



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: ΚΟΙΝΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
(COMMON FACTORS IN PSYCHOTHERAPY)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Ιωαννίδη Κωνσταντίνα
A.M: 2587

Επιβλέπων καθηγητής
κ. Νέστορος Ιωάννης

Ρέθυμνο 2014

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
3. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΟΙΝΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	7
4. ΑΝΑΔΡΟΜΗ- ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΙΝΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	8
5. ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	86
5.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΘΕΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	90
6. ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ- ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	92
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	94
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	 97

Οι πιο ένδοξες στιγμές της ζωής δεν είναι οι λεγόμενες μέρες επιτυχίας, αλλά, περισσότερο, οι μέρες εκείνες που, μετά από απόρριψη και απελπισία, αισθάνεσαι να μεγαλώνει μέσα σου η θέληση για ζωή και η υπόσχεση για μελλοντικά επιτεύγματα.

Gustave Flaubert, 1821- 1880, Γάλλος συγγραφέας



1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία με θέμα τους κοινούς θεραπευτικούς παράγοντες, αναφέρεται στα κοινά στοιχεία και σημεία αλληλεπικάλυψης που υπάρχουν και εντοπίζονται ανάμεσα στις διαφορετικές προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται αναλυτικά το κίνημα της σύνθεσης των θεραπευτικών μοντέλων, όπως αυτό έλαβε χώρα στις δεκαετίες 1930 έως και σήμερα. Παρουσιάζονται και αντιπαραβάλλονται οι κυρίαρχες θεραπευτικές σχολές, Ψυχοδυναμική, Συμπεριφοριστική, Ανθρωπιστική- Υπαρξιστική και αναλύονται οι τεχνικές και αρχές τους μέσω της συνθετικής προσέγγισής τους, για να καταλήξουν όπως αποδεικνύεται ότι στην ουσία οι κοινοί παράγοντες είναι παρόντες και καθοριστικής σημασίας σε όλες. Έπειτα γίνεται λόγος για την αφορμή που έτεινε προς τη Συνθετική ψυχοθεραπεία του σήμερα. Τέλος, αναλύεται, το Συνθετικό μοντέλο στην Ελληνική εκδοχή του όπως προτάθηκε για πρώτη φορά το 1990, και εν συνεχεία, εφαρμογή του στις ψυχώσεις και συγκεκριμένα στη σχιζοφρένεια.

Λέξεις κλειδιά: κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες, ψυχοθεραπεία, Συνθετική προσέγγιση, Συνθετικό μοντέλο

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχοθεραπεία κατά κοινή ομολογία, γίνεται αντιληπτή σαν ένας τρόπος που στόχο έχει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, και όχι μόνο τη μείωση της δυσφορίας. Η έννοια της θεραπείας, όπως προκύπτει, υπάρχει ήδη από το 6ο αιώνα π.Χ. και παρουσιάζεται μέσα από τις θρησκευτικές τελετές και την μετάνοια, όπου αναζητούσαν οι άνθρωποι την απελευθέρωση από τις αμαρτίες και την ψυχική γαλήνη. (Hawkins & Nestoros, 1997). Σύμφωνα με τους Frank & Frank οι ρίζες της ψυχοθεραπείας προέρχονται από τους Έλληνες με τα έπη, το δράμα και τη φιλοσοφία. (Frank & Frank, 1961). Μέσα από αυτά, οι άνθρωποι μπορούσαν να εκφράσουν τα βάσανα της ζωής, τις αγωνίες και δυστυχίες τους. Ακόμη οι άνθρωποι κατέφευγαν στις τελετουργίες και ότι είχε να κάνει με τη θρησκεία με σκοπό να λυτρωθούν.

Αξιοσημείωτο είναι (Πουρκός, Κατέρη & Νέστορος, 2002) ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους πολιτισμούς και τις κουλτούρες ανά τον κόσμο, και αυτές οι διαφορές αντανακλούν και στην ψυχική υγεία, καθώς και στα πρότυπα και αντιλήψεις για την φυσιολογική και μη φυσιολογική συμπεριφορά. Στον κάθε πολιτισμικό πλαίσιο επίσης ο άνθρωπος αντιμετωπίζεται με διαφορετικό τρόπο, γεγονός που συντελεί στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του.

Στην ψυχοθεραπεία υπάρχουν πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις και σχολές, όπως είναι γνωστό από παλιά. Οι κυριότερες είναι η Ψυχαναλυτική σχολή με ιδρυτή και εκπρόσωπο το Freud, η Συμπεριφοριστική σχολή, η Υπαρξιστική- ανθρωπιστική, η Πελατοκεντρική προσέγγιση του Rogers, η ψυχολογία Gestalt, η κοινωνική μάθηση του Bandura, και πολλές άλλες. Κατά την Κουστίνη, τα τελευταία χρόνια η ψυχοθεραπεία όντας ένα δυναμικό πεδίο καλείται να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ατομικών, κοινωνικών, πολιτισμικών φαινομένων που όλο και διαφοροποιούνται. Εκτός από τα παραπάνω, υπάρχουν και άλλα ψυχοθεραπευτικά είδη, όπως η θεραπεία ζεύγους και οικογένειας, η παιδική ψυχοθεραπεία, και η ψυχοφυσιολογία. (Κουστίνη, 2012).

Το κίνημα της σύνθεσης προέκυψε σαν φυσική εξέλιξη από τον εκλεκτικισμό. Το μοντέλο του εκλεκτικισμού διαφέρει από το συνθετικό καθώς το πρώτο εξετάζει τις διαφορές και όχι τις ομοιότητες. Η προσέγγιση των κοινών παραγόντων προωθεί τη χρήση όλων των τεχνικών και αρχών κατά την εφαρμογή της ψυχοθεραπείας, και τη δημιουργία

μίας κοινής γλώσσας επικοινωνίας μεταξύ των διαφορετικών κατευθύνσεων και των υποστηρικτών τους. (Νέστορος, 2012α).

