horvath, 2000). Πλέον, τα ερευνητικά δεδομένα διαψεύδουν την υπόθεση του Eysenck (1952) και των συμπεριφοριστών ότι η σχέση λειτουργεί ως φαινόμενο placebo και την καθιστούν ως γενεσιουργό αιτία της καλής θεραπευτικής έκβασης.

Τη δεκαετία του 1970, η έρευνα σχετικά με τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας βρισκόταν σε μεγάλη άνθιση. Ωστόσο καμία από τις τότε κυρίαρχες προσεγγίσεις δεν έδειχνε να έχει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τις υπόλοιπες. Έτσι ξεκίνησε ο διάλογος για την εύρεση κοινών παραγόντων που να συνδέουν όλα τα είδη ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, φέρνοντας παρόμοια ισχύος αποτελέσματα. Ένας από τους υπό διερεύνηση κοινούς παράγοντες ήταν και η θεραπευτική σχέση (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975. Smith & Glass, 1977). Έτσι, ο Luborsky (1976) και ο Bordin (1979), βασιζόμενοι στην έρευνα των Greenson (1965) και Zetzel (1977), σχετικά με την ερμηνεία της θεραπευτικής σχέσης υπό τα πρίσμα της ψυχανάλυσης, επέκτειναν την έννοια του θεραπευτικού συμβολαίου προσδίδοντάς του πανθεωρητικό χαρακτήρα. Ο Bordin (1975) τελικά, έδωσε την απάντηση στον προβληματισμό που είχε προκύψει, με την εισήγησή του με τίτλο: « *Το θεραπευτικό συμβόλαιο: Βάση για μια γενικευμένη θεωρία της ψυχοθεραπείας*» [μετάφραση από τη συγγραφέα]. Με αυτό το κείμενο τόνισε ότι σε αντίθεση με τα λεγόμενα της ψυχοδυναμικής θεώρησης, το θεραπευτικό συμβόλαιο αποτελεί μια σχέση στο εδώ και τώρα, παρότι παραδέχτηκε ότι στην αρχή τουλάχιστον επηρεάζεται από σχέσεις και ανεπίλυτες συγκρούσεις του παρελθόντος. Παράλληλα συμφώνησε ως προς την υπόθεση του Rogers σχετικά με τον πανθεωρητικό χαρακτήρα του συμβολαίου, αλλά διαφώνησε όσον αφορά το ρόλο του θεραπευτή. Πιο συγκεκριμένα, σε αντίθεση με την πελατοκεντρική προσέγγιση που έδινε έμφαση στην ευθύνη του θεραπευτή, το θεραπευτικό συμβόλαιο βασίζεται στη συνεργασία και στη συμφωνία μεταξύ των δύο και επομένως τόσο ο θεραπευτής όσο και ο θεραπευόμενος είναι υπεύθυνοι για την εδραίωσή του (Horvath, 2000).

Παρ' όλες τις απαντήσεις που δόθηκαν τότε, η θεραπευτική σχέση παραμένει μέχρι σήμερα υπό συζήτηση. Μάλιστα αποτελεί ένα περίπλοκο ζήτημα καθώς δεν αφορά μια συγκεκριμένη τεχνική αλλά μάλλον ένα συμβάν, μια συνάντηση που λαμβάνει χώρα μεταξύ δύο αγνώστων, που καλούνται να λάβουν συγκεκριμένους ρόλους και να

καταλήξουν σε ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα. Το πώς γίνονται αντιληπτοί αυτοί οι ρόλοι αλλά και το πώς ορίζεται η θεραπευτική σχέση, διαφέρει ανάλογα με το θεωρητικό πρίσμα που αναλύει κανείς το φαινόμενο. Γι' αυτό στην παρούσα εργασία, η οποία αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, θα επιχειρήσουμε να δώσουμε απάντηση στα ακόλουθα ερωτήματα. Αρχικά θα γίνει μια προσπάθεια να οριστεί η έννοια της θεραπευτικής σχέσης, παρατηρώντας παράλληλα τους διαφορετικούς χαρακτηρισμούς που της έχουν αποδώσει η διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Στη συνέχεια, παραθέτωντας τα αποτελέσματα σύγχρονων ερευνών, θα δοθεί μια απάντηση στο ερώτημα τι είναι θεραπευτικό στη σχέση, πώς με άλλα λόγια επιδρά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Καταλήγοντας θα γίνει μια κριτική σχετικά με το αν και κατά πόσο η σχέση παίζει τόσο σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική αλλαγή, καθώς επίσης και σε ζητήματα που αφορούν τον ορισμό της έννοιας και την εξουσία του θεραπευτή.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια προσπάθεια ορισμού της θεραπευτικής σχέσης με βάση τα δεδομένα της βιβλιογραφίας. Επίσης θα γίνει λόγος για τις διαφορές μεταξύ των εννοιών «θεραπευτική σχέση» και «θεραπευτικό συμβόλαιο» αλλά και για πώς αυτές αλληλοεπικαλύπτονται. Ακόμη θα γίνει σημασιολογική περιγραφή συμπληρωματικής ορολογίας που αφορά τη θεραπευτική σχέση.

#### 1.1 Κύριοι παράγοντες της θεραπευτικής σχέσης

Σύμφωνα με τον ορισμό των Carter και Gelson (1985), η θεραπευτική σχέση αφορά τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις που οι συμμετέχοντες αναπτύσσουν ο ένας για τον άλλο κατά τη θεραπευτική διαδικασία, καθώς επίσης και ο τρόπος που αυτά εκφράζονται. Αποτελεί μια πολύπλοκη έννοια, που διαχρονικά έχει λάβει διαφορετικές διαστάσεις ως προς τα χαρακτηριστικά που την αποτελούν. Ορισμένοι ερευνητές, στην προσπάθειά τους να μελετήσουν τη θεραπευτική σχέση, έχουν αποδώσει σε αυτή ονομασίες όπως: «πραγματική σχέση», «προσωπική σχέση» και «καινούργια σχέση». Ακόμη έχει επιχειρηθεί η ανάλυση και η συγκεκριμενοποίηση αυτής της κατά τα άλλα αφηρημένης έννοιας, με βάση το τριπλό μοντέλο της θεραπευτικής σχέσης. Σύμφωνα με αυτό η θεραπευτική σχέση διαιρείται σε τρεις βασικούς παράγοντες: το θεραπευτικό συμβόλαιο, το μηχανισμό της μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης και την πραγματική σχέση, οι οποίοι θα αναλυθούν στη συνέχεια (Gelso, 2009). Οι τρεις αυτοί παράγοντες προκύπτουν από την πρώτη κιόλας συνεδρία, αλλά και πριν από την πρώτη επαφή, σε φαντασιακό επίπεδο (Gelso, 2014).

##### 1.1.1 *Θεραπευτική συμμαχία- θεραπευτικό συμβόλαιο*

Αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής σχέσης αποτελεί η «θεραπευτική συμμαχία», η οποία συχνά ταυτίζεται με την έννοια του «θεραπευτικού συμβολαίου» (therapeutic alliance) (Green & Elvins, 2008). Το θεραπευτικό συμβόλαιο αποτελεί στην ουσία

στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης, το οποίο διευκολύνει τη δημιουργία ενός θεραπευτικού δεσμού, που στη βάση του χαρακτηρίζεται από σεβασμό, εμπιστοσύνη, εκτίμηση και αμοιβαία συμπάθεια (Kazantzis, Cronin, Norton, Lai, & Hofmann, 2015). Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι «θεραπευτική σχέση» και «θεραπευτική συμμαχία» δεν αποτελούν ταυτόσημες έννοιες, καθώς η δεύτερη αναφέρεται σε μια πιο ξεκάθαρα οριοθετημένη διαδικασία. (Green, 2009). Όπως αναφέρθηκε στο εισαγωγικό σημείωμα, η έννοια της «θεραπευτικής συμμαχίας» έχει τις ρίζες της στην ψυχαναλυτική θεωρία, καθώς περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Freud (1912) με τους όρους «μεταβίβαση» και «αντιμεταβίβαση». Στη συνέχεια όμως, διαχωρίστηκε από τους συγκεκριμένους όρους, αποκτώντας πανθεωρητική ιδιότητα.

Ο Bordin (1979), υπήρξε εισηγητής του όρου «θεραπευτική συμμαχία». Σύμφωνα με εκείνον, η συμμαχία θεραπευτή-θεραπευόμενου, περιλαμβάνει τρεις παράγοντες: το δεσμό, τους στόχους και τις θεραπευτικές δραστηριότητες. Ο δεσμός έχει συναισθηματική χροιά και αφορά την θετική προσκόλληση που αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, η οποία βασίζεται σε αισθήματα εμπιστοσύνης και αποδοχής. Όσον αφορά τους στόχους, αυτοί διαμορφώνονται από κοινού και είναι απαραίτητη η αμοιβαία αποδοχή τους προκειμένου να επιτευχθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στην πραγματοποίησή τους τέλος, συμβάλλουν οι ενδοσυνεδριακές δραστηριότητες που αφορούν τις θεραπευτικές τεχνικές και καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της ψυχοθεραπείας.

Βασισμένοι σε έρευνες που διεξήγαγαν οι ίδιοι, οι Orlinsky και Howard (1975), διέκριναν το θεραπευτικό συμβόλαιο σε: συμβόλαιο εργασίας, που αφορά τους όρους διεξαγωγής της θεραπείας, στην ανταπόκριση μέσω της ενσυναίσθησης και στην αμοιβαία επιβεβαίωση, αντίστοιχη έννοια με την ανευ όρων θετική ανταπόκριση που πρότεινε ο Roger. Παράλληλα ο Luborsky, έδωσε μια διπλή διάσταση του όρου, αναφέροντας ότι η θεραπευτική συμμαχία χαρακτηρίζεται από δύο στοιχεία: την εμπειρία του πελάτη με τον θεραπευτή του ως άτομο που του παρέχει βοήθεια και την αντίληψη του για τα θεραπεία ως μια συνεργατική διαδικασία που στοχεύει σε συγκεκριμένους στόχους (Luborsky, Barber, & Crits-Christoph, 1990).

Όπως ορίζεται από τους Gelso και Carter (1994), το θεραπευτικό συμβόλαιο αποτελεί τη συμμαχία του λογικού μέρους του εαυτού ή του Εγώ του θεραπευόμενου με την θεραπευτική- αναλυτική ιδιότητα του θεραπευτή με σκοπό την επίτευξη του θεραπευτικού στόχου. Η σχέση αυτή δημιουργεί ένα ασφαλές πεδίο όπου το άτομο μπορεί να εξερευνήσει τον εαυτό του, ενώ παράλληλα η ίδια η δόμηση της σχέσης μπορεί να αποτυπώσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο θεραπευόμενος στις σχέσεις του με τους σημαντικούς άλλους (Pinsof, Horvath & Greenberg, 1994).

Επιπλέον, το θεραπευτικό συμβόλαιο, αν και ιδέα φρουδικής προέλευσης, αφορά μια περισσότερο γνωσιακή οπτική της θεραπευτικής σχέσης, καθώς εστιάζει στην αντίληψη του θεραπευόμενου σχετικά με την πορεία της θεραπείας, στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση συγκεκριμένων στόχων. Έχει επομένως συνειδητή και στοχοκατευθυνόμενη υπόσταση (Horvath, 2001).

Σύμφωνα με έναν συμπληρωματικό ορισμό, η «θεραπευτική συμμαχία» είναι μια συνεχώς μεταβαλλόμενη διαδικασία η οποία διακρίνεται σε δύο μέρη: τη συμμαχία τύπου 1, που αναφέρεται στα θετικά συναισθήματα που εισπράττει ο θεραπευόμενος από το θεραπευτή, όπως για παράδειγμα στήριξη, ασφάλεια και τρυφερότητα, και τη συμμαχία τύπου 2, η οποία αποτελεί την κοινή δέσμευση των δύο προκειμένου να επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι (Horvath & Luborsky, 1993).

Μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με τον ορισμό της έννοιας προσφέρει το γενικό μοντέλο οργάνωσης του θεραπευτικού συμβολαίου, το οποίο διακρίνει το θεραπευτικό συμβόλαιο σε δύο μέρη: την «προσωπική σχέση», η οποία αφορά κοινωνικές- συναισθηματικές όψεις του θεραπευτικού δεσμού και τη «συνεργατική σχέση», η οποία σχετίζεται με την θέσπιση κοινών θεραπευτικών στόχων. Αυτά τα δύο είδη συσχέτισης διαμεσολαβούνται από τρεις παράγοντες: τη συνεισφορά του θεραπευτή, τη συνεισφορά του θεραπευόμενου και την κοινή συνεισφορά τους στη διαμόρφωση της σχέσης. Η «προσωπική σχέση», επηρεασμένη από την πελατοκεντρική θεωρία του Rogers, προϋποθέτει: αυθεντικότητα, ζεστασιά, άνευ όρων αποδοχή και ενσυναίσθηση εκ μέρους του θεραπευτή. Παράλληλα ο θεραπευόμενος, δείχνει εμπιστοσύνη και φιλική διάθεση απέναντι στον θεραπευτή, συμβαδίζει με τους κοινωνικούς- συναισθηματικούς ρόλους που του αντιστοιχούν εντός της θεραπείας, για

παράδειγμα δεν λειτουργεί εξαρτητικά ή υποτακτικά σε σχέση με το θεραπευτή και τέλος αναγνωρίζει την κατανόηση και την ενσυναίσθηση του δεύτερου. Όσον αφορά τη «συνεργατική σχέση», ο θεραπευτής αρχικά θα πρέπει να είναι επαρκώς καταρτισμένος, να είναι πρόθυμος να δουλέψει με τον θεραπευόμενο βάσει μιας μεθόδου και να ενισχύει την αισιοδοξία του για τη θετική έκβαση της θεραπείας, βασιζόμενος πάντα σε ρεαλιστικά κριτήρια. Από την άλλη, η εμπλοκή του θεραπευόμενου στη «συνεργατική σχέση», προϋποθέτει την ικανότητά του να δουλέψει πάνω σε ό,τι τον προβληματίζει, να είναι κινητοποιημένος και να έχει θετικές προσδοκίες για την έκβαση της ψυχοθεραπείας (Hougaard, 1994).

Γενικότερα, Bordin(1979) δεν θεωρεί τη θεραπευτική συμμαχία από μόνη της θεραπευτική, αλλά ως ένα μέσο το οποίο διευκολύνει την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. Επιπλέον, αν και ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης, τη διαχωρίζει από την «μεταβίβαση» η οποία λαμβάνει χώρα στο ασυνείδητο και την εντοπίζει στο πεδίο της πραγματικότητας. Τέλος, η θεραπευτική συμμαχία δεν έχει πάντα θετικό πρόσημο, αλλά περνάει διάφορες διακυμάνσεις δίνοντας χώρο και για αρνητικά συναισθήματα εντός της σχέσης. Σε ένα πλαίσιο ρήξης, δίνεται συχνά η δυνατότητα να αναδειχθούν και να αντιμετωπιστούν οι άμυνες και οι εσωτερικές συγκρούσεις του θεραπευόμενου. Είναι ακριβώς αυτές οι δυσκολίες που όταν επιλυθούν οδηγούν σε μια ισχυρή θεραπευτική σχέση (Gelso, 2014).

### ***1.1.2 Μεταβίβαση- Αντιμεταβίβαση***

Σύμφωνα με τον ορισμό των Gelso και Bhatia (2012), η «μεταβίβαση» (transference) είναι η ασυνείδητη διαδικασία κατά την οποία, η αντίληψη του θεραπευόμενου για τον θεραπευτή του, διαμορφώνεται με βάση την ψυχική του δομή αφενός και του παρελθόντος του αφετέρου, καθώς συναισθήματα, στάσεις και συμπεριφορές που έχει βιώσει για σημαντικούς ανθρώπους της ζωής του μεταφέρονται και αντανακλώνται στο πρόσωπο του θεραπευτή.

Η «μεταβίβαση» και η «αντιμεταβίβαση» αποτελούν δύο έννοιες βαθιά ριζωμένες στην ψυχαναλυτική σκέψη, για αυτό συχνά δεν γίνονται αποδεκτές από θεραπευτές άλλων κατευθύνσεων οι οποίοι τις θεωρούν ψυχαναλυτικά εργαλεία. (Gelso, 2014). Ωστόσο,

σύμφωνα με μια ανασκόπηση των Gelso και Bhathia (2012), φαίνεται ότι η μεταβίβαση συμβαίνει και σε μη αναλυτικές θεραπείες και μάλιστα σχεδόν στην ίδια συχνότητα με ψυχαναλυτικού τύπου συνεδρίες. Ακόμη, η μεταβίβαση ως διαδικασία δεν εξαρτάται από την πίστη του θεραπευτή σε αυτή, αλλά συχνά υπάρχει χωρίς καν να την αντιλαμβάνεται. Για το θεραπευτικό ρόλο της μεταβίβασης θα μιλήσουμε εκτενέστερα σε επόμενο κεφάλαιο.

Σύμφωνα με τον Horvath (2001), ο Freud διέκρινε την μεταβιβαστική διαδικασία σε δύο αντίθετους πόλους, την θετική και την αρνητική ή νευρωτική μεταβίβαση. Γενικότερα η «θετική μεταβίβαση» σχετίζεται με πιο ουσιαστικές και πιο αποτελεσματικές συνεδρίες. Από την άλλη η «αρνητική μεταβίβαση» μπορεί να είναι είτε επιβαρυντική είτε ωφέλιμη για τη θεραπεία, ανάλογα με την ικανότητα του θεραπευόμενου να αντιλαμβάνεται και να επεξεργάζεται τα συναισθήματά του. Έτσι η «αρνητική μεταβίβαση» που εμφανίζεται στο ξεκίνημα της θεραπείας και συνδέεται με συναισθηματική διορατικότητα, σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα. Αντίθετα η έλλειψη συναισθηματικής αντίληψης σε συνδυασμό με αρνητική μεταβίβαση χαρακτηρίζονται από χαμηλή θεραπευτική πρόγνωση (Gelso & Hayes, 1998).

Ο μηχανισμός της «αντιμεταβίβασης» (counter-transference), ορίζεται ως οι εσωτερικές και εξωτερικές αντιδράσεις του θεραπευτή, που διαμορφώνονται από το παρελθόν του και από την παρούσα συναισθηματική σύγκρουση και ευαλωτότητα (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011). Βέβαια δεν αποτελεί οποιαδήποτε αντίδραση του θεραπευτή αντιμεταβιβαστική διαδικασία. Συγκεκριμένα οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις πυροδοτούνται από συμπεριφορές του θεραπευόμενου που θυμίζουν στον θεραπευτή προσωπικά άλτα ζητήματα (Gelso, 2014). Οι δύο ερευνητές ανέπτυξαν την υπόθεση της αλληλεπιδραστικής αντιμεταβίβασης, επιχειρώντας να αναδείξουν το σημαντικό ρόλο του θεραπευόμενου ως πυροδοτητή της άλυτης εσωτερικής σύγκρουσης του θεραπευτή, με αποτέλεσμα ο τελευταίος να αναπτύξει μηχανισμούς αντιμεταβίβασης (Hayes et al, 2011).

Η «αντιμεταβίβαση», αναγνωρίζεται περισσότερο σε σχέση με τη «μεταβίβαση», από θεραπευτές που δεν έχουν ψυχαναλυτικό προσανατολισμό, ως μια σημαντική στιγμή της θεραπευτικής διαδικασίας η οποία μπορεί να έχει τόσο θετικά όσο και αρνητικά

αποτελέσματα. Το αν η «αντιμεταβίβαση» αποδειχθεί ωφέλιμη για τη θεραπευτική εξέλιξη, καθορίζεται από πέντε παράγοντες: την ικανότητα του θεραπευτή για ενδοσκόπηση εντός της θεραπείας, τόσο σε συναισθηματικό όσο και σε διανοητικό επίπεδο, το βαθμό της συναισθηματικής εμπλοκής του στη θεραπεία διατηρώντας παράλληλα τα όρια της θεραπευτικής σχέσης, το βαθμό ενσυναίσθησης που κατέχει, τη δυνατότητά του να διαχειρίζεται το άγχος που βιώνει κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και τέλος το κατά πόσο μπορεί να αντιληφθεί τη δυναμική που αναδύεται από τον θεραπευόμενο κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής ώρας, ανεξάρτητα από τον θεωρητικό του προσανατολισμό. Από τους πέντε παράγοντες έχει δοθεί έμφαση στον τέταρο, που περιγράφει την αντιμεταβίβαση ως ένα μηχανισμό άμυνας που προκύπτει λόγω του άγχους που βιώνει ο θεραπευτής εντός της συνεδρίας (Hayes et al, 2011).

Τέλος, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση, όταν ο θεραπευτής καταφέρνει να αντιμετωπίσει τα δικά του άλτα ζητήματα μέσω της προσωπικής του ανάλυσης, είναι πλέον ικανός να δείξει ενσυναίσθηση και μη κριτική στάση, ενώ παράλληλα θα είναι αντικειμενικός και ουδέτερος. Η ουδετερότητα του ψυχαναλυτή περιορίζει την επιρροή που ασκεί ως άτομο στον αναλυόμενο και αφήνει χώρο για την ανάδυση συναισθηματικών αντιδράσεων που προκύπτουν στο πλαίσιο της θεραπείας ως προϊόντα μεταβίβασης (Horvath, 2001).

### **1.1.3 Πραγματική σχέση**

Η «πραγματική» ή «προσωπική» σχέση (real or personal relationship), αφορά τον προσωπικό δεσμό που αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου εντός της θεραπευτικής σχέσης. Ο όρος πραγματική έρχεται σε αντίθεση με τον όρο μη πραγματική που αναφέρεται στη σχέση μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης (Gelso, 2009). Ο ίδιος ο Freud (1937), επισήμανε ότι δεν αποτελεί κάθε σχέση μεταξύ αναλυτή και αναλυόμενου μεταβιβαστική-αντιμεταβιβαστική σχέση. Οι Greenson και Wexler (1969), αναφέρθηκαν σε δύο χαρακτηριστικά που προϋποθέτουν την «πραγματική σχέση»: τον «ρεαλισμό» και τη «γνησιότητα». Με τον όρο «ρεαλισμό» περιγράφουν το δεσμό που

βασίζεται στην πραγματική αντίληψη που έχουμε για τον θεραπευτή και όχι μέσω προβλητικών μηχανισμών που μεταβιβάζουν συναισθήματα που αφορούν άλλα σημαντικά πρόσωπα. Όσον αφορά τη «γνησιότητα», αυτή νοείται ως η αυθεντική διάσταση του εαυτού, όπως παρουσιάζεται στους άλλους.

Οι θεωρητικοί της ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης, με εξαίρεση τους μεταμοντέρνους ψυχαναλυτές εκφράζουν αντιρρήσεις σχετικά με την εφαρμογή της γνησιότητας εντός της αναλυτικής θεραπείας, καθώς αλλοιώνει το μοντέλο του ουδέτερου αναλυτή, στο πρόσωπο του οποίου λαμβάνει χώρα η μεταβίβαση. Με τη σειρά τους, οι ανθρωπιστές οι οποίοι ασπάζονται το φαινομενολογικό ρεύμα δεν αποδέχονται τον ρεαλισμό καθώς θεωρούν ότι η πραγματικότητα της θεραπευτικής σχέσης μεταβάλλεται συνεχώς και δεν είναι αντικειμενική, αλλά διαμορφώνεται από τους συμμετέχοντες. Ωστόσο, η γνησιότητα είναι εφάμιλλη με την ροτζεριανή έννοια της αυτό-αποκάλυψης και του ανοίγματος του θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο. Η αυτό-αποκάλυψη αποτελεί κομβική διάσταση της θεραπευτικής σχέσης και θα αναλυθεί εκτενώς στη συνέχεια. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία της γνησιότητας στην πραγματική σχέση, αποτελούν η μη λεκτική συμπεριφορά, η συνοχή μεταξύ της λεκτικής και της σωματικής έκφρασης του θεραπευτή, η συνέπεια και η εγκυρότητα των όσων αποκαλύπτονται στον θεραπευόμενο, και η αποσαφήνιση των λόγων που ο θεραπευτής αρνείται να αποκαλύψει ορισμένα προσωπικά στοιχεία (Gelso, 2011).

Συμπληρωματικά, προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα της σχέσης είναι απαραίτητες οι έννοιες «σθένος» και «μέγεθος». Το «μέγεθος» αφορά το πόσο ρεαλιστική και γνήσια είναι η σχέση, ενώ το «σθένος» αναφέρεται στο πρόσημο της σχέσης, κατά πόσο δηλαδή οι συμμετέχοντες εκφράζουν θετικά ή αρνητικά μεταξύ τους συναισθήματα και στάσεις (Gelso, 2009). Σύμφωνα με τον Gelso (2009), προκειμένου η πραγματική σχέση να θεωρηθεί ισχυρή θα πρέπει να έχει θετικό πρόσημο, σε αντίθεση με την άποψη που αναφέρθηκε προηγουμένως για την σημασία των αρνητικών συναισθημάτων εντός της θεραπευτικής συμμαχίας.

Ο όρος «πραγματική σχέση» έχει υποστεί κριτική καθώς υπονοεί την ύπαρξη ενός γνώστη του τι αποτελεί πραγματικότητα και τι όχι. Μάλιστα έμμεσο σχόλιο για το ρόλο του κλασσικού ψυχαναλυτή ο οποίος συχνά παρουσιάζεται να κατέχει την γνώση της

πραγματικότητας εν αντιθέσει με τον αναλυόμενο. Η μεταμοντέρνα οπτική δίνει εξίσου έμφαση στον τρόπο που αντιλαμβάνονται τη σχέση οι συμμετέχοντες και είναι ο συνδυασμός των δικών τους αντιλήψεων που καθορίζει το πραγματικό της σχέσης (Gelso, 2009).

Οι όροι που αναπτύχθηκαν προηγουμένως, «θεραπευτική συμμαχία», «πραγματική σχέση», «μεταβίβαση», ενώ παρουσιάζουν διαφορές, συχνά αλληλοεπικαλύπτονται εντός της κλινικής πράξης. Έτσι για παράδειγμα ένας θεραπευτής που δείχνει ενσυναίσθηση στο θεραπευόμενο ενδέχεται να λειτουργεί έτσι είτε λόγω της προσωπικής σχέσης που έχουν αναπτύξει είτε με γνώμονα την απαραίτητη τεχνική για την επίτευξη των στόχων που έχουν ορισθεί στο θεραπευτικό συμβόλαιο. Ειδοποιό διαφορά τους αποτελεί το γεγονός, ότι το θεραπευτικό συμβόλαιο ή συμμαχία έχει εργαλειακή υπόσταση και εξυπηρετεί ορισμένους σκοπούς, αντίθετα η πραγματική σχέση δεν αφορά κάποια συμφωνία. Απλά και μόνο στο πλαίσιο της συναναστροφής τους, δύο άτομα αρχίζουν να τρέφουν συναισθήματα και διαμορφώνουν συγκεκριμένες στάσεις ο ένας για τον άλλο. Βέβαια η δόμηση μιας δυνατής προσωπικής σχέσης συμβάλει στη διεκπαιραίωση του συμβολαίου, χωρίς όμως το ένα να προυποθέτει πάντα το άλλο. Μπορεί δηλαδή να υπάρχει ένα σταθερό και καλά οριοθετημένο συμβόλαιο χωρίς να έχει αναπτυχθεί ουσιαστική σχέση ή αντίθετα, παρόλη την δόμηση μιας καλής σχέσης, να υπάρχουν δυσκολίες στην τήρηση του συμβολαίου (Gelso, 2009).