Γενικά το ζήτημα των κοινών παραγόντων καθώς και η σύνθεση των μοντέλων έγκειται στην γενικότερη λειτουργία και αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Αφού η προσωπικότητα και η συμπεριφορά του ανθρώπου είναι πολυεπίπεδη, η θεραπευτική αντιμετώπιση του πρέπει να προσεγγίζει και να εξετάζει όλες τις πτυχές και λειτουργίες. Όλοι οι θεραπευτές είναι υπεύθυνοι για την ανακούφιση ατόμων που πάσχουν, δίνοντας τους ελπίδα και αυξάνοντας τις προσδοκίες τους για ίαση.

3. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΟΙΝΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Συνολικά ο αριθμός όλων των μοντέλων ψυχοθεραπείας με το πέρασμα του χρόνου έχει αυξηθεί κατά πολύ αφού υπολογίζονται πάνω από τετρακόσια διαφορετικά είδη. Έτσι παρατηρείται το φαινόμενο συνδυασμού και σύνθεσης των θεωριών και προσεγγίσεων. Η σύνθεση αυτή στηρίζεται στην ύπαρξη και ανάδειξη κάποιων θεραπευτικών παραγόντων οι οποίοι εντοπίζονται σχεδόν σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και ονομάζονται **κοινοί παράγοντες**. (Νέστορος, 2000 . Κουστένη, 2012). Συγκεκριμένα πρόκειται για τα στοιχεία που συναντάει κανείς κατά την ανασκόπηση του κινήματος της σύνθεσης όπως αυτά άρχισαν να ερευνώνται από το παρελθόν μέχρι σήμερα. Επιγραμματικά είναι οι εξής: α) η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον θεραπευτή και θεραπευόμενο. β) ο στόχος της μείωσης του άγχους του πελάτη, γ) η αλλαγή του γνωστικού πλαισίου, δ) η πειθώ και υποβολή, ε) η ταύτιση με το θεραπευτή, στ) απόκτηση αυτοελέγχου και αυτονομίας, και ζ) η πρόβα-και αντιμετώπιση του πραγματικού προβλήματος in vivo. (Νέστορος, 2012α).

4. ΑΝΑΔΡΟΜΗ- ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΙΝΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Το κίνημα της σύνθεσης των διαφορετικών προσεγγίσεων της ψυχοθεραπείας χρονολογείται από τις αρχές του 20ου αιώνα. Πολλές απόπειρες σύνθεσης και ενοποίησης έλαβαν χώρα. Χρονολογικά εμφανίζονται παρακάτω:

Δεκαετία του 1930

Μία από τις παλαιότερες προσπάθειες ενοποίησης της ψυχοθεραπείας θεωρείται αυτή που έγινε από τον Thomas French το **1932** με σκοπό την εύρεση παραγόντων που μοιράζονται οι διαφορετικές προσεγγίσεις. Στο 88ο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association) εκφώνησε το άρθρο του «Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov». Ο French έκανε παραλληλισμούς μεταξύ της ψυχανάλυσης και της μάθησης (classical conditioning) του Pavlov. Δηλαδή, ομοιότητες μεταξύ της καταστολής και της εξάλειψης / απόσβεσης μιας συμπεριφοράς. (Norcross & Goldfried, 2005). Τον επόμενο χρόνο, 1933, η παρουσίαση του δημοσιεύθηκε και θεωρήθηκε αρκετά προκλητική επιφέροντας αρνητικά σχόλια. Συγκεκριμένα, χαρακτηριστικό σχόλιο έκανε ο Myerson (όπως αναφέρεται στον Dryden, 1996) ότι: «Θα είχε δημιουργηθεί έκρηξη διαμάχης ανάμεσα στους Pavlov και Watson, ενώ ο Freud θα είχε σοκαριστεί με το γεγονός ότι ένας από τους μαθητές του έκανε μία τόσο παράξενη προσπάθεια να εξισώσει την ψυχαναλυτική θεωρία του με την συμπεριφοριστική σχολή».

Την συνέχεια στον French έκανε ο Rosenzweig το 1936. Πρότεινε ότι υπάρχει ένα πρώτο σύνολο κοινών στοιχείων σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Όπως υποστήριξε ο Rosenzweig, εκτός από τις μεθόδους θεραπείας που χρησιμοποιούνται σκοπίμως και έχουν θεωρητική βάση, εμφανίζονται να υπάρχουν αναπόφευκτα και κάποιοι μη αναγνωρίσιμοι παράγοντες στην κάθε θεραπευτική σχέση που ίσως είναι πιο σημαντικοί από τους πρώτους, (σκόπιμους).

Στο άρθρο του «Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy» (1936), εξηγεί τα τρία κοινά στοιχεία- παράγοντες:

α) η προσωπικότητα του θεραπευτή πρέπει να εμπνέει ελπίδα. Αν και οι προσωπικές ιδιότητες του καλού θεραπευτή διαφεύγουν περιγραφής, το γεγονός ότι αυτός μπορεί να

παρακινήσει και να εμπνεύσει τον πελάτη, σημαίνει ότι αυτές δεν είναι ανεπαρκείς. Δηλώνει επίσης ότι αφού καμία μέθοδος θεραπείας δεν έχει το μονοπόλιο στους καλούς ψυχοθεραπευτές, εμφανίζεται ο δυνητικά κοινός παράγοντας που παραπέμπει στην ισοδύναμη επιτυχία των διαφορετικών μοντέλων.

β) Το δεύτερο κοινό στοιχείο μεταξύ των θεραπευτικών μοντέλων σύμφωνα με τον Rosenzweig είναι ότι οι ερμηνείες πρέπει να προσφέρουν ένα πιο ευλογοφανή τρόπο κατανόησης των προβλημάτων. (psychological interpretations). Όπως δήλωσε χαρακτηριστικά «εάν αληθεύει το γεγονός ότι οι ψυχικές ασθένειες δημιουργούν μία σύγκρουση των αποσυντεθειμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, τότε η ένωσή τους από μία ανεξαρτήτου είδους ιδεολογία φαίνεται να είναι απαραίτητη προϋπόθεση για το επιτυχές θεραπευτικό αποτέλεσμα». Ο ίδιος αναφέρει το εξής παράδειγμα για τη σημασία της σωστής ερμηνείας κατά την ψυχοθεραπεία: η ψυχανάλυση μπορεί να επιτυγχάνει κάποιο θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά αυτό δεν συμβαίνει κυρίως λόγω της αλήθειας των ψυχαναλυτικών δογμάτων σχετικά με την γενετική ανάπτυξη, αλλά περισσότερο διότι ο ψυχαναλυτής κατά την εφαρμογή της πρακτικής του σχεδόν χωρίς πρόθεση, επιτρέπει στον ασθενή του να επιδιορθώσει κάποια ανεπαρκή κοινωνικά πρότυπα αναφορικά με την δεδομένη κατάσταση. Αυτό το φαινόμενο εξηγείται καλύτερα από τον Ρανβιον παρά από τις ψυχαναλυτικές θεωρίες.

γ) Σαν τρίτο κοινό στοιχείο ο Rosenzweig θεωρούσε τις συνεργιστικές επιδράσεις μιας περιοχής λειτουργικότητας επί των άλλων περιοχών λειτουργικότητας. Όπως δηλώνει και στο άρθρο του, τα ψυχολογικά φαινόμενα είναι τόσο πολύπλοκα και πολύπλευρα στην φύση τους, που ενδέχεται να είναι εναλλακτικά διατυπωμένα, με σημαντική αιτιολόγηση για κάθε εναλλακτική. Έτσι κάθε ερμηνεία είναι ικανή να είναι αληθής σε κάποιο βαθμό εφαρμόζοντας τουλάχιστον μία πλευρά του πολύπλοκου υπό εξέταση φαινομένου. Συνεπώς συμπεραίνει ότι δεν είναι εύκολο να αποφασίσει κάποιος ανάμεσα στις ποικίλες ερμηνείες του ίδιου ψυχολογικού γεγονότος.

Ακόμη στο άρθρο του ο Rosenzweig θεωρεί την προσωπικότητα του ατόμου ως ένα σύνολο που αποτελείται από αλληλοεξαρτώμενους παράγοντες. Εάν συμβεί κάποια αλλαγή σε μία πτυχή του οργανισμού συνεπάγεται αλλαγή στο όλον. Άρα στην προσπάθεια αλλαγής της προσωπικότητας- συμπεριφοράς δεν έχει σημασία ο τρόπος που θα γίνει. Συνεχίζει, ότι δεν είναι μεγάλης σημασίας οι διαφορές στις θεραπευτικές ερμηνείες. Δηλαδή εάν χρησιμοποιείται μία συγκεκριμένη μέθοδος ψυχοθεραπείας, αλλά εν τω μεταξύ προκύψει μια εναλλακτική διατύπωση του προβλήματος, δεν είναι απαραίτητο η μέθοδος

αυτή να μπορεί να στηρίζει επαρκώς κάθε πλευρά του προβλήματος αυτού και συνεπώς συνεχίζει να είναι αποτελεσματική. Έτσι ξανά προκύπτει ότι οι διάφορες μέθοδοι ψυχοθεραπείας είναι εξίσου αποτελεσματικές στην θεραπευτική διαδικασία. (Rosenweig, 1936).

Δεκαετία του 1940

Κατά την επόμενη δεκαετία ανάμεσα στους πολλούς που συμμετείχαν στο κίνημα της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας ήταν ο Woodworth το 1948. Στο σύγγραμμα του με τίτλο «Contemporary schools of Psychology» έδωσε έμφαση στην ανεπάρκεια των ψυχοθεραπευτικών σχολών της εποχής εκείνης κυρίως στον συμπεριφορισμό, την ψυχολογία Gestalt και την ψυχανάλυση. Ξεκινώντας, μιλάει για τις ιδέες που υποστηρίζουν τη διαμόρφωση των διαφορετικών σχολών. Μία σχολή αποτελεί ένα σύνολο ψυχολόγων που προβάλλουν ορισμένες ιδέες σχεδιασμένες να υποδεικνύουν το δρόμο που όλοι πρέπει να ακολουθούμε με σκοπό να γίνει η ψυχολογία γνήσια και παραγωγική επιστήμη με θεωρητική και πρακτική αξία. Σύμφωνα με τον Woodworth οι ερευνητές καθώς επηρεάζονται από διάφορες φάσεις της ανθρώπινης δραστηριότητας, οι διαφορετικές σχολές στις οποίες αυτοί ανήκουν μπορούν να διακριθούν με βάση τον τομέα ανθρώπινων δραστηριοτήτων που σκοπεύουν να εξερευνήσουν.

Ο συμπεριφορισμός ξεκίνησε από την μελέτη της συμπεριφοράς των ζώων και ενάντια στην επικρατούσα σχολή του λειτουργισμού. Ιδρυτής της ήταν ο Watson. Κατά τους συμπεριφοριστές η ψυχολογία ήταν καθαρά πειραματικός κλάδος της φυσικής επιστήμης, και θεωρητικοί στόχοι του η πρόβλεψη και ο έλεγχος της συμπεριφοράς, ενώ η ενδοσκόπηση σαν μέθοδος δεν έχει επιστημονική αξία. Στην κριτική που άσκησε ο Woodworth υποστηρίζει για τον μεθοδολογικό συμπεριφορισμό ότι αν και στην αρχή η επιμονή των υποστηρικτών του στις αντικειμενικές μεθόδους και στον αποκλεισμό της ενδοσκόπησης φάνηκε ισχυρή, αποδείχτηκε μικρής σημασίας.