Τέλος όσον αφορά τη διαφοροποίηση της πραγματικής σχέσης από τη μεταβίβαση, αυτή έγκειται ακριβώς στην έλλειψη της πραγματικής σχέσης από οποιαδήποτε φαντασιακή μεταβιβαστική δραστηριότητα. Ωστόσο πρακτικά αυτό ανατρέπεται, καθώς σύμφωνα με τον Greenson, *«δεν υπάρχει μεταβιβαστική αντίδραση, ανεξάρτητα του πόσο φαντασιακή είναι, χωρίς σπέρμα αλήθειας και δεν υπάρχει ρεαλιστική σχέση χωρίς ίχνος μεταβιβαστικής φαντασίας»* (Gelso, 2009) [μετάφραση από τη συγγραφέα].

## 1.2 Άλλες διαστάσεις της θεραπευτικής σχέσης



### 1.2.1 Ενσυναίσθηση

Ένας σημαντικός παράγοντας που εμπεριέχεται στη θεραπευτική σχέση είναι η «ενσυναίσθηση» (empathy). Πολλοί ερευνητές στο χώρο της ψυχοθεραπείας έχουν επιδιώξει να ορίσουν αυτή την έννοια. Ο Kohut (1959) αναφέρεται στην ενσυναίσθηση με τον όρο «ετεροενδοσκόπηση», μια διαδικασία που μας επιτρέπει να κατανοήσουμε τα συναισθήματα του άλλου και να φανταστούμε πώς θα αισθανόμασταν εμείς σε μια αντίστοιχη ψυχολογική κατάσταση, χωρίς να μοιραζόμαστε το ίδιο βίωμα.

Ο Carl Rogers (1959) εισήγαγε την ενσυναίσθηση στην πελατοκεντρική-προσωποκεντρική θεωρία καθιστώντας την βασικό θεραπευτικό εργαλείο. Έχει με τη σειρά του αποδώσει στην έννοια αυτή δύο διαφορετικούς ορισμούς. Αρχικά, χαρακτηρίζει την «ενσυναίσθηση» ως τη *«δυνατότητα να αντιλαμβάνεται κανείς το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς κάποιου άλλου με ακρίβεια, με τα συναισθηματικά στοιχεία και τα νοήματα που ενυπάρχουν σε αυτό, σα να ήταν εκείνος ο άλλος άνθρωπος, χωρίς όμως να ξεχάσει ποτέ τον όρο σαν»* [μετάφραση από τη συγγραφέα]. Αυτό συνεπάγεται ότι ο θεραπευτής μπαίνει στη θέση του θεραπευόμενου χωρίς όμως να ξεχνά τη δική του ταυτότητα. Στη συνέχεια μετεξελίσσει τον ορισμό σε *«διαδικασία κατά την οποία εισέρχεσαι στον ιδιωτικό χώρο του άλλου και μένεις εκεί...ζεις προσωρινά τη ζωή του άλλου»* [μετάφραση από τη συγγραφέα]. Πλέον ο θεραπευτής διεισδύει στην πραγματικότητα του θεραπευόμενου με ενεργό τρόπο, χωρίς βέβαια να χάνεται η διαφοροποίηση μεταξύ των δύο (Elliott, Bohart, Watson & Greenberg, 2011).

Το βιολογικό μοντέλο αποδίδει την «ενσυναίσθηση» στην λειτουργία των «καθρεπτικών νευρώνων». Καθώς λοιπόν το άτομο λαμβάνει συναισθηματικά ερεθίσματα μέσω της σωματικής έκφρασης των άλλων, αυτά ενεργοποιούν το λιμβικό κέντρο του εγκεφάλου που αφορά το συναίσθημα και τους αντίστοιχους νευρώνες. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται «συναισθηματική προσομοίωση». Στη συνέχεια ακολουθεί μια «αντιληπτική επεξεργασία» η οποία λαμβάνει χώρα στον προμετωπιαίο και ακουστικό φλοιό. Τέλος διατελείται μια διαδικασία «ρύθμισης του συναισθήματος», κατά την οποία το άτομο μετριάζει το συναίσθημα που του προκαλεί η στεναγχώρια των άλλων, προκειμένου να τους συμπονέσει και να τους βοηθήσει (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002).

Η εφαρμογή της «ενσυναίσθησης» εντός της θεραπευτικής διαδικασίας προϋποθέτει τέσσερα στάδια: «ταύτιση», «ενσωμάτωση», «αντήχηση» και «αποστασιοποίηση». Τα δύο πρώτα αφορούν το βίωμα των συναισθημάτων και της εμπειρίας του θεραπευόμενου. Ειδικότερα, με την «ταύτιση», ο θεραπευτής στιγμιαία χάνει τη συνείδηση του εαυτού του, εισχωρεί στην κατάσταση την οποία βιώνει ο θεραπευόμενος και γίνεται ένα μαζί του. Στη συνέχεια ακολουθεί η ενσωμάτωση της εμπειρίας του ατόμου η οποία μεταρέπεται σε βίωμα του ίδιου του θεραπευτή. Παράλληλα, μέσω της «αντήχησης» ο θεραπευτής εξακολουθεί να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του σαν ξεχωριστή οντότητα που χρησιμοποιεί τη φαντασία του για να μπει στη θέση του θεραπευόμενου. Εδώ συναντάμε ένα παράδοξο. Ενώ από τη μία επιδιώκεται η πλήρης ενοποίηση θεραπευτή-θεραπευόμενου στο πλαίσιο του κοινού βιώματος, από την άλλη διατηρείται ο διαχωρισμός τους ως δυο διαφορετικές προσωπικότητες. Τέλος με την «αποστασιοποίηση» ο θεραπευτής επιστρέφει στην αρχική του θέση και διαχωρίζεται από τον θεραπευόμενο. Είναι η στιγμή που χρησιμοποιεί το υλικό που συνέλεξε μέσω της «ταύτισης» και της «ενσωμάτωσης», το οποίο αξιολογήθηκε στο πλαίσιο της διπλής λειτουργίας της «αντήχησης» και πλέον διαμορφώνεται η ανάλογη με το πρόβλημα παρέμβαση (Ehmann, 1971).

Σύμφωνα πάλι με το μοντέλο των Bohart et al ( 2002), η «ενσυναίσθηση» ως διαδικασία εντός της θεραπευτικής συνεδρίας απαρτίζεται από τρεις παράγοντες: το δεσμό που χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθηση, την εναρμόνιση της επικοινωνίας και την ενσυναίσθηση προς την ατομική εμπειρία. Το πρώτο συστατικό αφορά την προσπάθεια του θεραπευτή να κατανοήσει τον θεραπευόμενο και να του εκφράσει την υποστήριξη του προκειμένου να δημιουργηθεί ένα ευνοϊκό πλαίσιο για την θεραπευτική πορεία. Ο δεύτερος παράγοντας περιγράφει μια ενεργό θεραπευτική στάση προκειμένου ο θεραπευτής να είναι συνεχώς συντονισμένος με τον θεραπευόμενο και να λαμβάνει τις πληροφορίες και τα επικοινωνιακά ερεθίσματα που αυτός εκπέμπει. Τέλος, μέσω της ενσυναίσθησης προς το θεραπευόμενο, ο θεραπευτής επιδιώκει να κατανοήσει το πώς τωρινές αλλά και παρελθοντικές εμπειρίες, επηρεάζουν τον τρόπο που βιώνει τις διάφορες καταστάσεις.

Η έννοια της ενσυναίσθησης μοιάζει μεν, αλλά διαφέρει ουσιαστικά όσον αφορά τη θεραπευτική διαδικασία με έννοιες όπως η «συμπάθεια» η «προβολή» και η «ταύτιση», οι οποίες συνδέονται επίσης με τη θεραπευτική σχέση. Αρχικά, η «συμπάθεια», ενέχει τη σημασία του οίκτου και αναφέρεται στην κατάσταση κατά την οποία κάποιος εστιάζει την προσοχή του στα προσωπικά του συναισθήματα και στο πώς αυτά μοιάζουν με τα αντίστοιχα κάποιου άλλου, χωρίς όμως να χάνει την αίσθηση της ταυτοτητάς του όπως συμβαίνει στην «ενσυναίσθηση», όπου το άτομο χάνει προσωρινά τον εαυτό του προκειμένου να στρέψει ολότελα την προσοχή του στο πρόβλημα του άλλου. Η «συμπάθεια», ενέχει τον κίνδυνο να χάσει ο θεραπευτής την αντικειμενικότητά του και να λάβει εκείνος δράση για τον θεραπευόμενο, αντι να τον βοηθήσει να βρει ο ίδιος λύση (Ehmann, 1971). Επιπλέον η έννοια της «προβολής», προερχόμενη από τη ψυχανάλυση, διαφοροποιείται από την «ενσυναίσθηση», καθώς αφορά συναισθήματα και σκέψεις που το ίδιο άτομο βιώνει, αλλά τα αποδίδει σε κάποιον άλλο, και όχι το αντίστροφο. Η «ταύτιση» διαφέρει τέλος από την «ενσυναίσθηση», καθώς αποτελεί μια ισχυρή συναισθηματική και μόνιμη διαδικασία, η οποία συμβαίνει σε ασυνείδητο επίπεδο και έχει ως στόχο την καταπολέμηση του άγχους. Αντίθετα, η «ενσυναίσθηση», είναι προσωρινή, συμβαίνει σε προσυνειδητό επίπεδο και αποσκοπεί στην κατανόηση των συναισθημάτων του άλλου (Dymond, 1950).

### **1.2.2 Αυθεντικότητα**

Η «αυθεντικότητα» (genuineness) αποτελεί μια έννοια που πρωτοκαθεδρεύει στην προσωποκεντρική θεραπεία του Carl Roger, σε συνδυασμό με την «ενσυναίσθηση» και την «αποδοχή» και είναι άμεσα συνυφασμένη με τη θεραπευτική σχέση (Lietaer, 2016). Σύμφωνα με τον Roger (1959) : *«Η αυθεντικότητα στη θεραπεία προϋποθέτει ότι ο θεραπευτής είναι ο πραγματικός του εαυτός κατά την αναμέτρησή του με τον πελάτη. Χωρίς προσωπείο, εκφράζει ανοιχτά τα συναισθήματα και τις σκέψεις που βιώνει τη δεδομένη στιγμή»* [μετάφραση από τη συγγραφέα].

Η «αυθεντικότητα» έχει δύο όψεις, μια εσωτερική και μια εξωτερική. Η πρώτη, αφορά το βαθμό που ο θεραπευτής αντιλαμβάνεται τον τρόπο που βιώνει ο ίδιος την θεραπευτική διαδικασία στο σύνολό της. Η εσωτερική αυτή διάσταση της αυθεντικότητας αποδίδεται με τον όρο «συμφωνία» (congruence) (Lietaer, 2016). Ο

Roger (1965) αναφέρει χαρακτηριστικά: «Με τον όρο συμφωνία εννοώ ότι οποιοδήποτε συναίσθημα ή κατάσταση βιώνω ταιριάζει με την επίγνωση που έχω για αυτή την κατάσταση. Όταν αυτό συμβαίνει αποτελώ ένα ολοκληρωμένο άτομο εκείνη τη στιγμή και επομένως μπορώ να γίνω αυτό που καταβάθος είμαι» [μετάφραση από τη συγγραφέα]. Η συμφωνία των όσων ο θεραπευτής βιώνει στη συνεδρία με τον τρόπο που τα αντιλαμβάνεται προϋποθέτει την ικανότητα για ενσυναίσθηση, καθώς θα ήταν ατελέσφορο να αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις μόνο μέσα από την δική του εμπειρία και όχι σε συνδυασμό με το βίωμα του θεραπευόμενου.

Από την άλλη, η εξωτερική έκφραση της αυθεντικότητας περιλαμβάνει τη γνωστοποίηση στον θεραπευόμενο όσων ο θεραπευτής βιώνει εντός της θεραπείας, όπως για παράδειγμα συναισθήματα και αντιλήψεις που διαμορφώνει κατά την αλληλεπίδρασή του με τον πελάτη. Έτσι δημιουργείται μια σχέση «διαφάνειας» (transparency), καθώς ο θεραπευτής επικοινωνεί ανοιχτά με το θεραπευόμενο, αποκαλύπτοντας τις προσωπικές του εντυπώσεις για όσα διαδραματίζονται εντός της θεραπευτικής διαδικασίας. Η «διαφάνεια» του θεραπευτή στην προσωποκεντρική θεώρηση, αναδεικνύεται ως εργαλείο για τη διαχείριση του υλικού της μεταβίβασης που αναδύεται εντός της συνεδρίας. Συγκεκριμένα ο θεραπευόμενος μεταβιβάζει σκέψεις και συναισθήματα που βιώνει σε σχέση με άλλα πρόσωπα προς τον θεραπευτή, και ο δεύτερος εκφράζει το πώς ο ίδιος νιώθει για όσα εισπράττει από τον θεραπευόμενο. Έτσι η «αντιμεταβίβαση» συνδέεται με τη «διαφάνεια» ως ένα θεραπευτικό εργαλείο στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης (Lietaer, 2016).

### ***1.2.3 Αυτό-αποκάλυψη***

Η αυτοαποκάλυψη (self-disclosure), αποτελεί μια τεχνική στενά συνδεδεμένη με τη θεραπευτική σχέση, καθώς όπως υποδηλώνει και ο γενικός ορισμός της έννοιας, είναι η γνωστοποίηση στον θεραπευόμενο, προσωπικών και όχι επαγγελματικών πληροφοριών, που αφορούν το θεραπευτή. Υπάρχουν τέσσερα είδη «αυτό-αποκάλυψης»: η «εσκεμμένη», η «αναπόφευκτη», η «τυχαία» και η «πυροδοτούμενη» από τον πελάτη.

Αρχικά η πρώτη αφορά επιτηδευμένες αντιδράσεις τόσο λεκτικές όσο και σωματικές όπως για παράδειγμα το να τοποθετήσει ο θεραπευτής μια οικογενειακή φωτογραφία στο

γραφείο του ή να χαιρετήσει με ένα εγκάρδιο νεύμα τον θεραπευόμενο (Zur, 2010). Ωστόσο όπως υποστηρίζουν οι Hill & Knox (2001), οι μη λεκτικές αποκαλύψεις διαφέρουν ποιοτικά από τις λεκτικές και συνεπώς θα πρέπει να αποκλείονται από τον εννοιολογικό ορισμό. Με τη σειρά της η «εσκεμμένη αυτό-αποκάλυψη», διακρίνεται στην «προσωπική αποκάλυψη» και στην «προσωπική εμπλοκή» ή «αμεσότητα». Η πρώτη αφορά τα προσωπικά δεδομένα που αναφέρει ο θεραπευτής ενώ η δεύτερη αφορά αποκαλυπτικές αντιδράσεις του θεραπευτή εντός της συνεδρίας. Έτσι η «αμεσότητα» αφορά συναισθήματα που εκφράζονται με ευθή τρόπο από τον θεραπευτή και αφορούν τη θεραπευτική σχέση. Για παράδειγμα ο θεραπευτής δηλώνει: *«Αισθάνομαι αγχωμένος αυτή τη στιγμή μαζί σου»* [μετάφραση από τη συγγραφέα].

Από την άλλη, η «αναπόφευκτη αυτό-αποκάλυψη», συνίσταται σε χαρακτηριστικά του θεραπευτή που δεν δύναται να αποσιωπηθούν, όπως για παράδειγμα το φύλο, η ηλικία και η φυσική του κατάσταση. Άλλα χαρακτηριστικά όπως για παράδειγμα η εγκυμοσύνη, η ένδυση του θεραπευτή ή κάποια αναπηρία, αναπόφευκτα προδίδουν στοιχεία για την προσωπική του ζωή. Επιπλέον το σπίτι-γραφείο όπου δέχεται τους θεραπευόμενους συχνά αποκαλύπτει πληροφορίες όπως η οικογενειακή κατάσταση και ο σεξουαλικός προσανατολισμός. Ακόμα και η περιοχή στην οποία ζει και εργάζεται ο θεραπευτής, αποτελεί πηγή πληροφοριών για το κοινωνικό –οικονομικό επίπεδο, πόσο μάλλον η διαμονή σε μια κλειστή κοινότητα όπου εκτείνεται καθημερινά υπό το βλέμμα των πελατών του (Zur, 2010).

Η τυχαία αυτό-αποκάλυψη αναφέρεται σε περιστατικά όπως μια τυχαία συνάντηση ή μια αυθόρμητη αντίδραση, από τα οποία εκρέουν κάποιες πληροφορίες για τον θεραπευτή. Επιπλέον, αποτελεί συχνό φαινόμενο για τους πελάτες να αναζητούν οι ίδιοι πληροφορίες για τους θεραπευτές, κάνοντας για παράδειγμα αναζήτηση στο διαδίκτυο, σε προσωπικούς λογαριασμούς, ή διαβάζοντας το βιογραφικό τους σημείωμα, πετυχαίνοντας έτσι μια «εξανακασμένη αυτό-αποκάλυψη» σε ζητήματα που αφορούν την προσωπική ζωή ή ακόμα και πολιτικές ή θησκευτικές πεποιθήσεις και δράσεις. Αντίστοιχα η αποκάλυψη του θεραπευτή ενδέχεται να πυροδοτείται από ένα προσωπικό άνοιγμα του θεραπευόμενου, όπου γίνεται λόγος για «αμοιβαία αυτό-αποκάλυψη» (Zur, 2010).

Ακόμη η «αυτό-αποκάλυψη» διακρίνεται σε αποκάλυψη «γεγονότων», «συναισθημάτων», «προσωπικής ενδοσκόπησης» ή «θεραπευτικής στρατηγικής». Μια τελευταία διαφοροποίηση αποτελεί η «θετική» και η «αρνητική αυτό-αποκάλυψη», που αφορά είτε τα ατομικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή είτε τη στάση του απέναντι στον πελάτη. Ο διαχωρισμός αυτός αντικαταστάθηκε ύστερα από την «αποκάλυψη επιβεβαίωσης» ή «αμφισβήτησης». Με την πρώτη, ο θεραπευτής εκφράζει τη συμφωνία του με τον τρόπο σκέψης του θεραπευόμενου ενώ η δεύτερη έχει ως στόχο την αμφισβήτηση της οπτικής του (Hill & Knox, 2001).

Ωστόσο, η αυτό-αποκάλυψη ως θεραπευτική τεχνική είναι αμφιλεγόμενη και η χρήση της εξαρτάται από τη σχολή ψυχοθεραπείας που ασπάζεται ο εκάστοτε θεραπευτής. Για παράδειγμα, η ψυχανάλυση προϋποθέτει ουδετερότητα εκ μέρους του ψυχαναλυτή και θεωρεί οποιαδήποτε προσωπική αποκάλυψη ως κίνδυνο για την διαδικασία της μεταβίβασης. Αντίθετα οι υπαρξιστές έχουν ενσωματώσει την αυτό-αποκάλυψη ως βασική θεραπευτική τεχνική, η οποία προάγει την αυθεντικότητα, ενισχύοντας έτσι το θεραπευτικό δεσμό (Zur, 2010). Επιπλέον ο συμπεριφορισμός, η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, και η λογικο-θυμική προσέγγιση χρησιμοποιούν ως εργαλείο την αυτό-αποκάλυψη προκειμένου να ενισχύσουν την απόδοση τεχνικών όπως η ενίσχυση, η προσομοίωση και η εξομάλυνση (Goldfried, Burckell & Eubanks-Carter, 2003). Τέλος η φεμινιστική προσέγγιση έχει εγκολπώσει την αυτο-αποκάλυψη στη θεραπευτική διαδικασία προκειμένου να θεμελιωθεί η θεραπευτική σχέση πάνω στην ισότητα και την αλληλεγγύη των δύο μερών. Η θεραπεύτρια λειτουργεί ακόμη ως μοντέλο μίμησης και ενθάρρυνσης της θεραπευόμενης και συχνά δραστηριοποιούνται μαζί εκτός του θεραπευτικού χώρου σε διαδηλώσεις και άλλες πολιτικές δράσεις (Zur, 2010).

Τα πλεονεκτήματα της θεραπευτικής σχέσης που εμπεριέχει την προσωπική «αυτό-αποκάλυψη» ποικίλουν. Αρχικά το αίσθημα του κοινού βιώματος δημιουργεί στον θεραπευόμενο την πεποίθηση ότι δεν είναι ο μόνος που αντιμετωπίζει μια δύσκολη κατάσταση. Επιπλέον η γνώση ότι κάποιο άλλο πρόσωπο έχει βιώσει μια αντίστοιχη εμπειρία και έχει ανταπεξέλθει, προσφέρει μια ελπιδοφόρα οπτική. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για το πρόσωπο του θεραπευτή, αυτό έχει συμβολική αξία και λειτουργεί ως

πρότυπο για τον θεραπευόμενο. Ακόμη, η αυτό-αποκάλυψη από πλευράς θεραπευτή είναι μια αμφίδρομη διαδικασία, καθώς δίνει έναυσμα στο θεραπευόμενο να προβεί στην δική του αυτό-αποκάλυψη, γεγονός που αποτελεί τον πυρήνα της ψυχοθεραπείας (Simone, McCarthy&Skay,1998). Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, οι περισσότεροι θεραπευτές χρησιμοποιούν την προσωπική αυτό-αποκάλυψη προκειμένου να βοηθήσουν το άτομο στην λήψη αποφάσεων, καθώς και για να διευκολύνουν την αυτό-αποκάλυψη του θεραπευόμενου, μειώνοντας το άγχος του και ενισχύοντας την αυθεντικότητα της θεραπευτικής σχέσης (Anderson & Mandell, 1989).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Στην ερώτηση γιατί η σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου είναι θεραπευτική, έχουν επιχειρήσει να απαντήσουν πολλοί ερευνητές όπως για παράδειγμα ο Bordin, που έθεσε τις βάσεις για την αξία του συμβολαίου στη θεραπευτική διαδικασία. Σύμφωνα με τον ίδιο, η σχέση προκειμένου να αποβεί θεραπευτική, περνάει τη διαδικασία της ρήξης και της επανόρθωσης (Hill & Knox, 2009). Επιπλέον, εντός της θεραπευτικής συνεδρίας δύο κομβικές διαδικασίες λαμβάνουν χώρα. Η πρώτη αφορά την εμπλοκή θεραπευτή και θεραπευόμενου σε μια διαδικασία συσχέτισης που αναπτύσσεται σταδιακά μεταξύ των δύο. Η δεύτερη, αποτελεί τη μεταφορά και περιγραφή προσωπικών εμπειριών του θεραπευόμενου που αφορούν τις σχέσεις με άτομα του ευρύτερου κοινωνικού του πλαισίου (Birtchnell, 2002). Το ερώτημα σε αυτό το κεφάλαιο είναι πώς οι δύο αυτές διαδικασίες συγχέονται εντός της θεραπείας δημιουργώντας ένα πρόσφορο έδαφος για το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

#### 2.1 Συμβόλαιο και θεραπευτικό αποτέλεσμα

Σε τι συνίσταται άραγε η θεραπευτική λειτουργία του συμβολαίου; Το συμβόλαιο δεν μπορεί να θεωρηθεί απλώς ως μια τεχνική, καθώς αποτελεί ένα πλαίσιο διαπραγμάτευσης πολλών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης των μεθόδων που χρησιμοποιεί η εκάστοτε θεραπευτική παρέμβαση. Για να γίνει αυτό κατανοητό ας δώσουμε ένα παράδειγμα από την κλινική πράξη, όπως παρατίθεται από τους Horvath, DelRe, Flückiger και Symonds (2011). Σε ένα θεραπευτικό διάλογο, ο πελάτης λέει στο θεραπευτή: *«Λοιπόν.. δε θα με ρωτήσεις τι μου έρχεται στο μυαλό σχετικά με αυτό (το ζήτημα που συζητάνε...)»*, και ο θεραπευτής με τη σειρά του ρωτάει: *«Θα έπρεπε να το κάνω;»* Πελάτης: *«Μα αυτό κάνεις πάντα...»*. Θεραπευτής: *«Ναι, επειδή συμφωνήσαμε ότι το να βρίσκουμε τι σύνδεση μεταξύ παρελθοντικών μοτίβων σχέσεων και του πώς εσύ σχετίζεσαι με τη γυναίκα σου είναι...»*. Πελάτης: *«Ναι, ανολοκλήρωτη υπόθεση και τα*



λοιπά...»Θεραπευτής: «Είπα ότι «συμφωνήσαμε» ότι αυτός είναι καλός τρόπος για να δουλέψουμε θεραπευτικά αλλά έχω την αίσθηση ότι δεν έχεις πειστεί ότι είναι πραγματικά καλή ιδέα. Συνεπώς ίσως θα ήταν καλύτερα να κάνουμε ένα βήμα πίσω και να το ξαναδούμε..Βλέπεις, μπορεί να είμαι ο θεραπευτής αλλά δεν μπορώ να σου δώσω ένα μαγικό χάπι και ξαφνικά να αλλάξουν όλα...»[μετάφραση από τη συγγραφέα]. Από αυτό το απόσπασμα μπορεί κανείς να διακρίνει πώς ο θεραπευτής υποχωρεί από την αρχική τεχνική, προκειμένου να διαπραγματευτεί από κοινού με τον θεραπευόμενο έναν πιο αποτελεσματικό τρόπο παρέμβασης, δημιουργώντας έτσι το πεδίο για μια καλή συνεργατική σχέση.

Συνεπώς, η δόμηση του θεραπευτικού συμβολαίου διακρίνεται σε δύο επίπεδα. Σε πρώτη φάση, επιλέγει μια θεραπευτική παρέμβαση που να είναι συμβατή με τις δυνατότητες του θεραπευόμενου και με τις προσδοκίες του. Σε δεύτερη φάση, ο θεραπευτής εξασφαλίζει την ενεργό συμμετοχή και τη συνεργασία του θεραπευόμενου, προκειμένου να υπάρχει αμοιβαιότητα στη σχέση. Με αυτό τον τρόπο η εκάστοτε θεραπευτική τεχνική «παντρεύεται» με τη δημιουργία μιας καλής θεραπευτικής σχέσης(Horvathetal, 2011).