Στη συνέχεια η Ψυχολογία Gestalt δίνει έμφαση στην αντίληψη των προτύπων, το σχήμα, την εικόνα και την διαμόρφωση, αλλά παραμελεί το ενδεχόμενο της απουσίας σχήματος. Όσον αφορά την Ψυχανάλυση, ο συγγραφέας υποστηρίζει ότι οι δηλώσεις του Freud για την ζωή και την ανάπτυξη του παιδιού είναι τουλάχιστον υπεργενικευμένες, και κάποιος από τους ψυχαναλυτικούς νόμους μπορούν να επαληθευτούν σε απλές συνθήκες εργαστηρίου. Επίσης η ιδέα του Freud ότι οι αναμνήσεις της πρώιμης παιδικής ηλικίας χάνονται εξαιτίας της καταστολής που συμβαίνει στο τέλος της πρώιμης σεξουαλικής

περιόδου διαψεύδεται, καθώς και η ύπαρξη μιας λανθάνουσας κατάστασης σεξουαλικού ενδιαφέροντος στην μετέπειτα παιδική ηλικία είναι αμφίβολη.

Ο Woodworth ακόμη, μετά τα κριτικά σχόλια στις ανωτέρω σχολές ανέδειξε τη δυνατότητα σύνθεσης αυτών των διαφορετικών προσεγγίσεων. Στο τελευταίο κεφάλαιο του βιβλίου του με τίτλο *The middle of the road* υποστηρίζει ότι υπάρχει κάτι κοινό ανάμεσα στις διαφορετικές προσεγγίσεις. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά το ενδιαφέρον όλων των ψυχολόγων έγκειται στην ψυχολογία, και παρά τους διαφορετικούς ορισμούς που χρησιμοποιούν για τα υποκείμενα, είτε μιλούν για συμπεριφορά, είτε για συνειδητή εμπειρία είτε για δραστηριότητα, όλα έχουν σαν βάση την σχέση του ατόμου με το περιβάλλον. Οι εκπρόσωποι των διαφορετικών σχολών προτείνουν διαφορετικές κατευθυντήριες γραμμές έρευνας όπως στην ψυχανάλυση τα κίνητρα, στον συμπεριφορισμό τα προβλήματα στην μάθηση και στην Gestalt ψυχολογία στα προβλήματα της αντίληψης. Καθώς ο άνθρωπος εμπλέκεται και με τα τρία αυτά θέματα, το γεγονός αυτό φέρνει κοντά τους εκπροσώπους των σχολών αυτών.

Επίσης, ακόμη μία αιτία της τάσης ενοποίησης της ψυχολογίας είναι ότι λίγοι σύγχρονοι ειδικοί της ψυχικής υγείας υποστηρίζουν ρητά κάποια από αυτές τις προσεγγίσεις. Οι περισσότεροι υποστηρίζουν τη μια ή την άλλη άποψη αλλά μένουν κατά κάποιο τρόπο ουδέτεροι. Καταλήγει, λέγοντας ότι κάθε διαφορετική σχολή είναι καλή αλλά καμία δεν είναι καλύτερη από τις άλλες καθώς καμία από τις 3 προαναφερθείσες δεν γνωρίζει το μέλλον της ψυχοθεραπείας. (Woodworth, 1948).

Δεκαετία 1950

Οι Dollard and Miller το 1950 στο σύγγραμμα τους «*Personality and psychotherapy*» πρότειναν κάποιους τρόπους για την κατανόηση των ψυχαναλυτικών εννοιών μέσα από το πλαίσιο των θεωριών της μάθησης. Συγκεκριμένα, στο άρθρο τους *Techniques of therapeutic interventions*, αναφέρουν την αποτελεσματικότητα μεθόδων που χρησιμοποιούνται όταν ο θεραπευτής προσπαθεί να διαχειριστεί τα συμπτώματα άγχους και καταστολής του ασθενή του, και συνεπώς να επηρεάσει τη νευρωτική συμπεριφορά του. Αρχικά τίθενται τεχνικές όπως η παρότρυνση, η παροχή εντολών και προτάσεων καθώς και η απαγόρευση, οι οποίες χρησιμοποιούνται και στην καθημερινή κοινωνική ζωή όταν προσπαθούμε να επηρεάσουμε την συμπεριφορά κάποιου.

Σε κάποιες περιπτώσεις το άτομο με αναστολές και καταστολή υπόκειται σε νευρωτική κατάσταση όταν κινητοποιείται από τον θεραπευτή να αναφέρει στόχους που

κινητοποιούνται από φοβικά ερεθίσματα. Αυτή η κατάσταση χαρακτηρίζεται από εσωτερικές διαμάχες και σύγχυση τα οποία προκαλούν τα συμπτώματα και τα φέρνουν στην επιφάνεια. Αυτές οι τεχνικές είναι αποτελεσματικές με τον εξής τρόπο: Ο θεραπευτής με σκοπό να βοηθήσει τον πελάτη του να νιώσει άνετα και να ενταχθεί στην θεραπευτική διαδικασία τον παροτρύνει να εκφράσει οτιδήποτε έχει στο μυαλό του. Έτσι στην περίπτωση που υπάρχει αρνητικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, και οι εσωτερικές συγκρούσεις και η σύγχυση γίνουν έντονες, ο θεραπευτής τον βοηθάει να κρατήσει τον έλεγχο του εαυτού του με αποτέλεσμα να γίνεται ικανός να χειραγωγεί τις υπερβολικές αντιδράσεις του προς την επίλυση κάποιου προβλήματος. Όπως ισχυρίζονται οι Alexander & French (αναφ. στους Dollar & Miller, 1950), σημαντικό κομμάτι της θεραπείας είναι οι ασθενείς να παίρνουν αποφάσεις όταν νιώσουν οι ίδιοι έτοιμοι. Σε πρώτη φάση συνεπώς διαφαίνεται η σημασία της θεραπευτικής σχέσης και του επιδέξιου θεραπευτή, που όπως προκύπτει είναι παράγοντες σημαντικοί σε όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Άλλες τεχνικές των θεωριών μάθησης που αναφέρουν οι Dollar και Miller, είναι η ενίσχυση- τιμωρία, επιδοκιμασία και αποδοκιμασία. Οι δύο τελευταίες, προωθούν την μαθημένη ενίσχυση ή τιμωρία. Δηλαδή, όταν ο ασθενής επιδειξει καλή προσπάθεια για επιθυμητή συμπεριφορά, αυτή ανταμείβεται, με σκοπό να ενισχυθεί και να καταφέρει να την εφαρμόσει και έξω από την θεραπευτική διαδικασία στην προσωπική του καθημερινή ζωή.