Το συμβόλαιο παίζει καθοριστικό ρόλο και στην αποτελεσματικότητα των μονάδων ψυχικής υγείας όπως δείχνουν τα ακόλουθα αποτελέσματα. Μάλιστα σε διάφορες ψυχιατρικές δομές, η θεραπευτική σχέση αποτελεί τον πυρήνα πάνω στον οποία γίνεται μια διάγνωση, δημιουργείται ένα θεραπευτικό πλάνο και προγραμματίζεται η παρέμβαση (Priebe & McCabe, 2006).Επιπλέον, αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης χαμηλής διακοπής της θεραπείας είτε πρόκειται για ψυχοθεραπευτική είτε για ψυχιατρική παρέμβαση(Arnov et al., 2007)(Johansson & Eklund, 2006). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Johansson και Jansson(2010), η θετική αξιολόγηση του θεραπευτικού συμβολαίου κατά τη λήξη της παρέμβασης μπορεί να προβλέψει έως και το 15% του αποτελέσματος, σε αντίθεση με την εκτίμηση του κατά την έναρξη της θεραπείας που δεν έχει προβλεπτική ισχύ.Σε αυτή την άποψη αντιτίθεται η έρευνα των Horvath, DelRe, Flückiger & Symonds(2011) , οι οποίοι υποστηρίζουν ότι ένα συμβόλαιο που αξιολογείται θετικά κατά την έναρξη της θεραπείας, είτε από τη θεραπεύτρια είτε από το θεραπευόμενο, αποτελεί καλό προβλεπτικό παράγοντα, για μια επιτυχημένη θεραπευτική

έκβαση. Ακόμη, η βελτίωση της ποιότητας του συμβολαίου κατά τη διάρκεια της θεραπείας φαίνεται να οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα. Ένα παράδοξο αποτέλεσμα της συγκεκριμένης έρευνας είναι ότι τα θεραπευτικά συμβόλαια αξιολογήθηκαν περισσότερο θετικά κατά την εισαγωγή στην κλινική παρά μετά το πέρας της θεραπείας. Ωστόσο δεν αποκλείεται να το εύρημα αυτό να συνδέεται με φτωχότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι η σχέση συμβολαίου και θεραπευτικής έκβασης δεν εξαρτάται από τον τύπο της διάγνωσης ή το είδος της θεραπείας (Johansson & Jansson, 2010). Σε αυτή τη διαπίστωση συμφωνούν και αποτελέσματα άλλων ερευνών, στις οποίες το συμβόλαιο επηρεάζει σημαντικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα είτε πρόκειται για άτομα με διαταραχές του συναισθήματος, είτε για άτομα που κάνουν χρήση ουσιών (Dundon, et al., 2008) (Gaudio & Miller, 2006). Επιπλέον, το συμβόλαιο είναι σημαντικό τόσο σε θεραπείες ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης όσο και σε θεραπείες αντιμετώπισης μέσω φαρμακευτικής αγωγής (Johansson & Jansson, 2010). Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι η ψυχοπαθολογία δε φαίνεται να παίζει ουσιαστικό ρόλο στη θετική εξέλιξη του συμβολαίου, λιγότερο σοβαρά προβλήματα σχετίζονται με καλύτερη ποιότητα συμβολαίου, ενώ κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως για παράδειγμα η εχθρότητα, η ψυχρότητα και ο ατομοκεντρισμός, συνδέονται με λιγότερο επιτυχημένα θεραπευτικά συμβόλαια (Johansson & Eklund, 2006) (Puschner, Wolf & Kraft, 2008). Ωστόσο, όπως αναδεικνύει και η προαναφερθείσα έρευνα, η βελτίωση των παραπάνω χαρακτηριστικών σχετίζεται με θετική εξέλιξη του θεραπευτικού συμβολαίου. Αυτό πρακτικά αποτελεί ένα αισιόδοξο μήνυμα, καθώς άτομα με δυσκολίες στη δημιουργία σχέσεων, όταν αντιμετωπίστηκαν με ευαισθησία από το προσωπικό, στην πορεία αξιολόγησαν πιο θετικά το θεραπευτικό συμβόλαιο, γεγονός που οδήγησε σε καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Johansson & Jansson, 2010). Αυτό το εύρημα φέρνει στο προσκήνιο το ρόλο των θεραπειών στη σύναψη του συμβολαίου, που θα αναλυθεί σε επόμενη ενότητα.

Ειδικότερα, τα ακόλουθα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι δεν αποτελούν οι μεταβλητές που αφορούν το θεραπευόμενο δείκτες πρόβλεψης για το θεραπευτικό συμβόλαιο, αλλά τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή ή άλλων συσχετιστικών

μεταβλητών(Baldwin,Wampold & Imel, 2007)(Priebe & McCabe, 2006). Εξάλλου, η υπόθεση ότι τα χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου είναι αυτά που επηρεάζουν την εξέλιξη του θεραπευτικού συμβολαίου, έρχεται σε αντίθεση με το αρχικό εύρημα ότι η αρχική αξιολόγηση του συμβολαίου δεν μπορεί να προβλέψει το αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα εάν τα ατομικά χαρακτηριστικά προέβλεπαν την ποιότητα του συμβολαίου, τότε από την έναρξη κιόλας της θεραπείας θα μπορούσαμε να προβλέψουμε την ποιότητα του συμβολαίου και επομένως τη θεραπευτική έκβαση, γεγονός που δεν ισχύει.

Παρόλα αυτά ίσως κάποια ατομικά χαρακτηριστικά να καθιστούν πιο δύσκολο το ρολό του θεραπευτή στη ρύθμιση του θεραπευτικού συμβολαίου(Johansson & Jansson, 2010).Τα γνωρίσματα του θεραπευόμενου που ενδέχεται να επηρεάσουν τη θεραπευτική σχέση είναι οι προσδοκίες του για τη θεραπεία, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων,η ευκολία του να εμπιστευτεί τους άλλους και συγκεκριμένα το θεραπευτή, οι σχεσιακές του εμπειρίες και ιδιαίτερα αυτές που αφορούν το δεσμό προσκόλλησης, οι γνωστικές αναπαραστάσεις για τους άλλους,η κινητοποίηση για αλλαγή καθώς και η εμπλοκή σε θεραπευτικές δραστηριότητες(Gilbert & Leahy, 2007).

Συγκεκριμένα όσον αφορά το δεσμό προσκόλλησης φαίνεται να έχει ιδιαίτερη προβλεπτική αξία για την εξέλιξη του συμβολαίου, σε συνδυασμό μάλιστα με την ποιότητα των αντικειμενοτρόπων σχέσεων που το άτομο έχει εσωτερικεύσει, όπως αποδεικνύεται στην έρευνα των Gregory, Goldman και Anderson( 2007). Ειδικότερα, θεραπευόμενοι που χαρακτηρίζονταν από ασφαλή μοντέλα δεσμού, έδειχναν εμπιστοσύνη και διάθεση να βασιστούν στους άλλους χωρίς να φοβούνται την απόρριψη και ήταν περισσότερο ικανοί να διαμορφώσουν ισχυρό θεραπευτικό συμβόλαιο κατά την πρώτη συνεδρία. Ωστόσο υπήρχε σταδιακή μείωση αυτής της σχέσης. Μια υπόθεση για αυτή την εξέλιξη αποτελεί το γεγονός ότι κατά την πρώτη συνεδρία ενεργοποιούνται σχεδόν αντανακλαστικά τα εσωτερικευμένα μοντέλα συσχέτισης με τους σημαντικούς άλλους της παιδικής ηλικίας, που ωστόσο ενδεχεται να αλλάξουν μέσα στην πραγματικότητα της σχέσης και να αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας.Η επίδραση του δεσμού προσκόλλησης στη θεραπευτική σχέση αναλύεται σε επόμενο κεφάλαιο.

Συχνά προκύπτει το ερώτημα εάν το συμβόλαιο προβλέπει το θεραπευτικό αποτέλεσμα ή το αντίστροφο. Δηλαδή, εάν το αποτέλεσμα καθορίζει την ποιότητα του συμβολαίου (Puschneretal, 2008). Ωστόσο, όπως δείχνει η έρευνα των Baldwinetal(2007), ένα καλό θεραπευτικό συμβόλαιο δεν μπορεί να θεωρηθεί απλώς ως συνέπεια της αλλαγής των συμπτωμάτων. Σύμφωνα με τους ερευνητές η υπόθεση ότι το συμβόλαιο έπεται της θεραπευτικής αλλαγής δεν ισχύει, καθώς δεν διαπιστώθηκε εάν περιπτώσεις ατόμων που είχαν σημειώσει βελτίωση στα αρχικά στάδια της θεραπείας αξιολογήθηκαν με αντίστοιχα υψηλό βαθμό και σε σχέση με το θεραπευτικό συμβόλαιο. Επίσης, δύο άτομα με ακριβώς ίδιο βαθμό στην αξιολόγηση του συμβολαίου, σημείωσαν διαφορετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα σε συνάρτηση με τον θεραπευτή με τον οποίο συνεργάστηκαν. Επομένως ο παράγοντας θεραπευτή προβλέπει την ποιότητα του συμβολαίου και κατ'επέκταση καθορίζει τη θεραπευτική έκβαση και όχι η βελτίωση των συμπτωμάτων κατά την έναρξη της θεραπείας. Επιπλέον, το θεραπευτικό συμβόλαιο σε ορισμένες περιπτώσεις δρα έμμεσα ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα, λειτουργώντας ως διαμεσολαβητής μεταξύ των προσδοκιών του θεραπευόμενου, όχι όμως και του θεραπευτή, για την εξέλιξή του και την πραγματική έκβαση της θεραπείας. Η συσχέτιση μεταξύ των τριών αυτών παραγόντων, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, είναι γενικεύσιμη και δεν αποτελεί χαρακτηριστικό συγκεκριμένων υπο ομάδων ή θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι προσδοκίες για τη θεραπεία αποτελούν τον τρίτο από τους τρεις ισχυρότερους κοινούς παράγοντες πρόβλεψης του θεραπευτικού αποτελέσματος, μετά από τα προϋπάρχοντα χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου και το θεραπευτικό συμβόλαιο(Johansson, Høglend & Hersoug, 2011). Αντίστοιχα αποτελέσματα έδειξε η έρευνα των Gaudiano και Miller(2006), σε άτομα με διάγνωση διπολικής διαταραχής, που όμως λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή. Εφαρμόζοντας τα ευρήματα αυτά στην κλινική πράξη, θα ήταν εξαιρετικά ωφέλιμο ο θεραπευτής να ενημερώσει το θεραπευόμενο σχετικά με τις προσδοκίες που μπορεί να έχει από τη θεραπεία, δημιουργώντας έτσι ένα ισχυρό θεραπευτικό συμβόλαιο που να καταλήγει σε ένα θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα(Johansson, Høglend & Hersoug, 2011).

## 2.2 Ο ρόλος του θεραπευτή στην πρόβλεψη του συμβολαίου

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Ackerman και Hilsenroth (2003), τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή καθώς και η επιλογή τεχνικών με βάση τη θεωρητική του κατεύθυνση επηρεάζουν την ποιότητα της σχέσης και συνεπώς το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ειδικότερα, αναδείχθηκε ότι τα θεραπευτικά συμβόλαια που χαρακτηρίζονται από ισχύ αντιστοιχούν σε θεραπευτές και θεραπεύτριες οι οποίοι διαθέτουν τα ακόλουθα γνωρίσματα. Εμπνέουν εμπιστοσύνη, διαθέτουν θεωρητική γνώση και κλινική εμπειρία, αισθάνονται αυτοπεποίθηση για τις θεραπευτικές τους ικανότητες, επικοινωνούν ανοιχτά και ξεκάθαρα με τους πελάτες και κάνουν έγκυρες ερμηνείες. Παράλληλα, ο βαθμός στον οποίο ο θεραπευτής επενδύει στη θεραπευτική σχέση, αποδεικνύεται από τον ενθουσιασμό του, τη διάθεση για εξερεύνηση και την ενεργό εμπλοκή και δραστηριοποίηση εντός της θεραπείας (Collingwood, Hefele, Muehlberg & Drasgow, 1970). Ακόμη, ενώ συχνά γίνεται λόγος για θεραπείες που αποτυγχάνουν επειδή οι πελάτες δεν είναι αρκετά κινητοποιημένοι, τα ερευνητικά δεδομένα δίνουν έμφαση στην υπευθυνότητα εκ μέρους του θεραπευτή να διευκολύνει τον πελάτη προκειμένου να εδραιώσει μια καλή θεραπευτική σχέση (Pierce & Schauble, 1970).

Για ακόμη μια φορά η ενσυναίσθηση αναδείχθηκε ως εξίσου σημαντικός παράγοντας για τη δημιουργία ενός ισχυρού θεραπευτικού συμβολαίου. Έτσι, θεραπευτές με υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης χαρακτηρίστηκαν ως υποστηρικτικοί, ζεστοί και φιλικόι προς τους πελάτες, ικανοί να παρέχουν διαβεβαίωση και να δείχνουν κατανόηση. Ένα επιπλέον ενδιαφέρον εύρημα αποτέλεσε η διαπίστωση ότι τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή που ενισχύουν τη σχέση είναι όμοια με αυτά που την αποκαταστούν σε περίπτωση που διαρηχθεί, δημιουργώντας ένα γόνιμο έδαφος για τη θεραπευτική αλλαγή (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Όπως μπορεί κανείς να διαπιστώσει, ένας ικανός αριθμός ερευνών αναδεικνύουν τη σημασία του ρόλου του θεραπευτή στη δόμηση του συμβολαίου. Πώς μπορούν συνεπώς, τα χρήσιμα αυτά ευρήματα να εφαρμοστούν στην πράξη; Αρχικά είναι βασικό, σε περιπτώσεις που αναδύονται προβλήματα στο θεραπευτικό συμβόλαιο, να αναλογιστεί ο θεραπευτής πρωτίστως το δικό του μερίδιο ευθύνης και να μην εστιάζει στις «προβληματικές» πτυχές του θεραπευόμενου. Ακόμη, οι άμυνες που αναπτύσσει ο

πελάτης απέναντι στη ψυχοθεραπεία ή τα δεισλειτουργικά μοτίβα προσκόλλησης που έχει υιοθετήσει, αποτελούν αφενός θέματα προς επίλυση αλλά η εξ ολοκλήρου απόδοση του προβλήματος της θεραπευτικής σχέσης σε αυτά δε διευκολύνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επομένως η συχνή ρύθμιση του συμβολαίου καθώς και η αξιολόγηση και ο αναστοχασμός σχετικά με την εξέλιξή του αποτελούν παράγοντες που εγγυόνται μια θετική έκβαση. Τέλος, η εποπτεία από κάποια άλλη θεραπεύτρια συμβάλλει σημαντικά στην πραγμάτωση των διαδικασιών αξιολόγησης (Johansson & Jansson, 2010).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΟΪΣΜΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται εκτενής αναφορά στον τρόπο που γίνεται αντιληπτή η θεραπευτική σχέση με βάση το θεωρητικό πλαίσιο διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Συνολικά σκιαγραφείται η μορφή που παίρνει η σχέση και η επίδρασή της στις ξεχωριστές τεχνικές κάθε προσέγγισης και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

#### *3.1 Κλασική ψυχανάλυση και θεραπευτική σχέση*

Όταν κάνει κανείς λόγο για θεραπευτική σχέση εντός της ψυχαναλυτικής συνεδρίας, αυτομάτως θα πρέπει να σκέφτεται δυο βασικές λειτουργίες, αυτή της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης. Ο Greenson, προκειμένου να περιγράψει τη διαδικασία της μεταβίβασης, διατύπωσε τέσσερα στάδια. Αρχικά ο θεραπευτής βοηθάει τον πελάτη να κατανοήσει, ότι οι αντιδράσεις του απέναντι στο πρόσωπό του έχουν συγκεκριμένο νόημα και αποτελούν τον πυρήνα της αναλυτικής διαδικασίας. Στη συνέχεια το ζητούμενο είναι ο θεραπευόμενος να εμβαθύνει τη σκέψη του σχετικά με τη μεταβίβαση και να ανακαλύψει το γεγονός που την πυροδότησε. Σε αυτό συμβάλει η ερμηνεία που διατυπώνει ο θεραπευτής σχετικά με την αιτία της μεταβίβασης, η οποία καθιστά συνειδητή την μέχρι πρότινος ασυνείδητη σκέψη του θεραπευόμενου. Βέβαια μια μόνο ερμηνεία δεν είναι αρκετή για να εξηγήσει το μεταβιβαστικό υλικό στο σύνολό του ούτε έχει μεγάλο αντίκτυπο στην αλλαγή του υποκειμένου, γι' αυτό έπονται και άλλες μέχρις ότου να επιτευχθεί μια πλήρης κατανόηση του προβλήματος και μια μακράς διάρκειας αλλαγή. Ωστόσο υπάρχει πάντα και το ενδεχόμενο της αντι-μεταβίβασης, που όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, σύμφωνα με τους κλασσικούς ψυχαναλυτές θα πρέπει να περιορίζεται προκειμένου να μη σταθεί εμπόδιο στη μεταβίβαση του θεραπευόμενου ή οδηγήσει σε αντιδεοντολογική συμπεριφορά (Hill & Knox, 2009).

### ***3.2 Θεραπευτική σχέση και θεωρία αντικειμενοτρόπων σχέσεων***

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη προσέγγιση, οι θεραπευόμενοι αναβιώνουν στη σχέση τους με το θεραπευτή, παθολογικά μοτίβα σχέσεων που έχουν διαδραματιστεί στην έως τώρα ζωή τους κατά την αλληλεπίδρασή τους με τους σημαντικούς «άλλους». Το ζητούμενο επομένως είναι να γνωρίσουν και να εφαρμόσουν ένα καλύτερο τρόπο αλληλεπίδρασης στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Για να επιτευχθεί αυτός ο θεραπευτικός στόχος, θα πρέπει αρχικά να εδραιωθεί ένας δυνατός συναισθηματικός δεσμός μεταξύ του πελάτη και του θεραπευτή. Το επόμενο βήμα είναι να αφαιθεί ο θεραπευτής στη διαδικασία της προβολικής ταύτισης, κατά την οποία γίνεται αποδέκτης συναισθημάτων και συμπεριφορών από μέρους του πελάτη, όπως για παράδειγμα την ανάγκη του τελευταίου να τον χειραγωγήσει, να του ασκήσει εξουσία ή ακόμα και να τον σαγηνεύσει. Αυτή, η διαδικασία έχει ως απώτερο στόχο να κατανοήσει ο θεραπευτής την επίδραση που είχε αυτός ο επιθετικός τρόπος συσχέτισης στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Την προβολική ταύτιση ακολουθεί η άρνηση του θεραπευτή στο να υποκύψει στην εκάστοτε επιθυμία του θεραπευόμενου, για παράδειγμα να λειτουργήσει ως ο αδύναμος που χρήζει προστασίας, ενώ παράλληλα ισχυροποιεί την αξία της μεταξύ τους σχέσης. Στο τελικό στάδιο, ο θεραπευτής βοηθάει τον πελάτη, δίνοντάς του ανατροφοδότηση ή κάνοντας μια σχετική ερμηνεία, ώστε να καταλάβει γιατί ανέπτυξε αυτό τον τρόπο συσχέτισης και ποιες είναι οι επιπτώσεις στην αλληλεπίδρασή του με τους άλλους. Έτσι, ο πελάτης εσωτερικεύει το θεραπευτή ως ένα καλό αντικείμενο, μια υγιή φιγούρα που αποτελεί πρότυπο για τις μελλοντικές του διαπροσωπικές εμπειρίες (Hill & Knox, 2009).

### ***3.3 Θεραπευτική σχέση και διαπροσωπική θεωρία***

Η συγκεκριμένη προσέγγιση, βασίζεται στην υπόθεση ότι σε περίπτωση που οι σχέσεις με τους γύρω χαρακτηρίζονται από δυσκολία αυτό μπορεί με τη σειρά του να δημιουργήσει ζητήματα στο άτομο. Έτσι ο θεραπευτικός στόχος διαμορφώνεται ως εξής: από τη μια ο θεραπευτής βοηθά τον πελάτη να αναγνωρίσει τις προβληματικές που αφορούν τις σχέσεις τους και εν συνεχεία να προσπαθήσει να τις βελτιώσει. Η δημιουργία σχέσης με το θεραπευτή προσφέρει στον πελάτη τη δυνατότητα να



ανακαλύψει πόσο ωφέλιμη και εφικτή είναι η σύναψη θετικών σχέσεων και να υιοθετήσει αυτό το μοντέλο συσχέτισης και στην προσωπική του ζωή(Birtchnell, 2002).

Προκειμένου να επιτευχθεί η πολυπόθητη αλλαγή δημιουργήθηκαν διάφορα θεραπευτικά μοντέλα αντικατάστασης αρνητικών τρόπων συσχέτισης με περισσότερο ευχάριστους για το άτομο (Birtchnell, 2002). Κάποια από αυτά συνοψίζονται με όρους της «διαπροσωπικής θεραπείας»(interpersonaltherapy),όπως:«αντισυμπληρωματική»

(anticomplementary response) απόκριση του Kiesler (1986), «αντιθετική ή αντιδοτική» (antitheticorantidotic) θεραπεία της Benjamin(1987), και «αντι- υποθετική» (antiassumptive) μέθοδο, όπως χαρακτηρίστηκε από τον Havens η προσπάθεια του Sullivan για αλλαγή της τρέχουσας αντίληψης του πελάτη για το τι σημαίνει σχέση (Birtchnell, 2002).

Σύμφωνα με τη διαπροσωπική θεωρία, υπάρχουν τέσσερις βασικοί τύποι δημιουργίας σχέσεων: η εγγύτητα, η απόσταση, η ανωτερότητα και η κατωτερότητα. Και οι τέσσερις τύποι σχέσεων μπορούν να λάβουν είτε θετική είτε αρνητική χροιά. Με βάση την κλασσική διαπροσωπική θεωρία, ορισμένα άτομα ρέπουν σε υπερβολικό βαθμό σε ένα από αυτά τα είδη συσχέτισης (Hill&Knox, 2009). Εντός της θεραπείας δοκιμάζονται και εναλλάσσονται συνεχώς αυτά τα μοτίβα σχέσεων. Για παράδειγμα μια θεραπευόμενη που λειτουργεί ως ανώτερη στις σχέσεις της, αντιλαμβάνεται ότι με την τάση της να ασκεί έλεγχο στο θεραπευτή αναπαράγει το γονεϊκό έλεγχο που ασκούσε στους γονείς της, σε μια αντιστροφή των ρόλων. Με τη βοήθεια του θεραπευτή μαθαίνει τελικά να απολαμβάνει και η ίδια «γονεϊκή» φροντίδα. Στόχος της συγκεκριμένης προσέγγισης αποτελεί η η μετακίνηση του ατόμου στον πιο κατάλληλο και ισορροπημένο τρόπο συσχέτισης (Birtchnell, 2002).

Η διαπροσωπική θεραπεία μοιάζει σε ένα βαθμό με την προηγούμενη, διότι ο θεραπευτής αρχικά υποκύπτει στο σχεσιακό μοτίβο του θεραπευόμενου και του συμπεριφέρεται όπως οι και οι δικοί του άνθρωποι. Στη συνέχεια εφόσον αντιλαμβάνεται το μοτίβο σχέσεων αντιδρά διαφορετικά απ ότι θα περιμενε ο πελάτης, δημιουργώντας έτσι μια διορθωτική συναισθηματική εμπειρία, που ξεκινά από τη

θεραπευτική σχέση και εδραιώνεται σταδιακά στις προσωπικές σχέσεις του ατόμου (Hill&Knox, 2009).

### ***3.4 Θεραπευτική σχέση και σχεσιακή θεωρία***

Στη σχεσιακή θεωρία σημειώνεται μια σημαντική διαφορά των ρόλων θεραπευτή-θεραπευόμενου. Συγκεκριμένα σε αντίθεση με την ψυχανάλυση που είναι μια θεωρία που επικεντρώνει στο «δυσλειτουργικό» άτομο, η σχεσιακή είναι μια θεραπεία για δύο, καθώς ο θεραπευτής δεν είναι απλός δέκτης της μεταβίβασης του ατόμου, αλλά συμμετέχει με ίσους όρους στη διαδικασία. Ακόμη, ψυχαναλυτικές έννοιες όπως ουδετερότητα και ανωνυμία, αντικαθιστούνται από την αλληλεπίδραση, την εμπλοκή και την αυθεντικότητα του θεραπευτή. Βασικό θεραπευτικό εργαλείο αυτής της προσέγγισης αποτελεί η διαπραγμάτευση και η επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν εντός της θεραπευτικής σχέσης. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της μετα-επικοινωνίας που λαμβάνει χώρα εντός των συνεδριών, όπου θεραπευτής και θεραπευόμενος συζητάνε από κοινού ζητήματα που προέκυψαν κατά τη μεταξύ τους σχέση. Κατά τη διαδικασία της μετεπικοινωνίας, διασαφηνίζονται και αποκωδικοποιούνται μηνύματα και δίνεται έμφαση στην εδώ και τώρα σχέση, για την εξέλιξη της οποίας είναι υπεύθυνοι και οι δύο. Εφόσον επιτευχθεί η επίλυση του ζητήματος σε ένα πλαίσιο ειλικρίνειας και αμεσότητας όπου ο καθένας εκφράζει τα ανοιχτά τα συναισθήματά του, αυτό στη συνέχεια αποτελεί πρότυπο και για τις εξω-θεραπευτικές σχέσεις του ατόμου (Hill&Knox, 2009).

### ***3.5 Ανθρωπιστική- υπαρξιστική θεραπεία και θεραπευτική σχέση***

Η πελατοκεντρική προσέγγιση του Carl Rogers, αποτελεί μια κατεξοχήν ανθρωπιστική θεραπεία, η οποία δίνει μεγάλη έμφαση στη θεραπευτική σχέση, καθώς εντός του πλαισίου της πραγματώνεται η αλλαγή του ατόμου. Η συγκεκριμένη προσέγγιση επικεντρώνεται στην δυνατότητα του ατόμου να ορίζει τον εαυτό του και να έχει ο ίδιος/η ίδια εξουσία όσον αφορά τη διαμόρφωσή του. Συνεπώς ο θεραπευτής διατηρεί μια μη κατευθυντική στάση, που δεν περιλαμβάνει τη διδασχία και βοηθά το άτομο να πάρει μόνο του αποφάσεις που τον/την αφορούν (Bowles, 2012). Ακόμη δυο βασικές έννοιες για τον Rogers αποτελούν η αυτοπραγμάτωση και η μετατροπή, οι οποίες

μπορούν να επιτευχθούν στο πλαίσιο ενός καλού θεραπευτικού συμβολαίου (Langhoff, Baer, Zubraegel & Linden, 2008).

Η ανθρωπιστική- υπαρξιστική προσέγγιση γενικότερα, έχει ως στόχο την ενίσχυση της συναισθηματικής διέγερσης του ατόμου και την εμπάθυνση στην εσωτερική εμπειρία του, συχνά χρησιμοποιώντας κάπως ιδιαίτερα μέσα όπως την τεχνική της άδειας καρέκλας. Σε περιπτώσεις διάρρηξης του θεραπευτικού συμβολαίου, η υπαρξιστική θεώρηση προτείνει ένα «σχεσιακό διάλογο». Αρχικά ο θεραπευτής αναγνωρίζει τον προβληματισμό του πελάτη και δείχνει ενσυναίσθηση. Στη συνέχεια ερευνούν από κοινού το ζήτημα και το ρόλο που διαδραματίζει ο καθένας τους σε αυτό. Παράλληλα ο θεραπευτής βοηθά το θεραπευόμενο να καταλάβει πώς το παρόν πρόβλημα στη δική τους σχέση σχετίζεται με το ευρύτερο μοτίβο σχέσεων που ακολουθεί, παρελθοντικές εμπειρίες ή συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου σε παρόμοιες περιπτώσεις. Έπειτα συνοψίζουν το όλο θέμα και καταλήγουν σε χρήσιμα συμπεράσματα για το πώς θα λυθεί το πρόβλημα, σχεδιάζοντας αλλαγές και στη θεραπευτική διαδικασία αν είναι απαραίτητο. Έτσι ενισχύεται η σχέση, επικυρώνεται ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η δέσμευση στη θεραπεία (Hill&Knox, 2009).

### ***3.6 Θεωρία δεσμού και θεραπευτική σχέση***

Ερευνώντας τους παράγοντες που καθιστούν τη σχέση θεραπευτική, δεν μπορούμε να παραλείψουμε τη σύνδεσή της με τη θεωρία δεσμού (Ma, 2007. Smith, Msetfi & Golding, 2010). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ειδικοί ψυχικής υγείας στις διάφορες νοσοκομειακές και όχι μόνο δομές, συχνά λειτουργούν ως ασφαλής βάση πάνω στην οποία χτίζεται ένας δεσμός. Στη συνέχεια, η ασφαλής προσκόλληση που προκύπτει λειτουργεί θεραπευτικά σε περιόδους που το άτομο αντιμετωπίζει έντονο στρες, είτε αποτελεί μια διορθωτική εμπειρία καλύπτοντας το κενό της απουσίας δεσμού με σημαντικούς ανθρώπους του ατόμου και αλλάζοντας τα εσωτερικά μοντέλα συσχέτισης που έχει εσωτερικεύσει στη μέχρι τώρα ζωή του (Ma, 2006). Για παράδειγμα για μια θεραπευόμενη με αυτοτραυματική συμπεριφορά, η οποία είχε βιώσει στο παρελθόν απορριπτικές και κακοποιητικές σχέσεις, φαίνεται ότι η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ήταν ο μονος τρόπος που ήξερε να σχετίζεται με τους σημαντικούς άλλους,

στην προκειμένη με το προσωπικό του νοσοκομείου, με βάση το εσωτερικευμένο μοντέλο δεσμού της (Ma,2007).

Πέρα από τη μελέτη περίπτωσης, σε έρευνα που συμπεριέλαβε εκατόν τριάντα ένα εφήβους Ισραηλινής καταγωγής, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα μέλη του προσωπικού της δομής που λειτούργησαν ως ασφαλής βάση για τα νεαρά άτομα, συνέβαλαν σημαντικά σε θετικές αλλαγές, τόσο σε συναισθηματικό, λιγότερες εκρήξεις θυμού, βελτίωση καταθλιπτικής διάθεσης, όσο και σε συμπεριφορικό επίπεδο. Παράλληλα, βελτιώθηκαν τα ζητήματα μη ασφαλούς προσκόλλησης που αντιμετώπιζαν και οι έφηβοι υιοθέτησαν μοντέλα ασφαλούς προσκόλλησης στις σχέσεις τους με το προσωπικό (Gur, 2006).

Ωστόσο, για να χαρακτηριστεί η θεραπευτική σχέση ως σχέση προσκόλλησης θα πρέπει ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας να αλληλεπιδρά με τον θεραπευόμενο ως ασφαλής βάση για ένα ικανό χρονικό διάστημα (Schuengel & Ijzendoorn, 2001). Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι ο ασφαλής δεσμός δεν είναι εξ αρχής δεδομένος, αλλά όπως δείχνουν οι έρευνες τις περισσότερες φορές η σχέση είναι αρχικά αδύναμη και χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να εξελχθεί σε μια ασφαλή βάση εξερεύνησης του εαυτού και των άλλων (Mallinckrodt, 2010). Ακόμη, μια έρευνα έδειξε ότι η δημιουργία σχέσης ασφαλούς προσκόλλησης είναι συχνότερη σε κοινοτικές δομές και κέντρα ψυχικής υγείας, παρά σε ψυχιατρεία, γεγονός που καταδεικνύει ότι ο χαρακτήρας της εκάστοτε δομής επηρεάζει την ποιότητα των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των εμπλεκόμενων (Goodwin, Holmes, Cochrane & Mason, 2003).

Θεραπευτικό στόχο της συγκεκριμένης προσέγγισης, όπως περιγράφεται από τον Bowlby, ο οποίος διατύπωσε πρώτος τη θεωρία δεσμού, αποτελεί η ακόλουθη διαδικασία. Το πρώτο βήμα αποτελεί η λειτουργία του θεραπευτή ως ασφαλή βάση που διευκολύνει την επίλυση τραυματικών εμπειριών του ατόμου, την επεξεργασία μηχανισμών άμυνας, δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και συμπεριφορών. Σε δεύτερη φάση, ο θεραπευτής βοηθάει το θεραπευόμενο να κατανοήσει πώς οι αντιλήψεις του για τον εαυτό του και τους άλλους, διαμορφώνουν τις τωρινές σχέσεις και συμπεριφορές του, συμπεριλαμβανομένης και της θεραπευτικής σχέσης. Ύστερα, ο θεραπευόμενος

μπαίνει στη διαδικασία να καταλάβει πώς οι παρούσες σκέψεις, συμπεριφορές και τα συναισθήματα που βιώνει, προέρχονται από παρελθοντικές σχεσιακές εμπειρίες που βίωσε ως παιδί με τους φροντιστές ή αργότερα κατά τις προσωπικές του σχέσεις. Αφού λοιπόν κατανοήσει τα προβλήματα που δημιουργούν στο παρόν ο μέχρι τώρα τρόπος σκέψης και συμπεριφοράς, προσπαθεί με τη βοήθεια του θεραπευτή να δομήσει εναλλακτικούς τρόπους συσχέτισης με τους άλλους (Mikulincer, Shaver & Berant, 2013).

Λαμβάνοντας υπόψιν τα ερευνητικά δεδομένα, η διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης εξαρτάται άμεσα από τον τύπο δεσμού που έχει αναπτύξει το άτομο με τους σημαντικούς άλλους. Σε γενικές γραμμές, θεραπευτές που είχαν αναλάβει άτομα με ασφαλή δεσμό προσκόλλησης, σημείωσαν υψηλότερο βαθμό σε ζητήματα συμφωνίας προς το συμβόλαιο, όπως για παράδειγμα επιμέρους στόχοι και καθήκοντα, σε αντίθεση με θεραπευτές ατόμων με αποφευκτικό τύπο δεσμού (Byrd, Patterson & Turchik, 2010. Goldman & Anderson, 2007). Επιπλέον, πελάτες που χαρακτηρίζονται από ασφαλή τύπο προσκόλλησης είναι πιο πιθανό να βαθμολογήσουν θετικά το θεραπευτικό συμβόλαιο και κυρίως όταν έχουν αναπτύξει ασφαλή δεσμό με το θεραπευτή (Smithetal, 2010).

Ο δεσμός με το θεραπευτή τονίζεται ιδιαίτερα καθώς φαίνεται να διαμεσολαβεί και να ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ του γενικού τύπου προσκόλλησης και της ποιότητας του συμβολαίου (Janzen, Fitzpatrick & Drapeau, 2008). Όπως έδειξαν τα αποτελέσματα για τη σημασία του δεσμού στην οικογενειακή θεραπεία, οι αναφορές της μητέρας στο βαθμό εμπιστοσύνης που έτρεφε για το μεγαλύτερο παιδί καθώς επίσης και η καλή επικοινωνία, προέβλεπε μια πιο ισχυρή σχέση με τη θεραπεύτρια, ενώ παράλληλα η εμπιστοσύνη του εφήβου προς τους γονείς λειτουργούσε ως ρυθμιστικός παράγοντας μεταξύ θεραπευτικού συμβολαίου και μείωσης της συμπτωματολογίας, καθώς οι έφηβοι που εμπιστεύονταν τους γονείς ήταν πιο πρόθυμοι να εμπλακούν στις προτεινόμενες δραστηριότητες εντός του θεραπευτικού συμβολαίου (Johnson, Ketring, Rohacs & Brewer, 2006). Επιπλέον, ο ασφαλής δεσμός με το θεραπευτή παρουσίασε υψηλή συσχέτιση με την αντίληψη του πελάτη για το θεραπευτικό συμβόλαιο, την αξιολόγηση για την εξέλιξή του και το βαθμό ενσυναίσθησης του θεραπευτή (Fuertesetal, 2007), καθώς επίσης προέβλεπε θετική ανάμνηση της θεραπευτικής σχέσης μετά από πέντε συνεδρίες (Moore & Gelso, 2011). Επιπρόσθετα ο ασφαλής δεσμός με τη θεραπεύτρια

συνδέεται με μεγαλύτερο βαθμό αυτό-αποκάλυψης εκ μέρους της θεραπευόμενης. Μάλιστα η διαφορά αυτή είναι και ποιοτική καθώς άτομα με αγχώδη τύπο προσκόλλησης προς τον θεραπευτή, βίωναν αναστάτωση μετά την αποκάλυψη προσωπικών πληροφοριών σε αντίθεση με θεραπευόμενες ασφαλούς τύπου δεσμού, γεγονός που αποδεικνύει ότι η ανάπτυξη ασφαλούς δεσμού με το θεραπευτή είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς βοηθάει τη θεραπευόμενη να εμβαθύνει σε πιο «δύσκολα» προσωπικά ζητήματα (Saypol & Farber, 2010).

Από την άλλη πλευρά, θεραπευόμενοι με αρνητικά εσωτερικευμένα μοντέλα αξιολόγησης του εαυτού και των σημαντικών άλλων δυσκολεύονται στη σύναψη του θεραπευτικού συμβολαίου. Ακόμα, άτομα με στρατηγικές απενεργοποίησης, είτε αποφευκτικής είτε απαξιωτικής συμπεριφοράς, είναι πιθανό να δείξουν μεγαλύτερη απόρριψη για τους θεραπευτές, περιορισμένη αυτό-αποκάλυψη και μικρότερη εμπλοκή στη θεραπεία. Για το λόγο αυτό, στην κλινική πράξη ενδείκνυται η θεραπευτική σχέση που αφορά τα άτομα με αποφευκτική συμπεριφορά να χαρακτηρίζεται από «διαπροσωπική απόσταση», ενώ για τους πιο προβληματισμένους όσον αφορά τη σχέση θεραπευόμενους, είναι περισσότερο αποδοτική η συνεχής επίβλεψη και αλληλεπίδραση. Βέβαια όσον αφορά την πρώτη κατηγορία δεσμού, ο θεραπευτής δε θα πρέπει να αποσύρει τη βοήθεια αξιολογώντας ότι το άτομο δεν τη χρειάζεται καθώς έτσι επιβεβαιώνει την αντίληψή του, ότι κανείς δεν είναι πραγματικά διαθέσιμος και έτσι ενισχύεται ακόμη περισσότερο η αποφευκτική συμπεριφορά. Τέλος, όσον αφορά τα άτομα με απορριπτική συμπεριφορά, θα πρέπει να λάβει κανείς υπόψιν ότι έχουν εσωτερικεύσει ένα αμυντικό θετικό μοντέλο αντίληψης του εαυτού, καθώς επίσης μια αρνητική αντίληψη για τους άλλους ως πρόσωπα δεσμού. Συνεπώς υπάρχει μεγαλύτερη δυσκολία στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τη θεραπεύτρια (Ma, 2007).

Ωστόσο, η υψηλή σύνδεση του δεσμού προσκόλλησης με την ισχύ του θεραπευτικού συμβολαίου τίθεται υπό αμφισβήτηση, καθώς όπως προέκυψε από μετα-ανάλυση δώδεκα ερευνών, οι δύο μεταβλητές είχαν χαμηλή συσχέτιση, γεγονός που αποδεικνύει ότι ο τύπος προσκόλλησης του θεραπευόμενου επηρεάζει μεν το θεραπευτικό συμβόλαιο αλλά δεν είναι τόσο καθοριστικός παράγοντας για την έκβασή του (Diener & Monroe, 2011). Ο ασφαλής τύπος δεσμού σύμφωνα με μια άλλη ερευνητική πηγή, συνδέεται

εξίσου με καλύτερο θεραπευτικό συμβόλαιο και με θετικό αποτέλεσμα αλλά μόνο για άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα (Schauenburg et al., 2010). Βλέποντας την επίδραση που μπορεί να έχει η σχεσιακή «προδιάθεση» των θεραπευόμενων στη δόμηση του συμβολαίου, οι Shorey και Snyder, (2006) προτείνουν να αξιολογείται ο τύπος δεσμού κατά την έναρξη της θεραπείας, προκειμένου να λειτουργήσει σωστά το θεραπευτικό συμβόλαιο και να περιοριστεί ο αριθμός των ατόμων που εγκαταλείπουν τη θεραπεία. Ωστόσο η πρόταση αυτή ενδέχεται να επιφέρει διττό αποτέλεσμα. Από τη μια ίσως είναι όντως βοηθητικό για το θεραπευτή να προσαρμόσει τις απαιτήσεις του συμβολαίου στις ανάγκες και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου. Από την άλλη πλευρά όμως, ελλοχεύει ο κίνδυνος να αποδίδονται τα προβλήματα που μπορεί να προκρίψουν στη θεραπευτική σχέση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου, αγνοώντας το σημαντικό ρόλο που έχουν και οι δύο στη θεραπεία.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η θεραπευτική σχέση επηρεάζεται όχι μόνο από τον τύπο δεσμού των θεραπευόμενων αλλά και από αυτόν των θεραπευτών. Αυτό ισχύει διότι η ικανότητα κάποιου, στην προκειμένη του θεραπευτή, να παρέχει φροντίδα, ένας βασικό στοιχείο της καλής θεραπευτικής σχέσης, συνδέεται με τον τύπο δεσμού που έχει διαμορφώσει ο ίδιος με τους σημαντικούς άλλους. Έτσι, για ένα θεραπευτή με ασφαλή τύπο δεσμού, είναι ευκολότερο να παραμείνει ανοιχτός στις πληροφορίες που προκύπτουν συνεχώς μέσα στη θεραπεία, να εστιάσει στα προβλήματα του θεραπευόμενου και να δείξει ενσυναίσθηση χωρίς παράλληλα να αισθάνεται αυξημένη πίεση. Επιπλέον, η ικανότητά τους για ρύθμιση του συναισθήματος και επίλυση των συγκρούσεων, τους καθιστά πιο αποτελεσματικούς στη διαχείριση του άγχους και της αντίστασης στη θεραπεία (Mikulincer & Shaver, 2007).

Μια έρευνα των Berry et al. (2008), τονίζει το πόσο συμβάλλει στη θεραπευτική σχέση ο ασφαλής τύπος δεσμού της θεραπεύτριας, ενώ ο αποφευκτικός τύπος δεσμού σχετίζεται με ασυμφωνία στις βαθμολογίες θεραπευτριών και θεραπευόμενων σχετικά με τα διαπροσωπικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι δεύτερες και με μειωμένες ικανότητες της θεωρίας του νου, δηλαδή της δυνατότητας να αντιλαμβάνεται κανείς την ψυχική κατάσταση του ίδιου και των άλλων, από πλευράς των πρώτων. Παρόμοια ευρήματα έδειξαν ότι θεραπευτές με αυξημένο άγχος δεσμού, βαθμολογήθηκαν πιο

χαμηλά όσον αφορά το θεραπευτικό συμβόλαιο, από τους πελάτες τους με μεγαλύτερη πιθανότητα για έκπτωση της ισχύος του στην πορεία της θεραπείας (Dinger, Strack, Sachsse & Schauenburg, 2009). Πιο συγκεκριμένα, θεραπευτές με αγχώδη τύπο τείνουν να είναι περισσότερο παρεμβατικοί από εκείνους με απορριπτικό τύπο (Ma,2007). Μάλιστα, έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι ένα μικρό ποσοστό ειδικών ψυχικής υγείας έχει αναπτύξει στο παρελθόν ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης, και μέσω της παροχής φροντίδας προσπαθεί να αντισταθμίσει το προσωπικό του έλλειμμα (Goodwin, 2003). Ακόμη, έχει προταθεί ο όρος «καταναγκαστική φροντίδα» προκειμένου να περιγράψει τη συμπεριφορά ατόμων που ως παιδιά υιοθέτησαν γονικό ρόλο προκειμένου να φροντίσουν τον «άρρωστο» γονιό, και αργότερα ως ενήλικες ακολούθησαν την ίδια στρατηγική και στον επαγγελματικό τομέα. Ειδικοί ψυχικής υγείας με τέτοιου είδους χαρακτηριστικά μοχθούν πολύ για τους θεραπευόμενούς τους, όμως κινδυνεύουν συχνά από επαγγελματική εξουθένωση και κατηγορούν τους εαυτούς τους για λάθη που προκύπτουν από εξωτερικούς παράγοντες. Επομένως είναι σημαντικό κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης, οι ειδικοί να γνωρίζουν το δικό τους τύπο προσκόλλησης και να κατανοούν τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει στις μετέπειτα θεραπευτικές τους σχέσεις (Wilkinson, 2003).

Από όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως, είναι εύλογο ότι ο συνδυασμός των τύπων προσκόλλησης θεραπευτή και θεραπευόμενου επηρεάζει τη μεταξύ τους σχέση. Έτσι περισσότερο ενεργοποιημένοι θεραπευτές συνδέονται με λιγότερο ενεργοποιημένους θεραπευόμενους και το αντίστροφο (Ma,2007). Ακόμη βρέθηκε ότι το είδος προσκόλλησης εκπαιδευόμενων θεραπευτών αλληλεπιδρούσε με το αντίστοιχο των θεραπευόμενων και καθόριζε τις θεραπευτικές παρεμβάσεις από τις αρχικές κιόλας συνεδρίες. Παραδείγματος χάριν, θεραπευτές αποφευκτικού τύπου προχωρούσαν σε περισσότερο άμεσες παρεμβάσεις με άτομα αντίστοιχου είδους προσκόλλησης (Romano, Janzen & Fitzpatrick, 2009). Επιπλέον κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι θεραπευτές με ασφαλή προσκόλληση είναι αποδοτικοί με όλους τους τύπους δεσμού των θεραπευόμενων, ενώ άλλοι ισχυρίζονται ότι οι θεραπευτές με ανασφαλή τύπο ταιριάζουν καλύτερα με άτομα που έχουν παρόμοιες στρατηγικές προσκόλλησης (Wilkinson, 2003).



Σύμφωνα πάλι με άλλα δεδομένα, πελάτες με αγχώδη τύπο δεσμού, βαθμολόγησαν υψηλότερα τη θεραπευτική σχέση με θεραπευτές αποφευκτικού τύπου, αναδεικνύοντας έτσι ότι οι τύποι προσκόλλησης θεραπευτή-θεραπευόμενου ενδέχεται να λειτουργούν αντισταθμιστικά-συμπληρωματικά. Πιο συγκεκριμένα όπως σωστά προέβλεπε η υπόθεση των ερευνητών, αγχώδη άτομα με λιγότερο ασφαλή τύπο προσκόλλησης, που χαρακτηρίζονταν από χαρακτηριστικά αποδιοργάνωσης και υπερεμπλοκής, βαθμολόγησαν ως περισσότερο βοηθητική τη θεραπευτική σχέση με έναν απορριπτικού τύπου θεραπευτή, παρά με έναν υπερεμπλεκόμενο. Η εξήγηση που δίνεται σε αυτό το ταίριασμα είναι ότι ένας θεραπευτής περισσότερο προβλέψιμος, λιγότερο παρεμβατικός και κάπως απορριπτικός, προσφέρει στον θεραπευόμενο που είχε υιοθετήσει μέχρι πρότινος ένα εξαρτητικό μοτίβο στις σχέσεις του με τους άλλους, το χώρο για ελευθερία και ανεξαρτητοποίηση. Έτσι καλλιεργείται μια θεραπευτική σχέση που καταπραύνει το άγχος δεσμού και προωθεί την αυτονομία του ατόμου (Petrowski, Nowacki, Pokorny & Buchheim, 2011). Από την άλλη ο συνδυασμός ορισμένων τύπων προσκόλλησης μπορεί να οδηγήσει σε αρνητική αντιμεταβίβαση, η οποία περιλαμβάνει επικριτική, τιμωρητική ή απορριπτική στάση εκ μέρους του θεραπευτή και συνδέεται συνήθως με ανασφαλή τύπο δεσμού του θεραπευτή (Mohr, Gelso & Hill, 2005). Αυτό ισχύει αντίστοιχα και για τους θεραπευόμενους, καθώς προβλήματα που προκύπτουν στο συμβόλαιο, όπως είδαμε προηγουμένως μπορεί να αντανakλούν δικά τους ζητήματα μοτίβων δεσμού (Liotti, 2007).

### ***3.7 Θεραπευτική σχέση και θεραπεία τέχνης***

Όσον αφορά τη θεραπεία μέσω της τέχνης, η θεραπευτική σχέση αποκτά έναν ιδιαίτερο ρόλο. Η βασική ιδέα έχει τις ρίζες της στη θεωρία προσκόλλησης. Αυτό συνεπάγεται ότι ο θεραπευτής επιχειρεί να δημιουργήσει ένα σαφώς οριοθετημένο πλαίσιο εντός του θεραπευτικού δωματίου μέσα στο οποίο το παιδί με τη βοήθεια του, επιχειρεί να κατανοήσει και να ρυθμίσει το συναίσθημά του, να δημιουργήσει μια αφήγηση για τον εαυτό του και να βιώσει την εμπειρία του ασφαλούς δεσμού (Armstrong, 2013).

Οι τρεις αυτές ψυχικές λειτουργίες πραγματώνονται μέσω της θεραπείας της τέχνης, η οποία προσφέρει υλικά μέσω των οποίων το παιδί μαθαίνει αρχικά πώς να αυτορυθμίζεται, επιλέγοντας για παράδειγμα εάν θα μιλήσει ή αν θα κάνει κάποια δραστηριότητα στην οποία άλλοτε εμπλέκει το θεραπευτή και άλλοτε τον αφήνει απέξω. Ένας θεραπευτής ο οποίος είναι διαρκώς συντονισμένος με το παιδί, του προσφέρει τα κατάλληλα υλικά προκειμένου να τα χρησιμοποιήσει για να ελέγξει το συναίσθημά του. Για παράδειγμα σε ένα αγχώδες παιδί θα χρειαζόταν ένα ρευστό υλικό όπως η κυρομπογιά προκειμένου να νιώθει ότι έχει τον έλεγχο, παρά άκαμπτες ξυλομπογιές. Άλλες φορές θεραπευτής και θεραπευόμενος σχετίζονται μέσα από τη χρήση υλικών. Παραδείγματος χάριν ο θεραπευτής αναπαριστά σε χαρτί τις ζωγραφιές του παιδιού, λειτουργώντας έτσι ως καθρέφτης των συναισθημάτων του και βοηθώντας το να τα κατονομάσει (Meyerowitz-katz, 2003). Η εναρμόνιση μεταξύ των δύο είναι φυσικό να χάνεται ορισμένες φορές αλλά η επανάκτησή της ενδυναμώνει περισσότερο τη σχέση. Αυτή η διαδικασία προσομιείζει με το παράδειγμα του παγωμένου προσώπου, όπου στο πλαίσιο του ασφαλούς δεσμού, η προς στιγμήν διαρυσμένη επαφή με τη μητέρα διορθώνεται και ανακτάται σύντομα εδραϊόνοντας στο βρέφος την αίσθηση της ασφάλειας (Armstrong, 2013).

Επιπλέον, εφόσον ένα δημιούργημα απεικονίζει τον τρόπο που ο δημιουργός του αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα, η έκφραση μέσω της τέχνης δίνει την ευκαιρία να εστιάσουν από κοινού θεραπευτής και θεραπευόμενος την προσοχή τους σε ένα έργο, να δώσουν ερμηνείες και να αναπτύξουν νοήματα σχετικά με το πώς αισθάνεται ο δημιουργός για αυτό ή οι χαρακτήρες ο ένας για τον άλλο. Έτσι το παιδί- δημιουργός μέσα από τις εστιασμένες ερωτήσεις του θεραπευτή αντιλαμβάνεται ότι οι πράξεις του και το πώς νιώθει έχουν νόημα και σημασία για τον ίδιο αλλά και για τους ανθρώπους που σχετίζεται (Armstrong, 2013).

Τέλος προκειμένου να καταφέρει το παιδί να αρθρώσει μια συνεκτική αφήγηση για την προσωπική του εμπειρία, ο θεραπευτής παίζει και πάλι σπουδαίο ρόλο καθώς το βοηθάει να εστιάσει στο πρόβλημα και να εμβαθύνει. Συχνά η χρήση υλικών, συμβολικού λόγου ή μεταφορών από τον θεραπευτή διευκολύνει την εξωτερίκευση των βιωμάτων του παιδιού, τα οποία αποκτούν τη μορφή μιας ιστορίας. Παράλληλα η ενσυναίσθηση, η

επισταμένη προσοχή στην εξιστόρηση και η κατανόηση των συναισθημάτων εκ μέρους του θεραπευτή δίνουν τη δυνατότητα να βιώσει το παιδί τα γνωρίσματα ενός ασφαλούς δεσμού που του έλειπαν στο περιβάλλον του (Armstrong, 2013).

### **3.8 Συμπεριφορισμός και θεραπευτική σχέση**

Είναι γεγονός ότι η θεραπευτική σχέση θεωρείται γνώρισμα περισσότερο ψυχοδυναμικών και ανθρωπιστικών/υπαρξιστικών θεωριών. Ωστόσο ορισμένες βασικές αρχές του συμπεριφορισμού δε θα ήταν το ίδιο αποτελεσματικές αν δε μεσολαβούσε το θεραπευτικό συμβόλαιο κατά την κλινική πράξη. Ακόμη, ο συμπεριφορισμός έχει αποτυπωθεί στη συνείδηση πολλών ατόμων ως μια σκληρή πρακτική, και όχι αδίκως βέβαια αν αναλογιστεί κανείς την εφαρμογή της τεχνικής της τιμωρίας προκειμένου να αλλάξουν υποτιθέμενες μη φυσιολογικές συμπεριφορές όπως για παράδειγμα η ομοφιλοφιλία ή η ανυπακοή στην κρατική εξουσία. Το ζήτημα αυτό αναδύεται εύστοχα στην ταινία «Το κουρδιστό πορτοκάλι» (Gilbert & Leahy, 2007). Παρ' όλα αυτά ο συμπεριφορισμός στη σύγχρονη εποχή μιλάει μια διαφορετική γλώσσα και μάλιστα όσον αφορά τη θεραπευτική σχέση, θεραπευτές της συμπεριφορικής κατεύθυνσης φαίνεται να χαρακτηρίζονται από ενσυναίσθηση, άνευ όρων αποδοχή και γνησιότητα περισσότερο σε σχέση με άλλες προσεγγίσεις όπως η θεραπεία Gestalt ή η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία» (Gilbert & Leahy, 2007).

Αρχικά, οι κεντρικές ιδέες της ενίσχυσης και τιμωρίας επικεντρώνονται σε ζητήματα που κινητοποιούν τον πελάτη προκειμένου να εμπλακεί και να συνεχίσει τη θεραπεία. Ωστόσο τα ερεθίσματα που μπορούν να λειτουργήσουν ως ενίσχυση ή τιμωρία διαφέρουν από άτομο σε άτομο και επομένως απαιτείται να γνωρίσει ο θεραπευτής σε βάθος τον πελάτη προκειμένου να ξέρει τι τον κινητοποιεί και τι τον αποθαρρύνει. Αυτή η «γνωριμία» προϋποθέτει ενσυναίσθηση και κατανόηση που αποτελούν παραμέτρους μιας καλής θεραπευτικής σχέσης. Απώτερος στόχος αυτών των τεχνικών είναι η αντικατάσταση δυσλειτουργικών μοτίβων συμπεριφοράς με πιο αποτελεσματικές προσαρμοστικές συμπεριφορές. Η αλλαγή αυτή επιτυγχάνεται αρχικά εντός των

συνεδριών με την προϋπόθεση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης και επεκτείνεται σταδιακά στο εξωτερικό περιβάλλον του ατομου. Επιπλέον η τεχνική της διαμόρφωσης συμπεριφοράς αξιοποιεί επίσης τη θεραπευτική σχέση. Για παράδειγμα η επεξεργασία ενός τραυματικού γεγονότος είναι προτιμότερο να γίνει σε στάδια, με το θεραπευτή να παροτρύνει το θεραπευόμενο να αποκαλύπτει αρχικά σχετικές με το γεγονός πληροφορίες μικρότερης έντασης και σταδιακά να οδηγηθεί στην πλήρη αποκάλυψη. Αυτό προϋποθέτει τη δημιουργία ενός ασφαλούς θεραπευτικού πλαισίου και την υποστήριξη εκ μέρους του θεραπευτή ο οποίος επιβραβεύει κάθε προσπάθεια του θεραπευόμενου. Τέλος η τεχνική της απόσυρσης της αθέμιτης συμπεριφοράς λειτουργεί με βάση το σεβασμό και την εμπιστοσύνη του θεραπευτή προς το πρόσωπο του θεραπευόμενου, καθώς ο δεύτερος νιώθοντας υποστήριξη και ανταμοιβή από την πλευρά του θεραπευτή, εκπληρώνει σταδιακά τους θεραπευτικούς στόχους έως ότου να μάθει να λειτουργεί ανεξάρτητα (Lejuez, Hopko, Levine, Gholkar & Collins, 2005).