Συνεχίζοντας, σύμφωνα με τους συγγραφείς, οι δεξιότητες του θεραπευτή είναι καθοριστικές για την πορεία της θεραπευτικής σχέσης. Σημαντική δεξιότητα του θεραπευτή είναι να επιδειξει ανεκτικότητα, δηλαδή να αντιμετωπίζει τον ασθενή του με ήρεμο, δεκτικό και καθησυχαστικό τρόπο όταν ο τελευταίος αναστατώνεται από τους φόβους και κυριεύεται από το άγχος του. Ακόμη πρέπει να χαρακτηρίζεται από ηρεμία, υπευθυνότητα και να δίνει κουράγιο. Αυτά τα χαρακτηριστικά γίνονται αντικείμενο μίμησης απ' τον ασθενή. Ο θεραπευτής επίσης με σκοπό να μειώσει το άγχος ώστε να αποφευχθεί η εσωτερική σύγχυση ενισχύει το ηθικό του πελάτη του και την θεραπευτική σχέση με το να επιδειξει συγκεκριμένου τύπου ενδιαφέρον και με την επανάληψη κάποιων από τα λεγόμενα του ασθενή.

Μία άλλη δεξιότητα- χαρακτηριστικό του θεραπευτή είναι η καθησύχηση που προβάλλει προς τον ασθενή και η οποία αποτελεί έναν απ' τους πιο διαδεδομένους τρόπους μείωσης του φόβου και του άγχους. Η καθησύχηση είναι ενίσχυση η οποία οδηγεί σε νέες σκέψεις και δράσεις που μπορούν να λάβουν χώρα και που όταν ενισχυθούν και

επαναληφθούν μονιμοποιούνται- δηλαδή γίνονται αντικείμενο μάθησης.

Είναι σημαντικό ότι ο θεραπευτής δεν αφήνει τον πελάτη να συμπεριφέρεται σαν απλός ακροατής ακούγοντας μόνο τις συμβουλές και ενστάσεις του, αλλά τον ενθαρρύνει και τον παρακινεί να μιλήσει είτε απαντώντας σε ανοιχτές ερωτήσεις που απαιτούν περιγραφική απάντηση είτε σε απάντηση απλών ερωτήσεων. Έτσι το άτομο μαθαίνει να σκέφτεται και όχι μόνο να ακούει. Άλλο χαρακτηριστικό της θεραπείας είναι η ερμηνεία που παρέχεται στον πελάτη. Είναι αποτελεσματική καθώς συγκεκριμενοποιεί το πρόβλημα και έτσι κινητοποιείται η διαδικασία επίλυσης του και η δραστηριοποίηση του ατόμου.

Προκύπτει λοιπόν σύμφωνα με τους γράφοντες, ότι οι έννοιες της ψυχαναλυτικής προσέγγισης εξηγούνται επιτυχώς με όρους των θεωριών της μάθησης, και περαιτέρω, ότι συμπεριφοριστικές θεραπείες είναι αποτελεσματικές σε θεραπευτική διαδικασία ψυχαναλυτικού τύπου. (Dollag & Miller, 1950)

Δεκαετία του 1960

Σημαντική είναι η συμβολή του Jerome Frank, 1961 ο οποίος στο βιβλίο του «Persuasion and Healing» ασχολήθηκε με τα κοινά σημεία που παρουσιάζουν διαφορετικές διαδικασίες αλλαγής που κυμαίνονται από ψυχοθεραπευτικές κατευθύνσεις έως και διάφορους μηχανισμούς προσωπικής επιρροής και θεραπείας. Ως τέτοιες χαρακτηρίζει τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, την πρωτόγονη θεραπεία καθώς και τα αποτελέσματα placebo στα φάρμακα.

Σύμφωνα με τον Frank, (1961) κάθε προσπάθεια που στοχεύει στην ανακούφιση ενός ατόμου που υποφέρει χαρακτηρίζεται ως θεραπεία και κάθε κοινωνία εκπαιδεύει κάποια άτομα για να εφαρμόσουν αυτό το είδος επιρροής. Η διαδικασία της θεραπείας/επούλωσης/ ανακούφισης τυπικά περιλαμβάνει μία προσωπική σχέση ανάμεσα στον θεραπευτή και στο άτομο που υποφέρει και κάποια συγκεκριμένα είδη θεραπείας βασίζονται στην ικανότητα του πρώτου να καταφέρει την ανακούφιση και τη βοήθεια του θεραπευόμενου. Τέτοιου είδους θεραπευτικές διαδικασίες συνήθως ορίζονται σαν ψυχοθεραπεία.

Παρά το γεγονός ότι έχουν γίνει μακροχρόνιες προσπάθειες ο Frank τονίζει πως δεν έχει αποδειχθεί ότι κάποια θεραπευτική μέθοδος είναι πιο αποτελεσματική από την άλλη. Έτσι τα συγκεκριμένα αποτελέσματα κάθε διαδικασίας θεραπείας υποσκιάζονται από τα θεραπευτικά ενδεχόμενα που μοιράζονται όλες οι διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Ο συγγραφέας υποστηρίζει ότι ο όρος ψυχοθεραπεία είναι κάπως αυθαίρετος καθώς

όλες οι μορφές προσωπικής επιρροής μπορούν να επηρεάσουν την αίσθηση ευεξίας κάποιου ατόμου. Μπορούμε να ορίσουμε ως ψυχοθεραπεία το είδος προσωπικής επιρροής που χαρακτηρίζεται από: α) ένα άτομο-φορέα της ανακούφισης, τυπικά εκπαιδευμένο σε κοινωνικές μεθόδους β) ένα άτομο που υποφέρει-ασθενής και γ) μία θεραπευτική σχέση. Αυτά τα τρία χαρακτηριστικά είναι κοινά όχι μόνο σε όλα τα είδη ψυχοθεραπείας αλλά και σε μεθόδους παροχής ψυχολογικής ανακούφισης όπως είναι οι θρησκευτικές.