Πέρα από τον κλασσικό συμπεριφορισμό, άλλες προσεγγίσεις έχουν αναπτυχθεί προς μια κατεύθυνση που βασίζεται ακόμα περισσότερο στη θεραπευτική σχέση. Πιο συγκεκριμένα, η Λειτουργική Αναλυτική Θεραπεία, αντιλαμβάνεται τη σχέση ως βασικό εργαλείο για τη θεραπευτική αλλαγή. Η σχέση σε αυτό το είδος θεραπείας, προσομοιάζει σε ένα ζεστό κοινωνικό δεσμό, που σκοπό έχει να μπορεί να γενικευτεί σε όλες τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Επειδή η θεραπεία βασίζεται στην υπόθεση ότι ο θεραπευόμενος συμπεριφέρεται στον θεραπευτή όπως στα αγαπημένα του άτομα, ο τελευταίος θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από γνησιότητα, ανάμειξη, ευαισθησία συναίσθημα και αυθεντικότητα, σαν να αποτελεί ένα οικείο πρόσωπο (Lejuez et al., 2005).

Στη θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης, παρ'όλο που πρόκειται για μια ενδοατομική προσέγγιση, η σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου είναι αντιεραρχική και συνεργατική. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, ο πελάτης είναι σημαντικό να αποδεχτεί τις δυσκολίες του παρελθόντος και του παρόντος και να εγκαταλείψει τις συμπεριφορές αποφυγής, μέσω της έκθεσής του σε αυτές. Ο θεραπευτής ως συνοδοιπόρος σε αυτόν τον αγώνα, χησιμοποιεί τεχνικές όπως αυτή του ανοιχτού διαλόγου, κάνει χρήση μεταφορών και ερωτήσεων, επιδιώκοντας την αλλαγή (Lejuez et al., 2005).

Η διαλεκτική θεραπεία της συμπεριφοράς, αποτελεί ένα ακόμα παράδειγμα δέσμευσης στη θεραπευτική σχέση. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει κατά μέσο όρο έξι μήνες ατομικής ψυχοθεραπείας, που έχουν ως στόχο την κινητοποίηση, εβδομαδιαίες ομάδες εκπαίδευσης καθώς και συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου όποτε χρειάζεται, προκειμένου να διατηρείται η θεραπευτική σχέση. Η ισχυρή θέση που αποκτά το θεραπευτικό συμβόλαιο στο εν λόγω είδος θεραπείας, την καθιστά ως την πλέον κατάλληλη για άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Η διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς βασίζεται επίσης πάνω στη συνεργασία και προϋποθέτει αμοιβαία δέσμευση σε ένα κοινό στόχο, ανάλυση της συμπεριφοράς και συμφωνία ότι ορισμένες συμπεριφορές είναι προβληματικές και χρειάζεται να τροποποιηθούν. Οι δύο κυρίαρχες στρατηγικές της, οι οποίες βασίζονται στην αξιοποίηση του θεραπευτικού συμβολαίου, είναι η διαχείριση της εξαρτημένης συμπεριφοράς και η αμοιβαία επικοινωνία. Κατά την πρώτη ο θεραπευτής ενισχύει θετικά τις επιθυμητές συμπεριφορές του ατόμου, ενώ κατά τη δεύτερη αναταπκρίνεται λεκτικά με τον κατάλληλο τρόπο στις συμπεριφορές του ατόμου. Στην αμοιβαία επικοινωνία συμπεριλαμβάνεται η τεχνική της αυτό-αποκάλυψης. Για παράδειγμα, ο θεραπευτής εκφράζει την ευχαρίστησή του στη δήλωση του ατόμου ότι κατάφερε να συζητήσει ψύχραιμα με ένα αγαπημένο πρόσωπο ή την ενόχλησή του για την επιμονή του πελάτη να του τηλεφωνεί ενώ προηγουμένως του είχε γνωστοποιήσει ότι θα ήταν σε μια οικογενειακή συνάντηση. Και οι δύο αυτές στρατηγικές προϋποθέτουν γνησιότητα και αμοιβαιότητα στη σχέση. Τέλος, η τεχνική της ασεβούς επικοινωνίας, η οποία περιλαμβάνει την κάπως σαρκαστική αναπλαισίωση μιας δήλωσης που διατυπώνει ο θεραπευόμενος με απόλυτο τρόπο, δεν θα ήταν αποτελεσματική αν δεν είχε προηγουμένως εδραιωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Για παράδειγμα η θεραπευόμενη δηλώνει ότι δε χρειάζεται άλλο τα παιχνίδια ρόλων, και η θεραπεύτρια τη ρωτάει με μια δόση χιούμορ: «Να φανταστώ δηλαδή ότι έλυσες όλα τα διαπροσωπικά σου ζητήματα;» και σε αυτή την κάπως ειρωνική ερώτηση προσθέτει ένα ασφαλές πλαίσιο: «Ας βρούμε λοιπόν ένα τρόπο για να νιώσεις πιο άνετα με το παιχνίδι ρόλων...» (Lejuez et al., 2005).

Στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, ο γνωσιακός θεραπευτής αντιμετωπίζει ευθέως τα ζητήματα που εντοπίζονται στη θεραπευτική σχέση. Τέτοιου είδους ζητήματα αποτελούν η ντροπή, η αντίσταση, ασφαλείς συμπεριφορές και δυσκολία στην έκφραση

των σκέψεων και συναισθημάτων (Gilbert & Leahy, 2007). Συγκεκριμένα ενθαρρύνει το άτομο να διατυπώσει τυχόν αμφιβολίες για τη θεραπευτική διαδικασία, ή αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό και την προοπτική αλλαγής, και στη συνέχεια τον βοηθά να αποδομήσει της εσφαλμένες αυτές αντιλήψεις ή γνώσεις. Είναι ωστόσο σημαντικό να μη παρασυρθεί ο θεραπευτής από τον αρνητισμό του ατόμου και τον θεωρήσει πράγματι ως «αποτυχημένο», ενισχύοντας έτσι μια αυτό-εκπληρούμενη προφητεία (Hill & Knox, 2009). Μια κριτική που έγινε από τον Elliot στην εφαρμογή της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, είναι η συχνή εργαλειοποίηση των θεραπευτικών μεθόδων, που παίρνουν τη μορφή εγχειριδίου, το οποίο καθιστά τη θεραπευτική σχέση ως μια μεθοδευμένη και τυπική διαδικασία (Gilbert & Leahy, 2007).

### **3.9 Θεραπεία νοητικοποίησης(mentalizing) και θεραπευτική σχέση**

Η θεραπεία βασισμένη στη διαδικασία δημιουργίας νοήματος αποτελεί μια ψυχοδυναμική προσέγγιση, που δημιουργήθηκε για την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Παρ'όλο που είναι μια παρέμβαση συγκεκριμένης θεωρητικής κατεύθυνσης, προτείνεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κοινός παράγοντας προκειμένου να διευκολύνει τη θεραπευτική σχέση και το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις (Fonagy & Allison, 2014).

Μέσω αυτής της νοητικής επεξεργασίας, το άτομο αποκτά εμπιστοσύνη στην κοινωνική γνώση που λαμβάνει κατά την επίδραση με το θεραπευτή, αλλάζοντας έτσι κάποια παγιωμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του (Sperber et al., 2010). Προκειμένου να κατανοήσουμε τις θεωρητικές βάσεις της συγκεκριμένης προσέγγισης, ανατρέχουμε στο παράδειγμα της καθρεπτικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του βρέφους και του φροντιστή. Πιο συγκεκριμένα, ο φροντιστής ανταποκρίνεται με εκφράσεις προσώπου ή με επιφωνήματα στις αντίστοιχες εκφράσεις του βρέφους, προκειμένου εκείνο να αναγνωρίσει το συναίσθημα που βιώνει ως μια υποκειμενική εμπειρία. Με αυτό τον τρόπο διαβιβάζεται ένα πολιτισμικό μήνυμα, που αφορά μια γνώση κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Fonagy, Gergely & Target, 2007). Λαμβάνοντας αυτή τη γνώση δημιουργείται μια σχέση επιστημολογικής εμπιστοσύνης μεταξύ του φροντιστή και του βρέφους. Ωστόσο σε παιδιά με αποδιοργανωμένο τύπο προσκόλλησης αυτή η

εμπιστοσύνη εκλείπει, δημιουργώντας μια καχυποψία κατά τις κοινωνικές συναναστροφές η οποία αποτελεί χαρακτηριστικό της οριακής προσωπικότητας και δεν επιτρέπει στο άτομο να αφομοιώσει μια ασφαλή γνώση προκειμένου να οργανώσει τη συμπεριφορά του. Συνεπώς, η διαδικασία της νοητικοποίησης εντός της θεραπευτικής σχέσης, λειτουργεί ως μια διορθωτική εμπειρία επιστημολογικής εμπιστοσύνης, διότι από κοινού θεραπεύτρια και θεραπευόμενη μέσω της δικής τους σχέσης και επικοινωνίας, μαθαίνουν να κατανοούν διαφορετικά τις κοινωνικές σχέσεις στο σύνολό τους καθώς και τη δική τους συμπεριφορά. Ακόμη οι πληροφορίες που λαμβάνουν από το θεραπευτή, ο οποίος λειτουργεί ως μια διαφοροποιημένη πηγή γνώσης, αποδεικνύονται έγκυρες και βοηθητικές, προωθώντας έτσι μια δεκτική στάση απέναντι στη νέα κοινωνική γνώση (Fonagy & Allison, 2014).

Αυτό που αλλάζει στην ουσία είναι το αποκαλούμενο από το Bowlby εσωτερικευμένο μοντέλο αναπαρστάσεων για τον εαυτό και την αλληλεπίδραση με τους άλλους. Έτσι μέσω της θεραπευτικής σχέσης αναβιώνει η κατοπτρική αλληλεπίδραση που έλειπε από τη σχέση με το φροντιστή και τα άτομα λαμβάνουν το μήνυμα ότι τα συναισθήματα που αισθάνονται γίνονται απολύτως κατανοητά, καταπολεμώντας έτσι την καχυποψία και την έλλειψη εμπιστοσύνης που ένιωθαν. Η επιβεβαίωση ότι εισακούγεται, καθιστά τον θεραπευόμενο πιο ανοιχτό στο να ακούσει και να καταλάβει με τη σειρά του τους άλλους. Ακόμη, ο θεραπευόμενος, μαθαίνει να βλέπει τον εαυτό του μέσα από τα μάτια, ή καλύτερα τη σκέψη του θεραπευτή, με αποτέλεσμα να αλλάζει η αναπαράσταση του εαυτού. Καταλήγοντας, η θεραπευτική αλλαγή έρχεται μέσω της θεραπευτικής σχέσης που δημιουργεί τη δυνατότητα να γνωρίσει κανείς εντός της θεραπείας τον εαυτό και τους άλλους, όπως υπάρχουν εκτός της θεραπείας (Fonagy & Allison, 2014).

### ***3.10 Θεραπεία ενσυνειδητότητας (mindfulness) και θεραπευτική σχέση***

Σε αυτή την ενότητα θα εξετάσουμε τη θεραπευτική σχέση υπό το πρίσμα της θεραπείας ενσυνειδητότητας (mindfulness). Ένα από τα βασικά στοιχεία που προσδιορίζουν τη θεραπεία συνειδητότητας είναι η εστίαση στην παρουσία, στο εδώ και τώρα. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι θεραπευτής και θεραπευόμενος εστιάζουν στη σημασία της στιγμής και δεν δίνουν έμφαση σε σκέψεις για το παρελθόν ή το μέλλον. Αυτό στη θεραπευτική σχέση μεταφράζεται με το να είναι ο θεραπευτής ανοιχτός και να

αποδέχεται οτιδήποτε ο πελάτης έχει ανάγκη να μοιραστεί. Έτσι αποφεύγει να γίνεται επικριτικός ή να έχει αυξημένες απαιτήσεις για άμεση αλλαγή λόγω της δικής του αμηχανίας, αφήνοντας χώρο για ελεύθερη έκφραση του συναισθήματος. Ο θεραπευόμενος συνεπώς νιώθει ότι ο ίδιος και ο θεραπευτής συναποτελούν ένα ισχυρό «εμείς», το οποίο λειτουργεί θεραπευτικά, δίνοντας μια προοπτική αλλαγής (Siegel, 2010).

Επιπλέον, η θεραπεία ενσυνειδητότητας δίνει έμφαση στην καλλιέργεια της συμπόνοιας προς τον εαυτό και προς τους άλλους, η οποία λειτουργεί θεραπευτικά, όπως αποδεικνύουν και τα ερευνητικά δεδομένα, καθώς μειώνει σημαντικά τη συμπτωματολογία που αφορά το άγχος και την κατάθλιψη (MacBeth & Gumley, 2012). Ορισμένες τεχνικές για την καλλιέργεια της συμπόνοιας που αφορούν το θεραπευόμενο αλλά και την εκπαίδευση του θεραπευτή, είναι να φανταστεί τον εαυτό του σε παιδική ηλικία ή αγαπημένους άλλους και να συμπάσχει μαζί τους, ή ακόμα να βρει κοινά σημεία μεταξύ του εαυτού του και κάποιου άλλου, ενισχύοντας έτσι το νοιάξιμο για τον εαυτό αλλά και τον αλτρουισμό (Jazaieri et al., 2013).

Η εκπαίδευση του θεραπευτή είναι εξαιρετικά σημαντική για τη θεραπευτική σχέση καθώς όπως υποστηρίζει η Shapiro (2013), οι θεραπευτές πρέπει πρώτα να συμπονέσουν. Πιο αναλυτικά ο θεραπευτής αυτής της προσέγγισης, μέσω της εκπαίδευσης, δείχνει μεγαλύτερη ικανότητα στο να αναστοχάζεται πριν αντιδράσει, να αποδέχεται τα προσωπικά συναισθήματά που προκύπτουν στο πλαίσιο της θεραπείας και να αντιλαμβάνεται καλύτερα τα μη λεκτικά σήματα των θεραπευόμενων (Christopher et al., 2011). Ακόμη θεραπευτές αυτής της προσέγγισης χαρακτηρίζονται από αυξημένο επίπεδο ενσυναίσθησης κατά την κλινική πράξη (Krasner et al., 2009). Επιπλέον, βαθμολογήθηκαν υψηλότερα από τους πελάτες ως προς την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης, αναφορικά με ζητήματα επίλυσης προβλημάτων και επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Μάλιστα σημειώθηκε μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων σε σχέση με θεραπευόμενους άλλων προσεγγίσεων (Grepmaier et al., 2007).

Τέλος, η θεραπεία συνειδητότητας προτείνει ότι για να θεραπευτεί ένας πελάτης που έρχεται για ψυχοθεραπεία, θα πρέπει πρώτα να μπει σε μια θεραπευτική διαδικασία ο ίδιος ο κλινικός, με την ίδια λογική που προτείνει ότι ο καλύτερος προβλεπτικός



παράγοντας για τον τύπο δεσμού που θα αναπτύξει το παιδί με το γονέα, είναι πρωτίστως το πώς ο γονέας αντιλαμβάνεται τον εαυτό του (Siegel,2015). Προκειμένου λοιπόν να δομηθεί μια καλή θεραπευτική σχέση, θα ήταν ωφέλιμο να αντιμετωπίσει ο θεραπευτής ζητήματα επαγγελματικής εξουθένωσης, να βελτιώσει την ψυχική του υγεία και την ποιότητα ζωής λαμβάνοντας ο ίδιος στήριξη μέσω της θεραπείας συνειδητότητας (Irving, Dobkin & Park, 2009).

### ***3.11 Πώς βιώνει ο εγκέφαλος τη θεραπευτική σχέση***

Η θεραπευτική σχέση, υπό το πρίσμα της διαπροσωπικής νευροβιολογίας, επηρεάζει την πλαστικότητα του εγκεφάλου δίνοντας στο θεραπευόμενο τη δυνατότητα μιας ζωής που χαρακτηρίζεται από ευεξία. Σύμφωνα λοιπόν με τις αρχές της νευροπλαστικότητας, η αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων, στην προκειμένη ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο, προκαλεί συγκεκριμένες νευρονικές αλλαγές στον εγκέφαλο. Για να καταλάβουμε καλύτερα την συγκεκριμένη προσέγγιση, παραθέτουμε κάποιες βασικές αρχές που χαρακτηρίζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου. Καταρχήν ο εγκέφαλος αποτελεί ένα δυναμικό όργανο που συνεχώς υφίσταται αλλαγές. Επιπλέον, είναι ανοιχτός καθώς αλληλεπιδρά και δέχεται επιρροές από το περιβάλλον. Ακόμη η λειτουργία του δεν είναι μια γραμμική και ιεραρχημένη διαδικασία, καθώς μικρές επιδράσεις μπορούν να προκαλέσουν μεγάλες αλλαγές. Τέλος ο εγκέφαλος είναι ένα πολύπλοκο όργανο, καθώς μπορεί να οδηγηθεί σε χαοτικούς τρόπους λειτουργίας, και αποτελεί ένα αυτό-οργανωμένο σύστημα ( Baldini, Parker, Nelson & Siegel, 2014. Siegel,2015).

Πιο συγκεκριμένα κατά την διαπροσωπική συναναστροφή συντελείται ανταλλαγή ενέργειας και ροής πληροφοριών μεταξύ των ατόμων, γεγονός που αποτελεί μια διαδικασία «ζευγαρώματος» μεταξύ των επικοινωνούντων εγκεφάλων. Σε αυτή τη διαδικασία η αντανάκλαση των σκέψεων και των συναισθημάτων του άλλου προκαλεί στο άτομο παρόμοιες φλουικές αναπαραστάσεις (Hasson, Ghazanfar, Galantucci, Garrod & Keysers, 2012). Σε αυτόν τον τύπο επικοινωνίας βασίζεται και η θεραπευτική σχέση, καθώς ο θεραπευτής αντιλαμβάνεται την κατάσταση που βιώνει ο θεραπευόμενος, μέσω του μηχανισμού των καθρεπτικών νευρώνων, και εκείνος με τη σειρά του έρχεται σε επαφή με εσωτερικές διεργασίες, όπως σκέψεις και συναισθήματα τις οποίες στη συνέχεια μπορεί να επεξεργαστεί (Siegel,2015). Με αυτό το άτομο έχει

την αίσθηση ότι κάποιος άλλος «τον αισθάνεται», και αυτό παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του συναισθήματος, στη θεραπευτική αλλά και στη γονεϊκή σχέση (Feldman, 2007).

### ***3.12 Δημιουργώντας σχέση με το παιδί, τον έφηβο και την οικογένειά του***

Σε ποιο βαθμό επηρεάζει το θεραπευτικό συμβόλαιο το θεραπευτικό ποτέλεσμα για τους νέους και τις οικογένειές του; Μια πρόσφατη μετα- ανάλυση τριάντα πέντε ερευνών, έδειξε ότι η δυναμική της σχέσης θεραπευτικού συμβολαίου και θεραπευτικής έκβασης εξαρτάται αφενός από μεταβλητές όπως η ηλικία του παιδιού, ο τύπος του προβλήματος, το είδος της παραπομπής καθώς και της θεραπείας, αλλά και από τη μεθοδολογία της εκάστοτε έρευνας που επιχειρεί να εξετάσει τη σχέση των δύο αυτών παραγόντων, όπως για παράδειγμα το χρόνο και τον τρόπο αξιολόγησης του συμβολαίου. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά περισσότερο από τους εφήβους αξιολόγησαν θετικά το θεραπευτικό συμβόλαιο, ίσως επειδή στις μικρότερες ηλικίες όπου τα παιδιά παραπέμπονται από άλλους και δεν καντανοούν πλήρως το «πρόβλημα», το συμβόλαιο να αποτελεί βασικό εργαλείο για τη θετική έκβαση της θεραπείας και να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη δημιουργία του. Σχετικά με τον τύπο του φερόμενου «προβλήματος», ως πιο ισχυρά αξιολογήθηκαν τα συμβόλαια νέων με εξωτερικευμένα και «μεικτά» ζητήματα, ενώ πιο χαμηλή σε ισχύ ήταν η θεραπευτική σχέση ατόμων με εσωτερικευμένα ζητήματα και κατάχρηση ουσιών. Όπως είναι αναμενόμενο τα άτομα που αναζήτησαν θεραπεία δημιούργησαν πιο ισχυρά θεραπευτικά συμβόλαια από εκείνα που υποχρεώθηκαν. Τέλος, μεταξύ ατομικής και οικογενειακής θεραπείας, στην πρώτη φαίνεται ότι η ποιότητα συμβολαίου επηρεάζει περισσότερο το θεραπευτικό αποτέλεσμα (McLeod, 2011).

#### **3.12.1 Η θεραπευτική σχέση στη Γνωσιακή- Συμπεριφοριστική θεραπεία οικογένειας**

Σύμφωνα με δεδομένα ερευνών που αφορούν τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία για γονείς παιδιά και εφήβους, τα ποσοστά των ατόμων που εγκαταλείπουν τη θεραπεία ανέρχονται μέχρι και το 50% σε ορισμένες περιπτώσεις (Karver&Caporino, 2010). Από την άλλη, σύμφωνα με τους Walter&Petr (2006), η θεραπευτική σχέση είναι απαραίτητη αν και όχι επαρκής για τις γνωσιακές-συμπεριφοριστικές θεραπείες και επιπλέον αποτελεί σχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την θεραπευτική έκβαση σε ένα μεγάλο φάσμα διαταραχών και θεωρητικών προσεγγίσεων (Hawley&Weisz, 2005). Ειδικότερα για τα άτομα νεαρής ηλικίας, που συχνά παραπέμπονται στη θεραπεία παρά τη θέλησή τους, μια σχέση που να προωθεί την αυτονομία τους, να χαρακτηρίζεται από ζεστασιά και ενσυναίσθηση και να είναι ξεκάθαρη ως προς τους στόχους της θεραπευτικής παρέμβασης, εγγυάται ένα καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα (Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006). Παράλληλα θα πρέπει να τονιστεί η αξία της σχέσης γονέα-θεραπευτή, η οποία συμβάλει στη συμμετοχή του γονέα στην θεραπεία, γεγονός που επιφέρει όφελος στην εξέλιξη του παιδιού και του εφήβου (Kazdin, Whitley & Marciano, 2006). Για το λόγο αυτό επισημάνθηκε η ανάγκη θεμελίωσης μια καλής θεραπευτικής σχέσης και όχι απλώς η κατά γράμμα εφαρμογή των θεραπευτικών οδηγιών.

Το ερώτημα που προκύπτει επομένως αφορά το πώς δομείται τελικά η σχέση μεταξύ θεραπευτή παιδιού-εφήβου και οικογένειας. Το πρώτο σημαντικό στοιχείο είναι η δημιουργία συναισθηματικών δεσμών. Μια θεραπεύτρια που διατηρεί μια ζωνρή στάση και συζητά τα θέματα που θέτει ο νέος, καταφέρνει να σχετιστεί μαζί του με θετικό τρόπο, σε αντίθεση με κάποιον που τον πιέζει να συζητήσει ένα θέμα για το οποίο ακόμα δεν είναι έτοιμος. Για παράδειγμα, σε περίπτωση που ο έφηβος νιώθει άβολα να κατονομάσει τις αρνητικές σκέψεις που έκανε για κάποιο γεγονός, η θεραπεύτρια θα μπορούσε να αφήσει τις στοχευμένες ερωτήσεις και να τον παροτρύνει να περιγράψει γενικότερα πώς βίωσε το συγκεκριμένο γεγονός. (Karver et al., 2008).

Η στάση διαβεβαίωσης που διατηρεί ο θεραπευτής απέναντι στη θεραπευόμενη είναι επίσης ένας παράγοντας που ενισχύει τη θεραπευτική σχέση. Η στάση αυτή εκφράζεται ως ενεργό συμμετοχή του θεραπευτή στα θέματα που φέρνει η θεραπευόμενη, δηλώσεις που να χαρακτηρίζονται από ενσυναίσθηση, θετικές αναπλαισιώσεις, καθώς επίσης και

κατανόηση των συναισθημάτων της (Karver et al., 2006). Αντίθετα, ένας επικριτικός θεραπευτής που επιδιώκει να ασκήσει εξουσία στο νεαρό άτομο, που δεν κατανοεί και διαστρεβλώνει τα λεγόμενά του, οδηγεί με ακρίβεια σε μια αρνητική θεραπευτική σχέση (Karver et al., 2008). Τέλος, η στάση διαβεβαίωσης και ενθάρρυνσης διευκολύνει εξίσου και τη σχέση θεραπευτή-γονέα, καθώς συμβάλλει στη θετική αναπλαισίωση ενδεχόμενων αρνητικών γονεϊκών συμπεριφορών. Για παράδειγμα, ο θεραπευτής ισχυρίζεται ότι ο γονέας φωνάζει στο παιδί λόγω της αγωνίας του να είναι το παιδί του χαρούμενο και επιτυχημένο (Karver & Caporino, 2010).

Ένα δεύτερο απαραίτητο συστατικό για τη δόμηση της θεραπευτικής σχέσης στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία με το παιδί και την οικογένεια, είναι η γνωστική σύνδεση. Η σύνδεση αυτή επιτυγχάνεται μέσω της καλής συνεργασίας θεραπευτή-θεραπευόμενου, καθώς αποτελεί προϋπόθεση για τη δημιουργία στόχων και σχετίζεται με μια θετική θεραπευτική σχέση (Karver et al., 2008). Επιπλέον η σαφής οριοθέτηση των ρόλων θεραπευτή-θεραπευόμενου και η εκπαίδευση του δεύτερου στη θεραπευτική μέθοδο που ακολουθείται, συνδέεται με αυξημένη συμμετοχικότητα στη θεραπεία, με καλή θεραπευτική σχέση και με γενικότερα θετική έκβαση της θεραπείας (Karver & Caporino, 2010). Ακόμη, η αξιοπιστία του θεραπευτή, είναι στοιχείο μιας καλής συνεργασίας, καθώς συνδέεται σημαντικά με την συμμετοχή και συμμόρφωση του πελάτη στη θεραπεία αλλά και με την καλή θεραπευτική σχέση (Wei & Heppner, 2005).

Το τρίτο συστατικό για τη θεμελίωση θεραπευτικής σχέσης στη CBΤ είναι η δημιουργία συμπεριφορικής σύνδεσης με το παιδί και το γονέα. Για να επιτευχθεί αυτό αρχικά είναι απαραίτητη η ευελιξία ως προς τη χρήση του εγχειρίδιου θεραπείας από τον θεραπευτή, καθώς η άκαμπτη προσκόλληση στη θεραπευτική μέθοδο οδηγεί συχνά σε πρόχειρες συνεδρίες όπου ο θεραπευόμενος δεν αισθάνεται κατανόηση από το θεραπευτή. Τέλος η συμμόρφωση παιδιού και γονέα στην τήρηση των εργασιών για το σπίτι που τους έχει αναθέσει ο θεραπευτής κατά τη συνεδρία και η από κοινού εξέταση των εμποδίων που μπορεί να συναντήσουν κατά την εκπλήρωσή τους, χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορική σύνδεση και οδηγούν σε θετικά αποτελέσματα (Karver & Caporino, 2010).