Στη συνέχεια, παρουσιάζει τα κοινά σημεία ανάμεσα σε τεχνικές που επιφέρουν την αλλαγή ξεκινώντας από την θεραπεία στα αρχαία χρόνια. Η ρητορική κυρίως σχετίζεται με την ψυχοθεραπεία. Στην συνέχεια ο Ιπποκράτης είχε ισχυριστεί ότι όλα τα είδη ψυχοθεραπείας πρέπει να κάνουν κάποιο καλό αλλιώς θα πρέπει να εξαφανίζονται. Επίσης αν και οι διαφορετικές μέθοδοι ψυχοθεραπείας ίσως έχουν διαφορετικά αποτελέσματα σε συγκεκριμένα προβλήματα είναι πιθανόν ότι η ομοιότητα της βελτίωσης σε όλους τους τομείς αντανάκλα χαρακτηριστικά κοινά σε όλες. Έτσι εάν ισχύει αυτό θα είναι δύσκολο να δώσουμε έμφαση στη μεμονωμένη συμβολή διαφορετικών τύπων θεραπείας μέχρι να μπορούμε να ξεχωρίσουμε τα χαρακτηριστικά που μοιράζονται όλοι, καθώς και αυτά των ασθενών που ανταποκρίνονται σε αυτά τα εργαλεία.

Έπειτα αναφέρεται στις θρησκευτικές πεποιθήσεις από τις οποίες προκύπτουν οι πνευματικές και σωματικές θεραπείες. Η λατρεία και οι τελετουργίες λειτουργούν σαν τη ψυχοθεραπεία. Συγκεκριμένα πίστευαν ότι κατάλληλες τελετουργίες παρακινούν τα άτομα να βιώσουν καταστάσεις συνειδητότητας, στις οποίες μπορούν άμεσα να επωφεληθούν από υπερφυσικές δυνάμεις. Επίσης ο Frank, επικεντρώνεται σε μεθόδους που χρησιμοποιούσαν στην λατρεία με σκοπό την αλλαγή στάσης των ατόμων και στα στοιχεία τα οποία συντελούν σ' αυτό. Γενικά η αλλαγή-μετατροπή που συμβαίνει στο άτομο μέσω των θρησκευτικών πεποιθήσεων παρατηρείται όταν αυτό συμμετέχει σε τελετουργίες και έτσι καταφέρνει να αλλάξει εντελώς τις στάσεις του και τη συμπεριφορά του.

Κοινό χαρακτηριστικό σ' αυτές τις διαδικασίες είναι ο χαρισματικός θεραπευτής, και παίζει καθοριστικό ρόλο. Οι υπεύθυνοι-θεραπευτές διεγείρουν συναισθήματα αμαρτίας, ενοχής και φόβου των ατόμων με την πρόφαση ότι τους περιμένει μεγάλη τιμωρία. Οι πιστοί έτσι, ανταποκρίνονται στις παρεναίσεις με την εξομολόγηση και την μετάνοια. Αυτή η μέθοδος παραπέμπει στην θεωρία τη μάθησης για αλλαγή της συμπεριφοράς. Σημαντικά συμβάλλει το γεγονός, οι πιστοί να καταλάβουν ότι ο θεραπευτής-ιερέας νοιάζεται πολύ για αυτούς και την ανακούφιση τους από τον ψυχικό πόνο, όπως ακριβώς και στην

ψυχοθεραπεία. Γενικά οι πιστοί όντας πολύ μπερδεμένοι αποδίδουν τις εσωτερικές εμπειρίες τους στον εξωτερικό κόσμο, και φτάνοντας στο στάδιο της εξαχρείωσης, βιώνουν ένα είδος ψύχωσης. Καταφεύγουν δηλαδή στην θρησκεία για λύτρωση. Στόχος είναι να δώσουν ελπίδα και να επιφέρουν θετικές συναισθηματικές καταστάσεις ο οποίος αποτελεί τη βάση όλων των θεραπειών.

Σ' αυτό το σημείο συνοψίζοντας τα στοιχεία στα οποία συγκλίνουν η ψυχοθεραπευτική διαδικασία και οι θρησκευτικές διαδικασίες, ο συγγραφέας ισχυρίζεται ότι και οι δύο απαλύνουν και ανακουφίζουν τα άτομα που υποφέρουν και ενισχύουν την αίσθηση κυριότητας του εαυτού τους. Επίσης δίνοντας τους ελπίδα κινητοποιούν τη δράση τους και επικεντρώνονται στην ενίσχυση τους. Στόχος όλων των θεραπευτικών σχέσεων είναι να εμπνεύσουν ελπίδα και κυριαρχία του υποκειμένου. Έτσι δίνεται η δυνατότητα να επιτευχθεί ένας σκοπός: η διαδικασία ξεκινάει από συνθήματα σε μια δεδομένη στιγμή που σχετίζεται με πρόοδο όσον αφορά τον στόχο που η καθησύχηση προσφέρει. Οι γνωστικές και συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις με τις ανάλογες θεραπείες μπορούν να μειώσουν το άγχος και την δυσανεξία, και να αλλάξουν την αίσθηση και την ερμηνεία του πανικού.