Μια άλλη μετα-ανάλυση σαράντα εννέα ερευνών ανέδειξε τη σημασία της θεραπευτικής σχέσης για το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε παιδιά-εφήβους και τις

οικογένειές τους. Μεταξύ των σημαντικότερων προβλεπτικών παραγόντων ήταν οι διαπροσωπικές ικανότητες του θεραπευτή, όπως η ζεστασιά και η ενσυναίσθηση, οι δεξιότητες για άμεση επιρροή, η επιθυμία του νέου και του γονέα να συμμετάσχουν στη θεραπεία και ο βαθμός συμμετοχής τους στη θεραπευτική διαδικασία. Όσον αφορά τις δεξιότητες άμεσης επίδρασης του θεραπευτή, φαίνεται ότι οι θεραπευόμενοι θεωρούσαν περισσότερο ικανό έναν θεραπευτή που εξηγούσε με σαφήνεια τη θεραπευτική πορεία και παράλληλα ανέπτυσσαν και οι ίδιοι θετικές προσδοκίες για το αποτέλεσμα. Βέβαια αυτό τα θεραπευτικό γνώρισμα είναι περισσότερο γνωσιακής κατεύθυνσης και ίσως να μην επηρεάζει το ίδιο το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε άλλου τύπου θεραπείες (Karver et al., 2006).

Η σημασία της συμμετοχής των γονέων αποτέλεσε επίσης σημαντικό εύρημα καθώς οι γονείς αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής του νεαρού ατόμου και η συνεργασία τους είναι πολύ βοηθητική (Karver et al., 2006). Μάλιστα ακόμα και η αντίληψη που έχουν οι γονείς σχετικά με την ποιότητα του θεραπευτικού συμβολαίου θεραπευτή και παιδιού, επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυτό είναι λογικό αν λάβουμε υπόψιν τη σημασία του ρόλου των γονέων για την έκβαση της θεραπείας του παιδιού, καθώς συχνά εκείνοι κάνουν την παραπομπή, χρηματοδοτούν τη θεραπεία ή βοηθούν στις μετακινήσεις του ανήλικου (McLeod, 2011).

Μικρότερη επίδραση στην πρόβλεψη της θεραπευτικής έκβασης παρουσίασαν, το θεραπευτικό συμβόλαιο με το παιδί και την οικογένεια, τα συναισθήματα προς το πρόσωπο του θεραπευτή, η θεραπευτική σχέση με τους γονείς και η αυτονομία του θεραπευόμενου, ενώ η αυτό-αποκάλυψη του θεραπευτή δεν έδειξε να σχετίζεται με το αποτέλεσμα. Ειδικότερα, το θετικό συναίσθημα προς το θεραπευτή κάνει το θεραπευόμενο να αισθάνεται πιο άνετα στη θεραπεία και συνεπώς πιο ικανός να ανταπεξέλθει, ενώ παράλληλα η αίσθηση ανεξαρτησίας κινητοποιεί τους θεραπευόμενους να συμμετάσχουν στη θεραπεία (Karver et al., 2006).

### **3.12. 2 Θεραπευτική σχέση και οικογενειακή θεραπεία. Ένα παράδειγμα ψυχοδυναμικής προέλευσης**

Μια ενδιαφέρουσα περιγραφή του ρόλου του θεραπευτή στο σύστημα της οικογένειας παρατίθεται από τον Kraemer (2008). Σύμφωνα με μια ψυχοδυναμική οπτική της συστημικής οικογενειακής θεραπείας, ο θεραπευτής είναι αδύνατον να μη συμμετάσχει στο οικογενειακό δράμα που εκτελείσσεται. Ο θεραπευτής επομένως δεν αποτελεί έναν απλό παρατηρητή αλλά ενσωματώνεται και βιώνει ο ίδιος την εμπειρία της οικογένειας. Παράλληλα, δημιουργείται η ανάγκη να διερευνηθεί ο ρόλος της αντιμεταβίβασης στην οικογενειακή θεραπεία. Για να κατανοήσουμε καλύτερα τον ρόλο αυτό, ας δώσουμε ένα παράδειγμα επίλυσης του οιδιποδίου μεταξύ πατέρα και κόρης που βρίσκει πρόσφορο έδαφος κατά τη διάρκεια της απουσίας της μητέρας λόγω ασθένειας. Η έφηβη κόρη δηλώνει ότι αυτή και ο πατέρας της δεν στεναγχωριούνται για την απουσία της μητέρας, αλλά εύχεται να είχε μια άλλη μητέρα για να τη βοηθάει. Η στάση απέναντι στον πατέρα της χαρακτηρίζεται από υποβόσκων ερωτισμό και ο ίδιος φαίνεται να δυσκολεύεται στην οριοθέτηση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η οικογενειακή θεραπεύτρια, αναγνωρίζοντας ότι δεν υπήρχε η μητέρα προκειμένου να ρυθμίσει την ένταση του οιδιποδίου μεταξύ πατέρα και κόρης, πήρε η ίδια το ρόλο της αποτελεσματικής μητέρας προκειμένου να τους υποδείξει έναν πιο υγιή τρόπο επικοινωνίας που δεν χαρακτηρίζεται από μυστικισμό και ερωτισμό. Η συγκεκριμένη δράση πυροδοτήθηκε από τα συναισθήματα μεταβίβασης που βίωσε η θεραπεύτρια, τα οποία χαρακτηρίζονταν από άγχος και ενόχληση απέναντι στη στη συμμαχία των δύο, υποδεικνύοντας για άλλη μια φορά τη σημασία της αντιμεταβίβασης για τα σχέση και την κλινική πράξη εν γένει (Kraemer, 2008).

### **3.12.3 Η θεραπευτική σχέση στο σύστημα της οικογένειας**

Ο όρος συστημική θεραπεία δεν είναι μονοσήμαντος αλλά περιέχει ένα φάσμα διαφορετικών προσεγγίσεων, όπως τα μοντέλα κλασσικού προσανατολισμού, η κυβερνητική Β' τάξης και οι αφηγηματικές προσεγγίσεις. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι συστημικοί θεραπευτές δεν αφομοιώνουν εξ ολοκλήρου μια σχολή προσέγγισης, αλλά διαμορφώνουν το προσωπικό τους θεραπευτικό μοντέλο μέσω της κλινικής εμπειρίας. Στη συστημική θεραπεία η θεραπευτική σχέση δεν αποτελεί τόσο στήριγμα

για ένα άτομο που δεν είναι σε θέση να τα καταφέρει μόνο του, αλλά περισσότερο ως ερέθισμα και ώθηση για μια συνεργασία μεταξύ ενηλίκων (Schlippe & Schweitzer, 2008). Από τις διάφορες θεωρητικές κατευθύνσεις, αυτή που κάνει ιδιαίτερα λόγο για τη σημασία της θεραπευτικής σχέσης είναι η «βιωματική οικογενειακή θεραπεία», με βασικό εκπρόσωπο τη Satir. Το επίτευγμα της Satir είναι ότι έφερε στο προσκήνιο την έννοια της θεραπευτικής σχέσης και κατέδειξε ότι η σχέση εμπιστοσύνης αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής αλλαγής. Η ίδια αναγνωρίζεται για την ικανότητά της να δημιουργεί άμεσα μια εγκάρδια και στοργική επαφή με τους θεραπευόμενους (Green & Herget, 1991). Από την άλλη πλευρά υπήρξε μια διαμάχη της ομάδας του Ινστιτούτου Ψυχικών Ερευνών σχετικά με το ρόλο και την εξουσία των θεραπειών προς το σύστημα της οικογένειας. Ειδικότερα, η στρατηγική οικογενειακή θεραπεία του Jay Haley, διερεύνησε τις καταστάσεις και τους ρόλους στους οποίους καλείται να ανταπεξέλθει ο θεραπευτής και προώθησε μια θέση διάλυσης, όπου ο θεραπευτής δεν χάνει τον έλεγχο του συστήματος παρ' όλες τις προκλήσεις και τη σύγχυση που δημιουργείται. Φαίνεται επομένως ότι για τον Haley η εξουσία του θεραπευτή καθώς και οι μεθοδευμένες παρεμβάσεις αποτελούσαν σημαντικά συστατικά για την αλλαγή του συστήματος. Αντίθετα ο Bateson ακολούθησε μια μη καθοδηγητική προσέγγιση, δείχνοντας εμπιστοσύνη στην ικανότητα του συστήματος να αυτό-οργανώνεται. Θεωρεί μάλιστα οποιαδήποτε παρέμβαση ή άσκηση εξουσίας εκ μέρους του θεραπευτή βλαβερή για την οικολογία του συστήματος (Schlippe & Schweitzer, 2008).

Η διαμάχη για τη διατήρηση του ελέγχου συνεχίστηκε από τους Palazzoli, Boscolo, Cecchin και Prata της σχολής του Μιλάνου, οι οποίοι εφάρμοζαν το μοντέλο του «κοινωνικού κονστρουκτιβισμού». Αρχικά και σε αυτή την προσέγγιση ο θεραπευτής οφείλει να μην παραδώσει τον έλεγχο και να μην ταχθεί υπέρ ενός μέλους του συστήματος, όσο κι αν πιέζει το σύστημα (Schlippe & Schweitzer, 2008).

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Hoffman (1985), όπου μια γυναίκα καλεί παραγμένη για να επισπεύσει την προγραμματισμένη συνεδρία, διότι ο άντρας της βρίσκεται σε κρίση και απειλεί να κόψει το πέος του. Οι θεραπευτές ερμηνεύουν αυτή την απειλή ως μια αναμενόμενη προσπάθεια από μέρους της οικογένειας να πάρει τον έλεγχο και τελικώς δεν αλλάζουν την κανονισμένη ημερομηνία. Για αυτό το λόγο οι

θεραπευτές αυτής της σχολής χαρακτηρίστηκαν ως ψυχροί παρόλο που κατάφεραν να παραμείνουν ανεξάρτητοι και ανεπηρέαστοι (Selvini, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980).

Στην πορεία ωστόσο διασπάστηκαν καθώς διαφώνησαν σε διάφορα ζητήματα, ανάμεσα στα οποία ήταν το ζήτημα του ελέγχου. Συγκεκριμένα, η Palazzoli θεωρούσε ότι ήταν εκείνη, ή γενικότερα ο θεραπευτής που μεταβάλλει το σύστημα. Μάλιστα τόνιζε ότι η πειθαρχία, η ακρίβεια και η κατάλληλη τεχνική είναι πιο σημαντικές από την ενσυναίσθηση, τη ζεστασιά και τη συμφωνία. Σύμφωνα με τα λεγόμενά της: « Για το θεραπευτή έχει αποφασιστική σημασία το αν θα καταφέρει να κρατηθεί έξω από το παιχνίδι, γιατί όποιος παίζει το παιχνίδι, το έχει ήδη χάσει». Αντιθέτως, οι Boscolo και Cecchin, οι οποίοι ασπάστηκαν την κυβερνητική β' τάξης, κατευθύνθηκαν προς μια προσέγγιση συνεργασίας και ανοιχτού διαλόγου. Στόχος του, σύμφωνα με τις αρχές του Maturana, δεν είναι η καθοδήγηση αλλά η διατάραξη του συστήματος της οικογένειας, προκειμένου να επιτευχθεί η αλλαγή η οποία είναι προϊόν κοινής προσπάθειας (Schlippe & Schweitzer, 2008).

Μια από τις πιο ριζοσπαστικές προσεγγίσεις κυβερνητική β' τάξης, είναι η αναστοχαστική ομάδα, της οποίας εισηγητής είναι ο Tom Andersen. Το συγκεκριμένο μοντέλο απέρριψε την εξουσία του θεραπευτή, την οποία ασπάζονταν η σχολή του Μιλάνου και η δομική προσέγγιση. Μάλιστα έφερε τη «συστημική επανάσταση» καθώς απέρριψε την τεχνική του μονοδρομικού καθρέφτη, καταργώντας έτσι τον ενοχοποιητικό τρόπο ομιλίας μεταξύ ειδικών, τις συνταγογραφήσεις και τις τελικές παρεμβάσεις. Ακόμη διατύπωσε την υπόθεση, ότι εφόσον η συστημική θεραπεία ωθεί τα άτομα στην ανεξαρτησία, θα πρέπει να έχει απελευθερωτικό χαρακτήρα. Σύμφωνα με ένα πείραμα του Πανεπιστημίου της Λειψίας, με τη μορφή παιχνιδιού ρόλου, στο οποίο δοκιμάστηκε αφενός η αναστοχαστική και αφετέρου η προσέγγιση της Χαυδελβέργης, φάνηκε ότι και στις δύο περιπτώσεις οι οικογένειες ένιωσαν ότι βρίσκονται σε «καλά χέρια». Ωστόσο στο διάστημα που η θεραπευτική ομάδα διαμόρφωνε απομονωμένη της παρέμβαση, τα μέλη εξέφρασαν ανησυχία σχετικά με το τι λένε οι θεραπευτές για αυτούς, ενώ η κοινωνικότητα και η αμεσότητα της αναστοχαστικής ομάδας τους δημιούργησε ευχάριστα συναισθήματα. Από την άλλη πλευρά, η οικογένεια ένιωσε μεγαλύτερη ασφάλεια με τη δέσμευση στην τελική παρέμβαση, ενώ η ανοιχτή συμφωνία με την



αναστοχαστική ομάδα που είχε μη κατευθυντικό χαρακτήρα τους φάνηκε κάπως αόριστη(Schlippe & Schweitzer, 2008).

Την ίδια στάση διατηρεί και η αφηγηματική προσέγγιση, η οποία είναι επηρεασμένη από τον «κοινωνικό κονστρουξιονισμό», με βάση τον οποίο στο θεραπευτικό διάλογο ή καλύτερα «πολύλογο», διαμορφώνεται από κοινού η πραγματικότητα. Πιο συγκεκριμένα η αφηγηματική θεραπεία βασίζεται στην υπόθεση ότι κάθε μέλος της οικογένειας χρησιμοποιεί μια κοινή αφηγηματική παράδοση, μοναδική για κάθε οικογένεια, η οποία περιλαμβάνει κώδικες έννοιες και πεποιθήσεις με τις οποίες περιγράφει τη δική της πραγματικότητα. Ο ρόλος του θεραπευτή επομένως χαρακτηρίζεται από μια στάση απεριόριστης περιέργειας και μια θέση μη γνώσης, προκειμένου να γνωρίσει και να κατανοήσει τα νοήματα που αποδίδει κάθε μέλος, ώστε να βοηθήσει την οικογένεια να αντιληφθεί με τη σειρά της τις κοινές παραδόσεις αφήγησης σχετικά με το «πρόβλημα». Στην αφηγηματική προσέγγιση ο μόνος «ειδικός» είναι ο κατεξοχήν γνώστης την ιστορίας του, δηλαδή η οικογένεια (Anderson & Goolishian, 1992).

Δύο ακόμη έννοιες που αφορούν το χαρακτήρα της θεραπευτικής σχέσης στη συστημική θεωρία είναι η «πολυμεροληψία» και η «ουδετερότητα». Αρχικά ως πολυμεροληψία ορίζεται η ικανότητα του θεραπευτή να παίρνει εξίσου το μέρος όλων των μελών της οικογένειας, να επαινεί τον καθένα ξεχωριστά για τα επιτεύγματά του και να λειτουργεί με διπλωματία απέναντι στις διαμάχες και την αμφιθυμικές σχέσεις του συστήματος (Schlippe & Schweitzer, 2008). Ο ουδέτερος θεραπευτής αντίστοιχα, διατηρεί την οπτική του ειδικού, επιδιώκει να γίνει κοινώς αποδεκτός από τα μέλη του συστήματος, και αποφεύγει την αφομοίωση κι την εμπλοκή στα τρίγωνα και τις συμμαχίες που αναδύονται. Βέβαια ο θεραπευτής, όσο ουδέτερος κι αν είναι διαμορφώνει την προσωπική του άποψη, αλλά δεν την επιβάλλει. Μπορεί ακόμα να πάρει τη θέση κάποιου μέλους αν αυτό χρειαστεί. Αυτή η ισορροπία είναι εφικτή εφόσον ο θεραπευτής διατηρεί μια στάση αμφιβολίας απέναντι στην οποιαδήποτε πρότασή του, τονίζοντας ότι μπορεί να μην ταιριάζει στο συγκεκριμένο σύστημα (Selvini et al., 1980). Επιπλέον, σε αντίθεση με τα πρώτα χρόνια λειτουργίας της σχολής του Μιλάνου, η ουδετερότητα δεν προϋποθέτει αυστηρή και απρόσωπη στάση, αλλά ενσυναίσθηση και ζεστασιά, καθώς όπως δείχνουν τα ερευνητικά δεδομένα η θεραπευτική σχέση αποτελεί

τη βάση για μια καλή συνεργασία στο πλαίσιο της συστημικής θεραπείας (Green & Hergert, 1991).

Όσον αφορά τις τεχνικές που προωθούν μια καλή θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή και οικογενειακού συστήματος γίνεται λόγος για την «ασέβεια» και την «θετική σημασιοδότηση». Η «ασέβεια» είναι μια τεχνική που προτάθηκε από τους Cecchin, Lane και Ray (1992). Με βάση την προτοποριακή αυτή ιδέα, οι θεραπευτές καλούνται να δείξουν ασέβεια απέναντι σε οποιαδήποτε βεβαιότητα, ακόμα και στην προσέγγιση που ακολουθούν προκειμένου να είναι ευέλικτοι και αποτελεσματικοί. Αυτή η ευελιξία φαίνεται να επηρεάζει θετικά τη θεραπευτική σχέση, όπως φαίνεται και στο ακόλουθο παράδειγμα. Ένας συστημικός θεραπευτής κρίνει απαραίτητο να δώσει οδηγίες διαπαιδαγώγησης σε μια μητέρα. Οι συνάδελφοί του διαφωνούν, καθώς θεωρούν αυτή την ιδέα παρεμβατική. Τελικά αποφασίζουν να αξιοποιήσουν αυτή τη διαφωνία. Έτσι ο θεραπευτής αφού λέει στη μητέρα ότι τη θεωρεί ανεπαρκή της εξηγεί ότι θα ήθελε να τη βοηθήσει δίνοντάς της κάποιες οδηγίες και ότι αυτό βρίσκει αντίθετους τους συναδέλφους του πίσω από το μονοδρομικό καθρέφτη γιατί δε συνάδει με τις αρχές της συστημικής θεωρίας. Ορίζουν λοιπόν ένα χρονικό όριο τήρησης των οδηγιών και όταν αυτό παρέρχεται, ο θεραπευτής με έκπληξη ρωτάει τη γυναίκα: *«Οι συνάδελφοί μου θα ήθελαν να μάθουν γιατί ακολουθήσατε τις οδηγίες μου. Στη συστημική θεωρία οι άνθρωποι δεν υπακούν. Γιατί υπακούσατε;»* και εκείνη απάντησε: *Ακολουθήσα τις οδηγίες σας, γιατί σας συμπαθώ περισσότερο από τους ανθρώπους πίσω από τον καθρέφτη»*. Αντίστοιχα παραδείγματα ασέβειας στη θεραπευτική σχέση ακολούθησαν συστημικοί θεραπευτές όπως ο Milton Erickson και ο Eckard Spurling, οι οποίοι περνούσαν προσωπικό χρόνο με τους πελάτες σε αντίθεση με τα καθιερωμένα θεραπευτικά όρια. Σχετικά με τη θετική σημασιοδότηση είναι η προσπάθεια του θεραπευτή να αξιολογεί θετικά τις συμπεριφορές όλων των μελών της οικογένειας, προκειμένου να αποφύγει διακρίσεις του τύπου «καλός» «κακός», «προβληματικός» «λειτουργικός» κλπ. Προκειμένου να μην χαρακτηριστεί η θετική σημασιοδότηση ως υπερβολική ή ειρωνική, θα πρέπει να έχει εξασφαλίσει ο θεραπευτής την εμπιστοσύνη του συστήματος και να απευθύνεται σε αυτό με ειλικρινή εκτίμηση (Schlippe & Schweitzer, 2008).

### 3.12.4 Συνεργατική θεραπεία...μια σχέση ισότητας

*«Η ευχή μου είναι αυτήν τη στιγμή να πάψουμε να μιλάμε για θεραπεία και αντ' αυτού να μιλάμε μάλλον για ανθρώπινη τέχνη, την τέχνη του να συμμετέχουμε σε δεσμούς με τους άλλους»*

*Τομ Άντερσεν*

Οι αλλαγές της σύγχρονης κοινωνική πραγματικότητας δεν αφήνουν ανεπηρέαστη την εξέλιξη της ψυχοθεραπείας. Σε μια εποχή που οι φωνές για συλλογική δράση έναντι του επικρατούντος ατομικισμού όλο και πυκνώνουν, που η υπεράσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων γίνεται απαραίτητη και που η πολυπολιτισμικότητα αποτελεί πλέον πραγματικότητα για τη Δύση, αναδύονται θεραπευτικές προσεγγίσεις που αποκτούν συγκεκριμένο ιδεολογικό πρόταγμα. Μια τέτοια προσέγγιση είναι η συνεργατική θεραπεία, η οποία θεωρεί τη ψυχοθεραπευτική διαδικασία ως μια σχεσιακή και διαλογική δραστηριότητα. Οι θεραπευτές αυτής της προσέγγισης είναι επηρεασμένοι από θεωρητικούς στοχαστές όπως οι Bateson, Derrida, Lyotard, Vygotsky και Wittgenstein, οι οποίοι αναφέρθηκαν σε έννοιες όπως συνεργατική, διαλογική, ανοιχτός διάλογος, συζήτηση, κονστρουξιονισμός και μετμοντέρνισμός. Η συγκεκριμένη προσέγγιση δομείται πάνω σε ένα διαφορετικό τύπο θεραπευτικής σχέσης, όπως γίνεται κατανοητό από τις μεθόδους της. Ακόμη, η γλώσσα κατέχει ξεχωριστή θέση καθώς είναι αυτή που παράγει νόημα και διαμορφώνει την πραγματικότητα, ή μάλλον «τις πραγματικότητες» (Anderson & Gehart, 2014). Αρχικά η σχεσιακή ερμηνευτική μέθοδος καταδεικνύει ότι ένα άτομο δεν μπορεί να κατανοήσει πλήρως ένα άλλο άτομο και να γνωρίζει ακριβώς τις προθέσεις του ή τον τρόπο που σκέφτεται. Έτσι, ο μόνος τρόπος για να κατανοήσουμε τον άλλο, είναι ο ανοιχτός διάλογος, ο οποίος συνίσταται σε μια σχεσιακή και αμφίδρομη διαδικασία. Μια διαδικασία «καταβύθισης του εαυτού μας στον ορίζοντα του άλλου», όπως υποστηρίζει ο Anderson (1997). Ακόμη, η συνεργατική θεραπεία δεν βλέπει το άτομο ως μια μεμονομένη οντότητα, αλλά ως πρόσωπο σε σχέση. Αυτό συνεπάγεται τη μετατόπιση του ατόμου από το πεδίο της ατομικής σε αυτό της σχεσιακής δράσης. Πλέον οι σαφώς οριοθετημένες και σχεσιακά διαχωρισμένες κατηγορίες όπως «άτομο», «οικογένεια», «θεραπευτή», καταργούνται και αντικαθίστανται από ένα κοινό πεδίο σχέσεων αλληλεπίδρασης. Ο ρόλος του θεραπευτή

δεν είναι να ελέγξει και να καθοδηγήσει την αφήγηση του θεραπευόμενου, αλλά να συμβάλλει στη δημιουργία του κατάλληλου διαλογικού πεδίου, προκειμένου να αναδυθεί «το καινούργιο» (Anderson & Goolishian, 1988). Η διερεύνηση της αλήθειας είναι επομένως συνεργατική και όχι ιεραρχική. Ο θεραπευτής αποτάσσει την ταμπέλα του ειδικού και μιλάει στη γλώσσα του πελάτη. Μακριά από την επιστημονική ορολογία, διευκολύνεται κατανόηση της προσωπικής ιστορίας και η θεραπευτική σχέση χαρακτηρίζεται από ανθρωπιά και ζεστασιά. Η ενεργητική ακρόαση, σύμφωνα με τους συνεργατικούς θεραπευτές παίζει σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση μιας ειλικρινούς και αμοιβαίας θεραπευτικής σχέσης. Το ζήτημα είναι να κατορθώσουμε να ακούσουμε τον άλλο με αυθεντική περιέργεια και να επανεξετάσουμε το οικείο, αυτό που έχει δηλαδή ειπωθεί πολλές φορές αλλά δεν έχει ακουστεί πραγματικά. Σύμφωνα με τα λεγόμενα ενός άντρα που είχε διαγνωσθεί με παρανοική σχιζοφρένεια, έβρισκε οδυνηρό το γεγονός ότι όλοι κατέγραφαν στοιχεία για μια κατάσταση που ήδη γνώριζαν, αλλά κανείς δεν τον άκουσε και δεν τον γνώρισε πραγματικά. Τέλος στη συνεργατική θεραπεία διακρίνονται οι έννοιες «ενσυναίσθηση» και «συμπόνια». Η κριτική που ασκείται στην ενσυναίσθηση του θεραπευτή, έγγυται στο γεγονός ότι η αναγνώριση του πόνου του άλλου συνδυάζεται με την παραδοχή ότι εμείς οι ίδιοι δεν υποφέρουμε, δημιουργώντας έτσι μια αίσθηση ξεχωριστής ζωής. Αντίθετα με τη συμπόνια, ο θεραπευτής νιώθει τα δεινά του θεραπευόμενου, θεωρεί την ταλαιπωρία του σημαντική, δεν αποδίδει προσωπικές ευθύνες, και κατανοεί ότι θα μπορούσε να βρίσκεται στην ίδια θέση, δημιουργώντας έτσι μια προοπτική συνεργασίας ακόμα και στον πόνο (Anderson & Gehart, 2014).

### **3.13 Μια κοινοτική προσέγγιση για τη θεραπευτική σχέση**

Το μοντέλο μεταβατικής σχέσης αποτελεί μια κοινοτική προσέγγιση που επιδιώκει να βοηθήσει τους θεραπευόμενους ψυχιατρικών δομών, να μεταβούν από το νοσοκομείο στην κοινότητα. Αυτό προϋποθέτει τη δημιουργία ενός πλέγματος θεραπευτικών σχέσεων που περιλαμβάνει τα μέλη του νοσοκομειακού προσωπικού, τα πρόσωπα αναφοράς καθώς και μέλη της κοινότητας (Forchuk, et al., 2013). Το συγκεκριμένο μοντέλο στηρίζεται στην υπόθεση ότι η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει θετικά στην αντιμετώπιση ζητημάτων ψυχικής υγείας (Coatsworth-Puspoky, Forchuk, & Ward-

Griffin, 2006. Colson & Francis, 2009). Βασικός θεραπευτικός παράγοντας αποτελεί η αίσθηση του ατόμου ότι θα διαφυλαχθεί η ασφάλεια που ένιωθε μέχρι τώρα, μέσω της σχέσης που θα συνάψει με το πρόσωπο αναφοράς-φροντιστή. Οι αρχές από τις οποίες απαρτίζεται η παρούσα προσέγγιση προτείνουν ότι οι άνθρωποι θεραπεύονται εντός των κοινωνικών σχέσεων, οι μεταβατικές φάσεις φροντίδας είναι ιδιαίτερα κρίσιμες για άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας και τέλος, ότι ένα πλέγμα σχέσεων συμβάλλει στην ανάρρωση και επαναφορά των ατόμων (Forchuk et al., 2013). Τα αποτελέσματα της εφαρμογής αυτού του μοντέλου επανένταξης στην κοινότητα είναι ιδιαίτερα ελπιδιόφρα καθώς σημειώνει μείωση του ποσοστού επαναλαμβανόμενων εισαγωγών στο νοσοκομείο και αύξηση της παρακολούθησης των προγραμμάτων φροντίδας (Curran & Brooker, 2007). Επιπλέον, προγράμματα με παρόμοια κοινωνική απεύθυνση, τα οποία λειτουργούσαν σε μια πλουραλιστική και διεπιστημονική βάση, είχαν θετική επίδραση στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, σε ζητήματα λειτουργικότητας και εύρεσης εργασίας (Franx et al., 2008). Προκειμένου να εφαρμοστεί σωστά το μοντέλο αυτό, θα πρέπει να ξεπεραστούν αρχικά παραδοσιακοί τρόποι οργάνωσης των δομών και να διασφαλιστεί ότι ο πελάτης θα αναπτύξει μια καλή θεραπευτική σχέση με ένα μέλος του προσωπικού, με το οποίο θα επικοινωνεί τακτικά και θα κατανοούν τους ρόλους που επιτελεί ο καθένας σε αυτή τη διαδικασία. Φυσικά αυτό προϋποθέτει και τον επαναπροσδιορισμό της σχέσης μεταξύ νοσοκομείου και κοινότητας (Forchuk et al., 2013).