Ο Frank, προχωρώντας την ανάλυση του μιλάει για τα αποτελέσματα placebo στα φάρμακα, και εξηγεί ότι είναι ένα είδος ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Με σκοπό να κινητοποιήσει τον ασθενή για προσδοκία βοήθειας και ελπίδας. Το placebo είναι μια αδρανής φαρμακολογική ουσία που χορηγείται στον ασθενή σε συγκεκριμένες περιπτώσεις αντί για κανονικό φάρμακο. Αφού είναι αδρανής ως προς την φαρμακολογική επίδραση, η χρήση του και η αποτελεσματικότητά του είναι συμβολική. Με τη χορήγηση αυτού του φαρμάκου γεννιέται στον ασθενή η προσδοκία να θεραπευτεί και αυτή στηρίζεται και μεσολαβείται από την θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον γιατρό και σ' αυτόν. Δηλαδή συμβολίζει τις θεραπευτικές ικανότητες του θεραπευτή καθώς του παρέχει την ελπίδα ότι θα ιαθεί. Ο Frank, θεώρησε ότι από μόνο του το placebo είναι ένα είδος θεραπείας υπό την έννοια ότι δίνει συμβολικό μήνυμα για την επιτυχία της θεραπείας και παρέχει ελπίδα.

Για να εξετάσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής σε συμπτωματική βελτίωση του ασθενή, έκανε μία έρευνα. Το δείγμα αποτελούνταν από 54 λευκούς εξωτερικούς ασθενείς ηλικίας 18- 55 ετών, που διαγνώστηκαν με ψυχολογική νεύρωση ή με διαταραχές της συμπεριφοράς. Όλοι οι ασθενείς περνούσαν από συνέντευξη αξιολόγησης κατά την πρώτη επίσκεψη τους. Στην δεύτερη συνάντηση μία εβδομάδα μετά τους ζητήθηκε να σημειώσουν σε μία λίστα συμπτωμάτων ποια από αυτά παρουσίασαν και πόσο αναστατωμένοι ήταν. Ακόμη τους χορήγησαν τεστ προσωπικότητας και αυτόνομης

λειτουργικότητας κατά την πρώτη συνθήκη του πειράματος. Στην δεύτερη συνθήκη τους επαναχορήγησαν τα τεστ και παράλληλα έλαβαν ως φαρμακοθεραπεία ένα φάρμακο placebo για το οποίο τους πληροφόρησαν ότι ήταν νέο στην αγορά, μη τοξικό και αποτελεσματικό σε τέτοιους ασθενείς, δίνοντας τους έτσι ελπίδα. Μετά από κάποιο διάστημα θεραπείας με placebo τα υποκείμενα κλήθηκαν να συμπληρώσουν ξανά τα τεστ αξιολόγησης. Η γενική μείωση των συμπτωμάτων και η βελτίωση στην διάθεση όλων ήταν στατιστικά σημαντική. Ο Frank κλείνοντας την αναφορά του στην θεραπεία με placebo δηλώνει ότι το σημαντικότερο σ' αυτήν είναι η θεραπευτική συμμαχία που φαίνεται να δημιουργείται.

Μέσα από την αναφορά των θρησκευτικών πεποιθήσεων και της ρητορικής ο Frank, παρουσιάζει τα κοινά χαρακτηριστικά που εμφανίζονται σε όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ισχυρίζεται, όπως και οι παραπάνω συγγραφείς που αναφέρθηκαν ότι οι διαφορές έγκεινται στη διαφορετική εννοιολόγηση των φαινομένων και ότι όλα τα μοντέλα βασίζονται στην σχέση θεραπευτή – θεραπευόμενου, στο ιστορικό και τα προβλήματα. Στη συνέχεια προτείνει μία ταξινόμηση των θεωριών σύμφωνα με το αν επικεντρώνονται στον πελάτη σαν μεμονωμένο άτομο ή ως μέλος μιας ομάδας. Ακόμη εξετάζει δύο πτυχές: εάν η θεραπεία δίνει έμφαση σε υποσκιασμένα γεγονότα και συναισθήματα ή αν στοχεύει στην άμεση και συστηματική αντιμετώπιση παρόντων προβλημάτων δηλαδή συμπτωματική θεραπεία.

Ο θεραπευτής σε όλα αυτά μέσω της ουδετερότητας του, της ερμηνείας και της πειθούς μπορεί να επιφέρει την γνωστική και συμπεριφοριστική βελτίωση. Μέσω της θεραπευτικής σχέσης προσφέρεται ελπίδα, αίσθημα κυριότητας του εαυτού και συναισθηματική ανακούφιση.

Γενικά, αναφέρει ένα πλήθος σχολών θεραπείας που όλες παρέχουν ένα προστατευτικό περιβάλλον όπου οι ασθενείς αισθάνονται ελεύθεροι να εκφράσουν καταπιεσμένες και απαγορευμένες σκέψεις. Σ' αυτά τα είδη συμπεριλαμβάνονται γνωστικές, συμπεριφοριστικές και συναισθηματικές μεταβλητές, και στην ουσία διαφέρουν στην έμφαση που δίνουν σε κάθε πτυχή της λειτουργίας του ατόμου. Συνεχίζοντας εξετάζει τις ομοιότητες ανάμεσα στα μοντέλα αυτά. Όσον αφορά τη μεταβίβαση οι ασθενείς κατά την ψυχαναλυτική προσέγγιση, εκφράζουν συναισθήματα και σκέψεις απ' το παρελθόν που συχνά προκύπτουν από την αλληλεπίδραση με τους γονείς του ατόμου. Τα ίδια γεγονότα λαμβάνουν χώρα και στην πελατοκεντρική προσέγγιση του Rogers όπου εμφανίζονται οι θεωρίες μάθησης. Μέσω της εξερεύνησης του παρελθόντος, σιγά σιγά αποδυναμώνονται τα