### ***3.14 Ομοιότητες-διαφορές των θεωριών σχετικά με το ρόλο της σχέσης στη θεραπεία***

Όπως έγινε αντιληπτό, η θεραπευτική σχέση αποτελεί εργαλείο σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, ωστόσο ο ρόλος που διαδραματίζει σε κάθε μια από αυτές υφίσταται διακυμάνσεις. Έτσι οι περισσότερο «σχεσιακές θεωρίες» δουλεύουν τα ζητήματα του ατόμου βασιζόμενες στη θεραπευτική σχέση, ενώ οι συμπεριφοριστικές αντιλαμβάνονται τη σχέση ως κάτι που συμβάλλει συμπληρωματικά στη θεραπεία. Επιπλέον η στάση του θεραπευτή διαφέρει σε κάθε προσέγγιση. Είδαμε για παράδειγμα τον ουδέτερο ψυχαναλυτή που επεξεργάζεται τη μεταβίβαση του πελάτη. Στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική οι θεραπευτές είναι πιο παρεμβατικοί και παροτρύνουν τον πελάτη να

εκφράσει τις γνώσεις σχετικά με κάποιο ζήτημα. Στις θεωρίες των αντικειμενότροπων σχέσεων, οι θεραπευτές είναι επίσης ενεργητικοί και αντιδρούν στις συμπεριφορές των πελατών τους, ενώ παράλληλα διατηρούν μια ατομοκεντρική στάση. Αντίθετα, η διαπροσωπική, η σχεσιακή και η ανθρωπιστική θεωρία προτείνουν μια σχέση όπου θεραπευτής και θεραπευόμενος λειτουργούν συνεργατικά (Hill&Knox, 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΚΟΙΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

#### *2.4.1 Πραγματική σχέση*

Όπως είδαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο η πραγματική σχέση αποτελεί μέρος της εν γένει θεραπευτικής σχέσης και διακρίνεται στη γνησιότητα και τον ρεαλισμό. Πώς συνδέεται ωστόσο η πραγματική σχέση με το θεραπευτικό αποτέλεσμα και γενικότερα με την εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης; Νωρίτερα διαπιστώσαμε ότι οι τύποι δεσμού σχετίζονται με τη θεραπευτική σχέση. Το ίδιο ισχύει και για την πραγματική σχέση καθώς φαίνεται ότι άτομα με ασφαλή προσκόλληση προβαίνουν σε λιγότερο αρνητική μεταβίβαση και έχουν πιο έγκυρη αντίληψη σχετικά με την σχέση. Αντίθετα, θεραπευόμενοι που έχουν εσωτερικεύσει ένα αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης όσον αφορά τις προσωπικές τους σχέσεις, αξιολόγησαν αρνητικά την πραγματική σχέση με τον θεραπευτή τους (Marmarosh et al., 2009). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα των Fuertes et al (2007). Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα είναι ότι, η μεταβίβαση που χαρακτηρίζεται ως αρνητική από τους θεραπευτές, συνδέεται με χαμηλή αξιολόγηση της πραγματικής σχέσης. Συνεπώς η αρνητική μεταβίβαση, αποτελεί δείκτη πρόβλεψης για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, σε αντίθεση με τη θετική που δεν εγγυάται σαφή πρόβλεψη. Ένα ακόμα συμπέρασμα είναι ότι η αξιολόγηση των θεραπευόμενων για την πραγματική σχέση, σχετίζεται με την αξιολόγηση θεραπευτή και θεραπευόμενου για το συμβόλαιο (Marmarosh et al, 2009). Γενικότερα φαίνεται ότι η αξιολόγηση του

θεραπευτή σχετικά με το συμβόλαιο είναι πιο ισχυρός δείκτης πρόβλεψης για την εξέλιξη της θεραπείας, από αυτή του θεραπευόμενου (Kramer, Roten, Beretta, Michel & Despland, 2008). Τέλος, μια ισχυρή πραγματική σχέση προβλέπεται ότι θα συμβάλει στη θετική θεραπευτική έκβαση (Fuertes et al, 2007). Πιο συγκεκριμένα η υψηλή αξιολόγηση της πραγματικής σχέσης από το θεραπευτή, αλλά όχι και από το θεραπευόμενο, προβλέπει ένα καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Μάλιστα ο βαθμός ρεαλισμού της σχέσης είναι περισσότερο προβλεπτικός από το βαθμό της γνησιότητάς της (Marmarosh et al, 2009).

#### **4.2 Αυτό-αποκάλυψη**

Στο προηγούμενο κεφάλαιο έγινε λόγος για την τεχνική της «αυτό-αποκάλυψης» στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης. Πράγματι, σύμφωνα με την ανασκόπηση των Henretty & Levitt (2010), η οποία εμπεριέχει ποσοτικές έρευνες σχετικά με την επίδραση της συγκεκριμένης τεχνικής στη θεραπεία, η χρήση της αυτό-αποκάλυψης σε αντίθεση με τη μη χρήση της, επηρεάζει θετικά τους πελάτες. Επιπρόσθετα, οι πελάτες ελκύονται περισσότερο και δείχνουν μεγαλύτερη συμπάθεια σε θεραπεύτριες και θεραπευτές που προβαίνουν σε αυτό-αποκάλυψη, και τους θεωρούν πιο «ζεστούς» σε σχέση με άλλους. Παράλληλα εντοπίστηκε μια αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στην αποκάλυψη του θεραπευτή και σε αυτή του θεραπευόμενου, καθώς η πρώτη φαίνεται να ενθαρρύνει τη δεύτερη. Επιπλέον, ανάμεσα στην αυτό αποκάλυψη εμπλοκής (self-involving therapist disclosure), με την οποία ο θεραπευτής εκφράζει σκέψεις και συναισθήματα που αφορούν τον θεραπευόμενο, και στην απλή αυτό-αποκάλυψη (self-disclosure), όπου γίνεται αναφορά σε προσωπικά βιώματα του θεραπευτή, οι πελάτες ανταποκρίνονται πιο θετικά στον πρώτο τύπο αποκάλυψης. Τέλος, τα ευρήματα πολλών ερευνών έδειξαν ότι οι θεραπευτές και οι θεραπεύτριες είναι λιγότερο αυτό-αποκαλυπτικοί σε άτομα που έχουν διαγνωσθεί με διαταραχή προσωπικότητας.

Παρόλα αυτά, η αυτοαποκάλυψη αποτελεί μια αμφιλεγόμενη τεχνική. Έτσι, ενώ σε γενικές γραμμές φαίνεται να διευκολύνει τη θεραπευτική διαδικασία, ορισμένοι πελάτες εκφράζουν το φόβο της παραβίασης των ορίων της θεραπευτικής σχέσης και την μετατόπιση της εστίασης από τον θεραπευόμενο στο θεραπευτή (Knox, Hess, Petersen & Hill, 1997). Από την άλλη η αποφυγή οποιασδήποτε αποκάλυψης δεν είναι εφικτή,

καθώς ο κώδικας δεοντολογίας υποχρεώνει τους θεραπευτές στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, να δίνουν πληροφορίες σχετικά με τη φύση της θεραπείας και να προσφέρουν την ευκαιρία στο θεραπευόμενο να διατυπώνει τυχόν ερωτήσεις και να λαμβάνει τις ανάλογες απαντήσεις (American Psychological Association, 2002). Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνα της Hanson (2005) η μη αποκάλυψη επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο θεραπευτικό συμβόλαιο, που όπως έχει τονιστεί είναι εξέχουσας σημασίας για τη θεραπευτική έκβαση. Σύμφωνα μάλιστα με τις αφηγήσεις ορισμένων θεραπευόμενων, η απουσία αυτό-αποκάλυψης του θεραπευτή δυσκόλεψε τους ίδιους στο να αποκαλύψουν προσωπικές πληροφορίες, αίσθάνθηκαν πληγωμένοι και διατηρούσαν επιφυλακτική στάση απέναντι στο θεραπευτή, με αποτέλεσμα να επέλθει ρήξη στη θεραπευτική σχέση. Συνεπώς, η χρήση της αποκάλυψης ανδείκνυται υπο συγκεκριμένες όμως προϋποθέσεις. Για παράδειγμα θα ήταν καλό το «άνοιγμα» του θεραπευτή να γίνεται σε μια ήδη γερά θεμελιωμένη θεραπευτική σχέση (Myers & Hayes, 2006). Ωστόσο άλλες έρευνες αναδεικνύουν την ανάγκη για αυτό-αποκάλυψη κατά το ξεκίνημα της θεραπείας, καθώς αποτελεί προϋπόθεση για τη δημιουργία του θεραπευτικού συμβολαίου (Henretty & Levitt, 2010).

Επιπλέον έχει μεγάλη σημασία το περιεχόμενο της αυτό-αποκάλυψης και συγκεκριμένα ενδείκνυται η θεραπεύτρια να δώσει δημογραφικές πληροφορίες όπως η εκπαίδευση, η θεωρητική κατεύθυνση, η επαγγελματική εμπειρία ή η οικογενειακή κατάσταση, να αποκαλύψει σκέψεις και συναισθήματα αναφορικά με την θεραπευόμενη και τη μεταξύ τους σχέση, να αναφέρει θεραπευτικά λάθη, καταστάσεις που η ίδια ξεπέρασε στο παρελθόν επιτυχώς και τυχόν ομοιότητες της με τη θεραπευόμενη (Henretty & Levitt, 2010).

Τέλος, προκειμένου η αυτό αποκάλυψη να αποδειχθεί ωφέλιμη είναι καλό ο θεραπευτής να αναστοχάζεται σχετικά με το κινητρό του. Έτσι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι κύριοι λόγοι για να μοιραστεί ο θεραπευτής ένα προσωπικό βίωμα εντός της συνεδρίας, είναι οι ακόλουθοι: να ενισχύσει την αποκάλυψη του θεραπευόμενου και τη διερεύνηση του εαυτού, να ενδυναμώσει τη θεραπευτική σχέση, να λειτουργήσει ως πρότυπο για τον πελάτη, να τον βοηθήσει να δρα αυτόνομα, να επιβεβαιώσει την πραγματικότητα και να τον βοηθήσει να αντιληφθεί ότι δεν είναι ο μόνος που βιώνει



τέτοια προβλήματα, να δημιουργήσει ένα αίσθημα ισότητας εντός της θεραπευτικής σχέσης και να διορθωθούν οι μεταξύ τους ρωγμές, όταν προκύπτουν (Henretty & Levitt, 2010).

#### **4.3 Αμεσότητα**

Η αμεσότητα ως τεχνική είναι αποτελεσματική τόσο για την εδραίωση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, όσο και για το θεραπευτικό αποτέλεσμα γενικότερα. Σε δύο μελέτες περίπτωσης όπου ο θεραπευτής εκφραζόταν με αμεσότητα, η θεραπευόμενη αισθάνθηκε ότι λαμβάνει πραγματικό ενδιαφέρον και φροντίδα. Ακόμη, η αμεσότητα συμβάλει στη διαπραγμάτευση του θεραπευτικού συμβολαίου, λειτουργεί ως διορθωτική εμπειρία, προτείνει ένα νέο τρόπο συσχέτισης και μειώνει τις άμυνες της θεραπευόμενης. Ωστόσο προέκυψαν και κάποια ζητήματα, καθώς η αμεσότητα του θεραπευτή δημιούργησε αμηχανία ή πίεσε σε ορισμένες περιπτώσεις τη θεραπευόμενη ενώ ακόμη παρερμηνεύθηκε ως μη επαγγελματική ενώ δεν ήταν αυτή η πρόθεσή του (Kasper, Hill & Kivlighan, 2008). Στην πραγματικότητα ο θεραπευτής μέσω της αμεσότητας επιδίωκε να διαπραγματευτεί τα καθήκοντα και τους θεραπευτικούς στόχους, να συμβάλει στην έκφραση των συναισθημάτων προκειμένου η μεταξύ τους επικοινωνία να καταστεί περισσότερο ειλικρινής και να επανορθώσει προβλήματα που προέκυψαν στη θεραπευτική σχέση (Hill et al., 2008).

#### **4.4 Διορθώνοντας «ρωγμές» στη θεραπευτική σχέση**

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, σε μια θεραπευτική σχέση παρουσιάζονται συχνά «ρωγμές» οι οποίες όταν αντιμετωπιστούν, βελτιώνουν σημαντικά τη θεραπευτική διαδικασία. Ποιοι είναι όμως οι προτεινόμενοι τρόποι αντιμετώπισης αυτών των «ρωγμών»; Όπως διατυπώνεται στα ερευνητικά αποτελέσματα των Bennett, Parry και Ryle (2006), υπάρχουν επτά στάδια αντιμετώπισης: η αναγνώριση, η αναζήτηση αιτιών, η εύρεση απαντήσεων, η διαπραγμάτευση, η κοινή παραδοχή, η επαφή μέσω συγκεκριμένων ρόλων και η διέξοδος από το πρόβλημα. Ακόμη, μια έρευνα γνωσιακής κατεύθυνσης δίνει την ακόλουθη στρατηγική επίλυσης της ρήξης στη θεραπευτική σχέση. Συγκεκριμένα είναι απαραίτητος ο εντοπισμός του προβληματικού μοτίβου συμπεριφοράς που παρεμποδίζει τη θεραπευτική εξέλιξη, η παραδοχή της ελλιπούς

ενσυναίσθησης και η επαναδόμηση της συνεργατικής σχέσης, μέσω της ενεργοποίησης του θεραπευόμενου, της αναζήτησης ανατροφοδότησης από εκείνον για τις δραστηριότητες που του ανατίθενται και εύρεση καινούργιων, περισσότερο βοηθητικών δραστηριοτήτων (Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2008).

Ένα ακόμη ενδιαφέρον ερώτημα είναι, τι κάνουμε με το θυμό που προκύπτει εντός της θεραπευτικής σχέσης; Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα τα επεισόδια θυμού μπορούν να εξελιχθούν με θετικό τρόπο για τη θεραπευτική πορεία, εφόσον ο θεραπευτής τα διαχειριστεί κατάλληλα. Έτσι, πιο αποτελεσματική προσέγγιση του θυμού ήταν αυτή όπου ο θεραπευτής δεν προκαλούσε το θεραπευόμενο για μια προβληματική συμπεριφορά, εξέφραζε ανοιχτά την ενόχλησή του και δεν αισθανόταν άγχος στο να αντιμετωπίσει το θεραπευόμενο, μιλούσαν για το θυμό και έβρισκαν εξηγήσεις για την αιτία όσων αισθάνονταν και απέδιδαν την αιτία του θυμού σε προβλήματα της θεραπευτικής σχέσης και όχι σε ζητήματα της προσωπικότητας του πελάτη. Τέλος, σε περιπτώσεις που ο θυμός υπέβασκε, συνέβαλε στην αντιμετώπισή του αφενός η καλή θεραπευτική σχέση και αφετέρου να θίξει ο θεραπευτής το ζήτημα, να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να εκφράσει το θυμό και να εντοπίσει τις καταστάσεις που τον προκάλεσαν (Hill & Knox, 2009).

Σύμφωνα με μια έρευνα γνωσιακής –αναλυτικής προσέγγισης η αναγνώριση των προβλημάτων της θεραπευτικής σχέσης από τον θεραπευτή, οδηγεί σε ένα καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επιπλέον, προκαλεί εντύπωση το εύρημα ότι σε ορισμένες περιπτώσεις οι θεραπευτές αφήνουν ανέπαφη μια προβληματική συμπεριφορά, για κάποιο διάστημα, προκειμένου να μην χαλάσει η συνεργασία τους με το άτομο, καθώς θεωρούν τη διατήρηση της καλής θεραπευτικής σχέσης περισσότερο σημαντική από μια άμεση αλλαγή. Φαίνεται επομένως ότι είναι τόσο μεγάλη η σημασία της δέσμευσης στο θεραπευτικό συμβόλαιο, ώστε να αποτελεί προτεραιότητα (Bennett, Parry & Ryle, 2006).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΚΡΙΤΙΚΗ

Φτάνοντας στο τέλος της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, καταλήγουμε σε ορισμένα συμπεράσματα, λαμβάνοντας υπόψιν τα ερευνητικά δεδομένα στο σύνολό τους. Τα συμπεράσματα αυτά απαντούν στα αρχικά ερωτήματα για το πώς ορίζεται η έννοια της «θεραπευτικής σχέσης» και για το εάν συμβάλει στη θεραπευτική διαδικασία και με ποιον τρόπο.

Ξεκινώντας με την διαδικασία ορισμού της σχέσης, οδηγούμαστε στα ακόλουθα συμπεράσματα. Αρχικά, η θεραπευτική σχέση αποτελεί μια ρευστή και όχι σαφώς καθορισμένη έννοια. Αυτό σχετίζεται αφενός με τον πανθεωρητικό της χαρακτήρα. Έτσι παρόλο που θεωρητικοί όπως ο Bordin έχουν επιχειρήσει να την ορίσουν με έναν ξεκάθαρο τρόπο, η κάθε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση της αποδίδει δικά της στοιχεία και την ερμηνεύει με διαφορετικούς τρόπους. Αφετέρου δε η θεραπευτική σχέση ως έννοια δεν είναι ενιαία και σταθερή, αλλά μια δυναμική και πολύπλοκη διαδικασία. Έτσι, η σχέση φαίνεται να διακρίνεται σε πραγματική, που περιλαμβάνει τα συναισθήματα που προκύπτουν εντός της θεραπευτικής δυάδας και έχουν ρεαλιστική χροιά, και φαντασιακή, που αφορά διαδικασίες μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης. Ωστόσο δεν μπορεί να γίνει πλήρης διαχωρισμός του διττού χαρακτήρα της σχέσης, καθώς κατά την κλινική πράξη οι δύο αυτές διαστάσεις μπλέκονται μεταξύ τους, με αποτέλεσμα να μην είναι εύκολη η διαφοροποίηση και η σαφής οριοθέτησή τους.

Ο κυρίαρχος εννοιολογικός προβληματισμός αφορά τις έννοιες θεραπευτική σχέση και θεραπευτικό συμβόλαιο. Σε αυτό το σημείο τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για κάποιους ερευνητές η σχέση παίρνει τη μορφή ενός συμβολαίου μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, το οποίο αποτελεί μια συμφωνία μεταξύ των δύο για την εφαρμογή των κατάλληλων θεραπευτικών τεχνικών. Η εργαλειακή αυτή προσέγγιση έρχεται σε αντίθεση με την προσπάθεια ορισμού άλλων ερευνητών, οι οποίοι αντιλαμβάνονται τη σχέση με μια δόση «ρομαντισμού». Για αυτούς η σχέση αφορά τη συναισθηματική εμπλοκή και την ανάπτυξη ενός ιδιαίτερου δεσμού, ο οποίος υπερβαίνει τα όρια της θεραπευτικής πραγματικότητας με τη στενή έννοια, μεταβαίνοντας σε ένα συνειρμικό-φαντασιακό επίπεδο. Θα πρέπει να επισημάνουμε σε αυτό το σημείο, ότι όπως αναδεικνύει η ανασκόπηση υπάρχει άλλοτε ταύτιση των εννοιών σχέσης και συμβολαίου και άλλοτε διαχωρισμός, με την θεραπευτική σχέση να λειτουργεί ως ομπρέλα που περιλαμβάνει το θεραπευτικό συμβόλαιο. Τέλος, ένα ακόμα συμπέρασμα που αφορά την πολυπλοκότητα της θεραπευτικής σχέσης, είναι η σημασιολογική σύνδεσή της με άλλες κοντινές έννοιες οι οποίες στη βιβλιογραφία περιγράφονται είτε ανεξάρτητα από αυτήν είτε ως τμήμα της. Τέτοιες έννοιες είναι η αυτό αποκάλυψη, η ενσυναίσθηση και η γνησιότητα, κάθε μια από τις οποίες διαδραματίζει ξεχωριστό ρόλο, αλλά όλες μαζί στο σύνολό τους συνθέτουν αυτό που αποκαλούμε ως «θεραπευτική σχέση». Με αυτά τα ευρήματα συμφωνούν οι αναφορές άλλων ερευνητών που κάνουν λόγο για έλλειψη σαφούς ορισμού και πολυπλοκότητας του φαινομένου (Hatcher & Barends, 2006).

Το δεύτερο ερώτημα, αφορά το κατά πόσο η σχέση μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή επηρεάζει το ψυχοθεραπευτικό αποτέλεσμα και με ποιο τρόπο. Αρχικά, μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, προέκυψε ότι η θεραπευτική σχέση ή θεραπευτικό συμβόλαιο, έχει σημαντικές επιπτώσεις στη θεραπευτική πορεία. Αυτό αποδεικνύει ένας μεγάλος αριθμός ερευνών, οι οποίες αφορούν είτε τη λειτουργία της σχέσης αυτής καθεαυτής, είτε την επίδρασή της στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης προσέγγισης. Συνοψίζοντας, η δόμηση ενός καλού θεραπευτικού συμβολαίου, συνδέεται με αυξημένη συμμετοχικότητα και μικρότερο ποσοστό εγκατάλειψης της θεραπείας και λειτουργεί ως πεδίο διαπραγμάτευσης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Ακόμη παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τη διαμόρφωσή της είναι κυρίως ο ρόλος του θεραπευτή, οι προσδοκίες που δημιουργεί στο θεραπευόμενο καθώς και κάποια προυπάρχοντα

χαρακτηριστικά του δεύτερου, όπως για παράδειγμα ο τύπος δεσμού με τους σημαντικούς άλλους.

Το σημαντικό εύρημα που προκύπτει στην παρούσα εργασία, είναι ότι η θεραπευτική σχέση έχει πράγματι πανθεωρητικό χαρακτήρα, καθώς γίνεται αναφορά για τη σημασία της σε μια πληθώρα θεραπευτικών προσεγγίσεων που εξετάστηκαν. Επομένως είναι σαφές ότι η σχέση είναι σημαντική για τις πιο θετικιστικές θεωρίες, όπως το συμπεριφορισμό, μέχρι τις πλέον μεταμοντέρνες. Η διαφορά έγκυται στο γεγονός ότι ανάλογα με τον θεωρητικό- ιδεολογικό προσανατολισμό κάθε κατεύθυνσης η σχέση λαμβάνει διαφορετική μορφή και οι θεραπευτικοί στόχοι εντός του πλαισίου της διαμορφώνονται με διαφορετικό τρόπο. Έτσι έχουμε τις ψυχοδυναμικά προσανατολισμένες προσεγγίσεις που ταυτίζουν τη θεραπευτική σχέση με την διαδικασία μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης, και τη θεωρούν ως μια αντανάκλαση του τρόπου που ο θεραπευόμενος σχετίζεται με σημαντικούς άλλους. Συνεπώς διευκολύνει τη διερεύνηση του ασυνείδητου και την επξεργασία παρελθοντικών τραυματικών εμπειριών. Ο ψυχαναλυτής στις πιο παραδοσιακές ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις αποτελεί μια αυθεντία που διέπεται από ουδετερότητα και δεν επιτρέπει την εκδήλωση αντιμεταβίβασης. Ενώ οι πιο σύγχρονες όψεις της ψυχανάλυσης κάνουν λόγο για μια γόνιμη επξεργασία του αντιμεταβιβαστικού υλικού. Τα θεραπευτικά ρεύματα που βασίζονται στη θεωρία δεσμού, αντιλαμβάνονται τη θεραπευτική σχέση ως μια διορθωτική σχεσιακή εμπειρία, μέσω της οποίας ο θεραπευόμενος αναπτύσσει ασφαλή δεσμό με τον θεραπευτή και κατά συνέπεια με τις εν γένει διαπροσωπικές του σχέσεις. Στις ανθρωπιστικές- υπαξιακές θεωρίες, η θεραπευτική σχέση αποτελεί την κορωνίδα της θεραπευτικής διαδικασίας, καθώς η ζεστασιά και η άνευ όρων αποδοχή για τον πελάτη, συμβάλλουν στην ψυχική ενδυνάμωση του πελάτη και στην επίτευξη της αυτοπραγμάτωσης. Η αυτό-αποκάλυψη και η γνησιότητα του θεραπευτή καθιστά τη σχέση ως μια ισότιμη και ειλικρινή συναναστροφή που βασίζεται περισσότερο στα πραγματικά συναισθήματα που βιώνουν ο ένας για τον άλλο και όχι στη διαδικασία μεταβίβασης. Όσον αφορά τις γνωσιακές- συμπεριφοριστικές θεραπείες, η σχέση αποκτά περισσότερο την έννοια του θεραπευτικού συμβολαίου, καθώς αποτελεί ένα πεδίο ανοιχτής επικοινωνίας, στοχοθεσίας και αναζήτησης των κατάλληλων τεχνικών. Ακόμη θεραπευτής και πελάτης έχουν το ρόλο εκπαιδευτή και εκπαιδευόμενου, λόγω του ότι οι

συγκεκριμένες προσεγγίσεις βασίζονται σε διαδικασίες μάθησης. Η θεραπευτική σχέση στην οικογενειακή θεραπεία, αποκτά έναν διαφορετικό χαρακτήρα καθώς δεν αφορά πλέον δύο αλλά περισσότερα άτομα. Έτσι ο θεραπευτής αποκτά ρόλο συντονιστή και προσπαθεί να διατηρεί μια στάση αμεροληψίας απέναντι στα μέλη της οικογένειας. Ωστόσο, ο όρος οικογενειακή θεραπεία, περιλαμβάνει έν φάσμα προσεγγίσεων όπως η γνωσιακή- συμπεριφοριστική, η ψυχοδυναμική και η συστημική. Οι δύο πρώτες βασίζονται στις αρχές που αναφέρθηκαν προηγουμένως, δηλαδή η CBT εστιάζει στην καλή συνεργασία και ενσυναίσθηση για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων, ενώ η ψυχοδυναμική ταυτίζει τη θεραπευτική σχέση με διαδικασίες μεταβίβασης-αντιμετεβίβασης. Στη συστημική θεραπεία, η καλή θεραπευτική σχέση χαρακτηρίζεται από πολυμεροληψία και ουδετερότητα, και συμβάλει στην καλλιέργεια αισθήματος ασφάλειας, προκειμένου το κάθε μέλος να αφηγείται με άνεση και χωρίς ενοχή τη δική του οπτική, να καταργούνται οι ταμπέλες του «προβλήματος» και να εφαρμόζονται «παράδοξες» τεχνικές. Η πιο μεταμοντέρνα οπτική της συστημικής προτάσσει ένα συνεργατικό και αντιεραρχικό χαρακτήρα θεραπευτικής σχέσης, η οποία χαρακτηρίζεται από ενεργητική ακρόαση και αίσθημα συμπόνοιας, όπου καταργούνται οι έννοιες θεραπευτή- θεραπευόμενου, και δίνεται έμφαση στην επικοινωνία και στην από κοινού δόμηση μιας διαφορετικής αφήγησης για την πραγματικότητα. Ακόμη, όπως υποδεικνύει το κοινοτικό μοντέλο παρέμβασης, η σημασία της σχέσης ξεπερνάει τα όρια της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας, αποκτώντας ένα κοινοτικό χαρακτήρα. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, οι ανθρώπινες σχέσεις είναι από μόνες τους θεραπευτικές καθώς ο άνθρωπος ως κοινωνικό ον αντλεί δύναμη μέσα από τη συναναστροφή με άλλους. Γι αυτό θα πρέπει να ενισχύονται οι ανθρώπινες σχέσεις εντός της κοινότητας. Τέλος, η θεραπευτική σχέση είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματική, σύμφωνα με έρευνες στο πεδίο των νευροεπιστημών, καθώς προκαλεί θετικές αλλαγές στο νευρωνικό υπόστρωμα του εγκεφάλου.

Καταλήγοντας, τα ερευνητικά αποτελέσματα κάνουν λόγο για την ευεργετική επίδραση που έχουν ορισμένα επί μέρους χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης για την κλινική πρακτική. Έτσι, η πραγματική σχέση, δηλαδή η εστίαση στα συναισθήματα που λαμβάνουν χώρα μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου στο εδώ και τώρα της θεραπευτικής διαδικασίας, συνδέεται με θετικά αποτελέσματα. Ακόμη η τεχνική της

αυτό-αποκάλυψης, αν και αμφιλεγόμενη , όταν αξιοποιείται σωστά και με βάση τον κώδικα δεοντολογίας, συμβάλει στη δόμηση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, που χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια και αυθεντικότητα. Αντίστοιχα λειτουργεί και η αμεσότητα του θεραπευτή. Οι τεχνικές αυτές εξετάστηκαν με μια πανθεωρητική οπτική και σχετίστηκαν θετικά με το προσδοκώμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η θεωρία για τη θεραπευτική σχέση και το πώς επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα, έχει ορισμένα τρωτά σημεία. Για το λόγο αυτό παραθέτουμε στη συνέχεια μια κριτική αντιπαράθεση που θα μπορούσε να αποβεί γόνιμη για τη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης ειδικότερα και της ψυχοθεραπείας γενικότερα. Αρχικά, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, η μετατόπιση της έννοιας του συμβολαίου από την αρχική ψυχοδυναμική του θέση προς ένα πανθεωρητικό μοντέλο, του στέρησε το θεωρητικό του πλαίσιο (Horvath, 2005). Πέρα από τη δυσκολία στην εύρεση ενός σαφούς ορισμού για τη θεραπευτική σχέση, προκύπτουν και ζητήματα μεθοδολογίας κατά τη μέτρησή της. Ακόμη τα διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί συχνά μετράνε διαφορετικές παραμέτρους του φαινομένου. Συγκεκριμένα, αν και οι μετρήσεις αναφέρονται σε βασικούς παράγοντες του συμβολαίου, υπάρχουν πολλά ακόμη διαφορετικά χαρακτηριστικά που δυσκολεύουν τη μέτρηση του ως ένα ενιαίο φαινόμενο. Έτσι έννοιες όπως η ενσυναίσθηση, η στοχοθεσία και η συνεργασία συνδέονται με το συμβόλαιο αλλά δεν συμπεριλαμβάνονται σε ένα συνεκτικό ορισμό (Horvath, 2005). Επίσης, οι περισσότερες έρευνες αφορούν τεχνικές πτυχές του συμβολαίου, δίνοντας μικρότερη έμφαση στη συναισθηματική και διαπροσωπική πλευρά της σχέσης. Επιπλέον, ο αριθμός των μετρήσεων που αφορούν την ποιότητα του συμβολαίου σε παιδιά και εφήβους είναι αισθητά μικρότερος από ότι των ενηλίκων, παρόλο που το συμβόλαιο για τις μικρότερες ηλικίες παίζει σημαντικό ρόλο για την εμπλοκή των παιδιών-εφήβων στη ψυχοθεραπευτική διαδικασία( Elvins & Green, 2008). Ένα άλλο ερευνητικό ζήτημα που προκύπτει είναι η ανάγκη διαχωρισμού της επίδρασης του θεραπευτικού συμβολαίου αφενός αφενός στις διαδικασίες και αφετέρου στο αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας (Spinhoven et al., 2007).

Η θεωρία της θεραπευτικής σχέσης φαίνεται να μη είναι ενήμερη για ζητήματα που σχετίζονται με την κοινωνιολογία της υγείας, όπως για παράδειγμα για την κοινωνική

δόμηση της ασθένειας και για τους ρόλους θεραπευτή- θεραπευόμενου (Kim, Boren & Solem, 2001). Επιπλέον μέσω της θεραπευτικής σχέσης, το άτομο μαθαίνει να τροποποιεί δομές του εαυτού του με βάση συγκεκριμένες τεχνικές και εκπαιδεύεται σε ένα συγκεκριμένο τρόπο ύπαρξης, ο οποίος είναι άμεσα συνυφασμένος με τις σύγχρονες διαδικασίες εξατομίκευσης. Αυτές οι διαδικασίες καθιστούν το άτομο υπεύθυνο για τη φροντίδα του εαυτού του, ο οποίος γίνεται σημείο αναφοράς. Όλο αυτό οδηγεί εν τέλει σε μια διαρκή «επιτήρηση» του εαυτού, η οποία πήρε τη θέση της επιτήρησης από τον ειδικό (Budd & Sharma, 1994. Savvakis & Tzanakis, 2006). Το ιατρικό βλέμμα, το οποίο περιγράφει ο Foucault στην Ιστορία της Τρέλας, στη μεταμοντέρνα εποχή εσωτερικεύεται από το υποκείμενο (Φουκό, 2004). Ακόμη, το άτομο παροτρύνεται για ενεργό συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία και για συνεχή αναστοχασμό προκειμένου να πετύχει την τροποποίηση του εαυτού (Savvakis & Tzanakis, 2006). Από την άλλη, στην εποχή μας συντηρείται η ιδέα ότι ο γιατρός ή ο θεραπευτής κατέχει τη γνώση με αποτέλεσμα η θεραπευτική σχέση να αποκτά ορισμένες φορές πατερναλιστικό χαρακτήρα κάτι που θα πρέπει να αναλογιστούμε καθώς όπως εύστοχα υποστηρίζει η ψυχολόγος Dorothy Rowe : *«Οι πιο επικίνδυνοι άνθρωποι στον κόσμο είναι αυτοί που πιστεύουν ότι γνωρίζουν το καλό των άλλων...»* (Tor, 2001). Εκπρόσωποι της κριτικής ψυχολογίας υποστηρίζουν ότι, η θεωρία της θεραπευτικής σχέσης έχει βασιστεί στην παραδοχή ότι διάφορα συναισθηματικά προβλήματα συνδέονται με δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας. Μάλιστα σύμφωνα με την υπόθεση της ψυχοθεραπείας, ή τουλάχιστον της κυρίαρχης ψυχοθεραπείας, τα προβλήματα αυτά δεν λύνονται στο πλαίσιο φιλικών ή άτυπων σχέσεων, αλλά χρειάζεται η διαμεσολάβηση ενός «ειδικού». Ακόμη έχει δημιουργηθεί μια ολόκληρη κουλτούρα γύρω από τους τύπους των σχέσεων, και έχουν ποινικοποιηθεί ορισμένες κατηγορίες όπως οι σχέσεις εξάρτησης, οι τοξικές και οι βλαβερές σχέσεις. Αυτό αποδεικνύεται από την έκδοση κειμένων με τίτλους όπως «Πώς να αποφύγετε αρρωστημένες σχέσεις» ή «Τοξικοί/ Πραγματικοί Φίλοι». Η ανάγκη για θωράκιση του ατόμου έναντι σχέσεων που το καθιστούν εξαρτημένο είναι άμεσα συνηφασμένη με το ατομικιστικό πνεύμα των σύγχρονων Δυτικών κοινωνιών όπως αναπτύχθηκε από τη δεκαετία του 60' μέχρι σήμερα. Έτσι οποιαδήποτε συμπεριφορά βάζει τον εαυτό σε δεύτερη μοίρα και δίνει προτεραιότητα στη φροντίδα του αγαπημένου



προσώπου χαρακτηρίζεται ως σχέση εξάρτησης. Όσο περισσότερο αποδυναμώνονται και αποθαρύνονται οι άτυπες σχέσεις ως δεισλειτουργικές και εξαρτησιογόνες, τόσο μεγαλώνει η ανάγκη να αντικατασταθούν από ένα εξίσου ισχυρό τύπο σχέσης, αυτόν μεταξύ του επαγγελματία και του πελάτη. Ωστόσο με αυτόν τον τρόπο οι άνθρωποι δεν αυτονομούνται αλλά εμπλεκονται σε ένα διαφορετικό είδος εξάρτησης, την εξάρτηση από τον «ειδικό» (Füredi, 2004). Ωστόσο σύμφωνα με μια πιο αισιόδοξη οπτική, η θεραπευτική σχέση και γενικότερα η ψυχοθεραπεία εάν αξιοποιηθεί σωστά μπορεί να οδηγήσει τους ανθρώπους στην καλλιέργεια της ανθεκτικότητας απέναντι στο δύσκολο και το άγνωστο. Παράλληλα μέσα από την καλλιέργεια πνεύματος συνεργασίας τα υποκείμενα μετακινούνται από μια παθητική θέση σε μια θέση συλλογικής διεκδίκησης (Carter, 2015). Έτσι αναφέρεται και ο Καστοριάδης στην ψυχαναλυτική διαδικασία, η οποία έχει ως στοχο την αυτονομία του ατόμου μέσα από την κοινή δράση των δυο συμμετεχόντων (Καστοριάδης, 1985).

Φτάνοντας πλέον στην ολοκλήρωση της εργασίας, παρατίθενται κάποιες ιδέες, βασισμένες είτε στα κενά που εντοπίστηκαν είτε σε ζητήματα που δεν έθιξε η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση. Αρχικά όσον αφορά το κομμάτι της μεθοδολογίας, θα ήταν ωφέλιμο να γίνονταν περισσότερες ποιοτικές έρευνες, προκειμένου να διερευνηθούν εις βάθος οι λεπτές αποχρώσεις της θεραπευτικής σχέσης. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε μεγάλο έλλειμμα σε έρευνες που αφορούσαν και άλλους πολιτισμούς πέρα από τον Δυτικό. Τι μορφή παίρνει άραγε η θεραπευτική σχέση σε κουλτούρες που χαρακτηρίζονται από πνεύμα κολλεκτιβισμού; Ακόμη, ένα ξεχωριστό κεφάλαιο, πολύ σημαντικό κατά τη γνώμη μου, είναι η ανάλυση ζητημάτων δεοντολογίας που προκύπτουν εντός της θεραπευτικής σχέσης και επιδρούν στη θεραπευτική εξέλιξη. Επιπλέον, ζώντας σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο κόσμο, η θεραπευτική σχέση εξελίσσεται συνεχώς. Για το λόγο αυτό η διερεύνηση θεμάτων που αφορούν τη διαπολιτισμική θεραπευτική σχέση καθώς επίσης και την επίδραση της τεχνολογίας στο θεραπευτικό δεσμό και στη ψυχοθεραπευτική διαδικασία, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Τέλος, το ζήτημα της εξουσίας του θεραπευτή που φαίνεται να απασχολεί τις διάφορες προσεγγίσεις, θα ήταν καλό να διευκρινιστεί περαιτέρω. Καθώς η θεραπευτική σχέση λαμβάνει χώρα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό-πολιτικό πλαίσιο, δεν αρκεί να

διερευνάται απομονωμένα ως ένα αμιγώς ψυχοθεραπευτικό ζήτημα, αλλά να μελετηθεί η σύνδεσή της με την κυρίαρχη βιοπολιτική και βιοεξουσία.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

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

American Psychological Association.(2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American psychologist*, 57(12), 1060-1073.

Anderson, R. P., & Anderson, G. V. (1962). Development of an instrument for measuring rapport. *The Personnel and Guidance Journal*, 41(1), 18-24.

Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family process*, 27(4), 371-393.

Anderson, S. C., & Mandell, D. L. (1989). The use of self-disclosure by professional social workers. *Social Casework*.

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

Anderson, D. A., & Worthen, D. (1997). Exploring a fourth dimension: Spirituality as a resource for the couple therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23(1), 3-12.

Anderson, H. Gehart, D. (2014). *Συνεργατική θεραπεία: Σχέσεις και συζητήσεις που κάνουν τη διαφορά*. University studio press: Θεσσαλονίκη

Armstrong, V. G. (2013). Modelling attuned relationships in art psychotherapy with children who have had poor early experiences. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 275-284.

Arnow, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N., & Rush, A. J. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of affective disorders*, 97(1), 197-202.

Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18(6), 699-710.

Baldini, L. L., Parker, S. C., Nelson, B. W., & Siegel, D. J. (2014). The clinician as neuroarchitect: The importance of mindfulness and presence in clinical practice. *Clinical Social Work Journal*, 42(3), 218-227.

Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 842.

Benjamin, L. S. (1987). Use of structural analysis of social behavior (SASB) to define and measure confrontation in psychotherapy. *Progress in psychotherapy research*, 469-495.

Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(3), 395-418.

Berry, K., Shah, R., Cook, A., Geater, E., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Staff attachment styles: a pilot study investigating the influence of adult attachment styles on staff psychological mindedness and therapeutic relationships. *Journal of clinical psychology, 64*(3), 355-363.

Birtchnell, J. (2002). Psychotherapy and the interpersonal octagon. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75*(3), 349-363.

Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice, 16*(3), 252.

Bowles, T. (2012). Developing adaptive change capabilities through client-centred therapy. *Behaviour Change, 29*(04), 258-271.

Budd, S., & Sharma, U. (1994). The healing bond. *The patient-practitioner relationship and therapeutic responsibility. London and New York: Routledge.*

Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 631.

Carter, P. D. (2015). Dwelling in Relationship: Nurturing the Needed Capabilities for Setting up Humane Governance. *Psychotherapy and Politics International, 13*(1), 43-54.

Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. A. (1992). *Irreverence: A strategy for therapists' survival.* Karnac Books.

Christopher, J. C., Chrisman, J. A., Trotter-Mathison, M. J., Schure, M. B., Dahlen, P., & Christopher, S. B. (2011). Perceptions of the long-term influence of mindfulness training on counselors and psychotherapists a qualitative inquiry. *Journal of Humanistic Psychology, 51*(3), 318-349.

- Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C., & Ward-Griffin, C. (2006). Peer support relationships: an unexplored interpersonal process in mental health. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(5), 490-497.
- Collingwood, T., Hefele, T., Muehlberg, N., & Drasgow, J. (1970). Toward identification of the therapeutically facilitative factor. *Journal of clinical psychology*.
- Colson, P. W., & Francis, L. E. (2009). Consumer staff and the role of personal experience in mental health services. *Social Work in Mental Health*, 7(4), 385-401.
- Curran, J., & Brooker, C. (2007). Systematic review of interventions delivered by UK mental health nurses. *International journal of nursing studies*, 44(3), 479-509.
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237.
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 277.
- Dundon, W. D., Pettinati, H. M., Lynch, K. G., Xie, H., Varillo, K. M., Makadon, C., & Oslin, D. W. (2008). The therapeutic alliance in medical-based interventions impacts outcome in treating alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence*, 95(3), 230-236.
- Dymond, R. F. (1950). Personality and empathy. *Journal of Consulting Psychology*, 14(5), 343.
- Ehmann, V. E. (1971). Empathy: Its origin, characteristics, and process. *Perspectives in psychiatric care*, 9(2), 72-80.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43.

- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical psychology review, 28*(7), 1167-1187.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of consulting psychology, 16*(5), 319.
- Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony biological foundations and developmental outcomes. *Current directions in psychological science, 16*(6), 340-345.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(3-4), 288-328.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372.
- Forchuk, C., Martin, M. L., Jensen, E., Ouseley, S., Sealy, P., Beal, G., & Sharkey, S. (2013). Integrating an evidence-based intervention into clinical practice: ‘transitional relationship model’. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 20*(7), 584-594.
- Φουκό Μ.(2004) *Η ιστορία της τρέλας* ( Φ. Αμπατζοπούλου, Μτφρ.). Αθήνα: Ηριδανός.
- Franx, G., Kroon, H., Grimshaw, J., Drake, R., Grol, R., & Wensing, M. (2008). Organizational change to transfer knowledge and improve quality and outcomes of care for patients with severe mental illness: a systematic overview of reviews. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(5), 294-305.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Classics in Psychoanalytic Techniques*.
- Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. *The International Journal of Psycho-Analysis, 18*, 373.
- Fuertes, J. N., Mislouack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S., & Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Research, 17*(4), 423-430.

- Füredi, F. (2004). *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. Psychology Press.
- Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2006). Patients' expectancies, the alliance in pharmacotherapy, and treatment outcomes in bipolar disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 671.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons Inc.
- Gelso, C. J. (2009). The time has come: The real relationship in psychotherapy research. *Psychotherapy Research, 19*(3), 278-282.
- Gelso, C. J., & Bhatia, A. (2012). Crossing theoretical lines: The role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy, 49*(3), 384.
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research, 24*(2), 117-131.
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (Eds.). (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Routledge.
- Goldfried, M. R., Burckell, L. A., & Eubanks-Carter, C. (2003). Therapist self-disclosure in cognitive-behavior therapy. *Journal of clinical psychology, 59*(5), 555-568.
- Goldman, G. A., & Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology, 54*(2), 111.
- Goodwin, I., Holmes, G., Cochrane, R., & Mason, O. (2003). The ability of adult mental health services to meet clients' attachment needs: The development and implementation of the Service Attachment Questionnaire. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice, 76*(2), 145-161.
- Goodwin, I. (2003). The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 35-56.

Green, R. J., & Herget, M. (1991). Outcomes of Systemic/Strategic Team Consultation. *Family Process, 30*(3), 321-336.

Green, J. (2009). The therapeutic alliance. *Child: Care, health and development, 35*(3), 298-301.

Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*.

Greenson, R. R., & Wexler, M. (1969). The non-transference relationship in the psychoanalytic situation. *The International journal of psycho-analysis, 50*, 27.

Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and psychosomatics, 76*(6), 332-338.

Gur, O. (2006). Changes in adjustment and attachment-related representations among high-risk adolescents during residential treatment: The transformational impact of the functioning of caregiving figures as a secure base. *Unpublished doctoral dissertation, Bar-Ilan University, Ramat Gan, Israel*.

Hanson, J. (2005). Should your lips be zipped? How therapist self-disclosure and non-disclosure affects clients. *Counselling and Psychotherapy Research, 5*(2), 96-104.

Hasson, U., Ghazanfar, A. A., Galantucci, B., Garrod, S., & Keysers, C. (2012). Brain-to-brain coupling: a mechanism for creating and sharing a social world. *Trends in cognitive sciences, 16*(2), 114-121.

Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 43*(3), 292.



Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 117-128.

Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88.

Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical psychology review*, 30(1), 63-77.

Hill, C. E., & Knox, S. (2001). Self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 413.

Hill, C. E., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C., & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 298.

Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29.

Hoffman, L. (1985). Beyond power and control: Toward a "second order" family systems therapy. *Family systems medicine*, 3(4), 381.

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 561-573.

Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: from transference to alliance. *Journal of clinical psychology*.

Horvath, A. O. (2001). The therapeutic alliance: Concepts, research and training. *Australian Psychologist*, 36(2), 170-176.

Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory: An introduction to the special issue. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 3-7.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.

Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance—A conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35(1), 67-85.

Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary therapies in clinical practice*, 15(2), 61-66.

Janzen, J., Fitzpatrick, M., & Drapeau, M. (2008). Processes involved in client-nominated relationship building incidents: Client attachment, attachment to therapist, and session impact. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 377.

Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., ... & Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: a randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1113-1126

Johansson, H., & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(2), 140-147.

Johansson, H., & Jansson, J. Å. (2010). Therapeutic alliance and outcome in routine psychiatric out-patient treatment: Patient factors and outcome. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 193-206.

Johansson, P., Høglend, P., & Hersoug, A. G. (2011). Therapeutic alliance mediates the effect of patient expectancy in dynamic psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology, 50*(3), 283-297.

Johnson, L. N., Ketring, S. A., Rohacs, J., & Brewer, A. L. (2006). Attachment and the therapeutic alliance in family therapy. *The American Journal of Family Therapy, 34*(3), 205-218.

Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical psychology review, 26*(1), 50-65.

Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders.*

Karver, M. S., & Caporino, N. (2010). The use of empirically supported strategies for building a therapeutic relationship with an adolescent with oppositional-defiant disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(2), 222-232.

Kasper, L. B., Hill, C. E., & Kivlighan Jr, D. M. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study I. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(3), 281.

Καστοριάδης, Κ. (1985). *Η φαντασική θέσμιση της κοινωνίας*. Αθήνα: Ράππα

Kazantzis, N., Cronin, T. J., Norton, P. J., Lai, J., & Hofmann, S. G. (2015). Reservations about the Conclusions of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29) Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships: What Do We Know, What Don't We Know?. *Journal of clinical psychology, 71*(5), 423-427.

Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child–therapist and parent–therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 436-445.

Kiesler, D. J. (1986). Interpersonal methods of diagnosis and treatment. *Psychiatry*, 1(4), 1-23.

Kim, S. C., Boren, D., & Solem, S. L. (2001). The Kim Alliance Scale: development and preliminary testing. *Clinical Nursing Research*, 10(3), 314-331.

Knox, S., Hess, S. A., Petersen, D. A., & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of counseling psychology*, 44(3), 274.

Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*.

Kraemer, S. (2008). Where did that come from? Countertransference and the Oedipal triangle in family therapy. *European Psychotherapy*, 8(1), 129-146.

Kramer, U., Roten, Y. D., Beretta, V., Michel, L., & Despland, J. N. (2008). Patient's and therapist's views of early alliance building in dynamic psychotherapy: Patterns and relation to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 89.

Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Jama*, *302*(12), 1284-1293.

Langhoff, C., Baer, T., Zubaegel, D., & Linden, M. (2008). Therapist–patient alliance, patient–therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist–patient concordance, and outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *22*(1), 68-79.

Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Levine, S., Gholkar, R., & Collins, L. M. (2005). The therapeutic alliance in behavior therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*(4), 456.

Lietaer, G. (2016). *Authenticity, Congruence and Transparency* (1st ed.).

Liotti, G. (2007). Internal working models of attachment in the therapeutic relationship. *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*, 143-161.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes?. *Archives of general psychiatry*, *32*(8), 995-1008.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. *Successful psychotherapy*, 92-116.

- Luborsky, L., Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-Based Research for Understanding the Process of Dynamic Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(3), 281-287.
- Ma, K. (2006). Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment, 12*(6), 440-449.
- Ma, K. (2007). Attachment theory in adult psychiatry. Part 2: Importance to the therapeutic relationship. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*(1), 10-16.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 545-552.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships, 27*(2), 262-270.
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology, 56*(3), 337.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical psychology review, 31*(4), 603-616.
- McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders.*
- Meyerowitz-katz, J. (2003). Art materials and processes—a place of meeting art psychotherapy with a four-year-old boy. *Inscape, 8*(2), 60-69.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Berant, E. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Journal of Personality, 81*(6), 606-616.
- Mohr, J. J., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2005). Client and Counselor Trainee Attachment as Predictors of Session Evaluation and Countertransference Behavior in First Counseling Sessions. *Journal of Counseling Psychology, 52*(3), 298.
- Moore, S. R., & Gelso, C. J. (2011). Recollections of a secure base in psychotherapy: Considerations of the real relationship. *Psychotherapy, 48*(4), 368.
- Myers, D., & Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(2), 173.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1975). *Varieties of Psychotherapeutic Experience: Multivariate Analysis of Patients' and Therapists Reports*. Teachers College Press.
- Petrowski, K., Nowacki, K., Pokorny, D., & Buchheim, A. (2011). Matching the patient to the therapist: The roles of the attachment status and the helping alliance. *The Journal of nervous and mental disease, 199*(11), 839-844.
- Pierce, R. M., & Schauble, P. G. (1970). A note on the role of facilitative responsibility in the therapeutic relationship. *Journal of clinical psychology, 26*(2), 250-252.
- Pinsof, W. M., Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. *The working alliance: Theory, research, and practice, 173-195*.
- Priebe, S., & McCabe, R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(s429), 69-72.

Puschner, B., Wolf, M., & Kraft, S. (2008). Helping alliance and outcome in psychotherapy: What predicts what in routine outpatient treatment?. *Psychotherapy Research, 18*(2), 167-178.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework.

Rogers, C. R. (1965). Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin.

Romano, V., Janzen, J. I., & Fitzpatrick, M. R. (2009). Volunteer client attachment moderates the relationship between trainee therapist attachment and therapist interventions. *Psychotherapy Research, 19*(6), 666-676.

Savvakis, M., Tzanakis, M.(2006). Community Mental Health and the Restructuring of the Welfare State.

Saypol, E., & Farber, B. A. (2010). Attachment style and patient disclosure in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 20*(4), 462-471.

Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., & Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 20*(2), 193-202.

Schlippe, A. Schweitzer, J. (2008) Εγχειρίδιο της Συστημικής Θεραπείας και συμβουλευτικής. Θεσσαλονίκη: University studio press.



- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 7-66.
- Schuengel, C., & van Ijzendoorn, M. H. (2001). Attachment in mental health institutions: A critical review of assumptions, clinical implications, and research strategies. *Attachment & Human Development*, 3(3), 304-323.
- Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing—circularity—neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family process*, 19(1), 3-12.
- Shapiro, S. (2013). Does Mindfulness Make You More Compassionate?. *Greater Good*, 27.
- Shorey, H. S., & Snyder, C. R. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of general psychology*, 10(1), 1.
- Siegel, D. J. (2010). *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*. WW Norton & Company.
- Siegel, D. J. (2015). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Publications.
- Simone, D. H., McCarthy, P., & Skay, C. L. (1998). An investigation of client and counselor variables that influence likelihood of counselor self-disclosure. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 76(2), 174.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist*, 32(9), 752.
- Smith, A. E., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical psychology review*, 30(3), 326-337.

Sperber, D., Clément, F., Heintz, C., Mascaro, O., Mercier, H., Origgi, G., & Wilson, D. (2010). Epistemic vigilance. *Mind & Language*, 25(4), 359-393.

Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(1), 104.

Tor, P. C. (2001). New challenges facing the doctor-patient relationship in the next millennium. *Singapore Med J*, 42, 572-575.

Walter, U. M., & Petr, C. (2006). *Therapeutic Alliance with Children and Families*. University of Kansas. School of Social Welfare.

Wei, M., & Heppner, P. P. (2005). Counselor and client predictors of the initial working alliance: A replication and extension to Taiwanese client–counselor dyads. *The counseling psychologist*, 33(1), 51-71.

Wilkinson, S. R. (2003). *Coping and Complaining: Attachment and the Language of Disease*. Psychology Press

Zetzel, E. R. (1977). Current concepts of transference. *Classics in Psychoanalytic Technique*, 271.

Zur, O. (2010). Self-disclosure and transparency in psychotherapy and counseling: to disclose or not to disclose, this is the question. 2010.