παλιά πρότυπα συμπεριφοράς που προκαλούν δυσφορία και στην θέση τους μαθαίνονται άλλα νέα. Τέλος οι ερμηνείες διατηρούν και διεγείρουν την αυτοπεποίθηση του πελάτη και τον επηρεάζουν ως προς το τι ο θεραπευτής θεωρεί να είναι η καλή κατεύθυνση προς τη βελτίωση του. (Frank & Frank, 1961)

Κατά την πορεία του κινήματος της σύνθεσης των μοντέλων ψυχοθεραπείας, άλλο σημαντικό πρόσωπο που συνέβαλε ήταν ο Franz Alexander. Αυτός, στο άρθρο του με τίτλο «The dynamics of psychotherapy in the light of learning theory» που δημοσιεύθηκε το 1963 υποστήριξε ότι η Ψυχαναλυτική θεραπεία μπορεί να γίνει κατανοητή με όρους των θεωριών της μάθησης. Σύμφωνα με τον Alexander οι περισσότερες γνώσεις για τις ψυχοδυναμικές αρχές της ψυχοθεραπείας προέρχονται από την ψυχοδυναμική διαδικασία. Αναφέρονται κάποιοι παράγοντες ως η αιτία της συμμόρφωσης και της ενότητας των υποστηρικτών της ψυχανάλυσης όπως η πολυπλοκότητα της ψυχοδυναμικής διαδικασίας και η καταπολέμηση της αβεβαιότητας που αυτή προβάλλει. Παρόλα αυτά όμως, όπως προκύπτει, δεν υπάρχει σημαντική αμφισβήτηση για την ύπαρξη βάσιμων παρατηρήσιμων ευρημάτων και αυτό επιβεβαιώνεται από τα σημεία στα οποία συμφωνούν οι ψυχαναλυτές των διαφόρων θεωρητικών πεποιθήσεων που είναι τα εξής:

Αρχικά ο συγγραφέας, υποστηρίζει ότι κατά την θεραπευτική διαδικασία, οι ασυνείδητες-καταπιεσμένες σκέψεις του ασθενή, γίνονται συνειδητές, και το συνειδητό πια ΕΓΩ μπορεί να συντονίσει και να ενοποιήσει το περιεχόμενο της προσωπικότητας- συνειδητό και ασυνείδητο. Δύο παράγοντες που συμβάλλουν και κινητοποιούν τις ασυνείδητες σκέψεις είναι η ερμηνεία του υλικού που παρουσιάζεται κατά την ελεύθερη σύνδεση (θεραπευτή - θεραπευόμενου) καθώς και η μεταβίβαση. Η μεταβίβαση είναι οι συναισθηματικές διαπροσωπικές εμπειρίες του ασθενή κατά την θεραπευτική διαδικασία, δηλαδή ο νευρωτικός ασθενής θα εμφανίσει τυπική νευρωτική στάση προς τον θεραπευτή. Η στάση αυτή μπορεί να είναι τα συναισθήματα του παιδιού προς το γονέα . Καθοριστικός παράγοντας είναι επίσης η αντικειμενική και απρόσωπη στάση του θεραπευτή κατά την διαχείριση του ασυνείδητου υλικού. Στην περίπτωση της μεταβίβασης λοιπόν ο θεραπευτής πρέπει να τον ενθαρρύνει να είναι ο εαυτός του και να εκφράσει τις καταπιεσμένες σκέψεις και αυτό γίνεται και ο σκοπός της θεραπείας.

Στη συνέχεια άλλο κοινό στοιχείο σύμφωνα με τον Alexander είναι η αντίσταση που παρουσιάζει ο ασθενής κατά την αναγνώριση του ασυνείδητου περιεχομένου της

προσωπικότητας του, και το οποίο αποτελεί σημαντικό τεχνικό πρόβλημα της θεραπείας. Κατά την διαδικασία αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο δίνεται έμφαση σε δύο έννοιες που είναι η γνωστική διορατικότητα που στόχο έχει να σταματήσει τα νευρωτικά πρότυπα και οι συναισθηματικές εμπειρίες.

Σημαντική ομοφωνία παρατηρείται όσον αφορά τον παράγοντα της προσωπικότητας του θεραπευτή και παραπέμπει στο φαινόμενο της αντιμεταβίβασης. Πρώτος ο Freud παρουσίασε αυτή την έννοια, εξηγώντας ότι ο ασθενής βλέπει στο πρόσωπο του θεραπευτή την μητέρα ή τον πατέρα του, και βιώνει ξανά τα γεγονότα του παρελθόντος, αυτή τη φορά μη διαταραγμένα καθώς τη θέση των γονέων αντικαθιστά ο θεραπευτής.

Σύμφωνα με τον Alexander, είναι πολύ σημαντικό κατά την θεραπευτική διαδικασία να δίνεται έμφαση στο παρόν. Ακόμη και αν το βιογραφικό του ασθενούς ξεκινά από το παρελθόν, η ερμηνεία πρέπει να στηρίζεται στην παρούσα δραστηριότητα του. Το άτομο κατά την θεραπεία του μαθαίνει να καταλαβαίνει και να αντιλαμβάνεται τα κίνητρά του και να διαχειρίζεται την κατάσταση. Λαμβάνει χώρα μία συναισθηματική ωρίμανση όπως το παιδί που μαθαίνει από τους γονείς, ενσωματώνει την στάση τους και έτσι δεν χρειάζεται πια την καθοδήγησή τους.

Ο συγγραφέας καταλήγει στο ότι η θεραπευτική διαδικασία είναι μία διαδικασία συναλλαγής που ερμηνεύεται μέσα από τις αρχές της μάθησης και αυτές είναι η ενίσχυση, η τιμωρία και η επίδραση επαναλαμβανόμενων εμπειριών. Η μάθηση ορίζεται σαν μία αλλαγή που προκύπτει από προηγούμενες εμπειρίες. Κάθε μαθησιακή διαδικασία έχει δύο συστατικά, το πρώτο είναι αυτό που ωθεί την διαδικασία της αλλαγής να ξεκινήσει και το δεύτερο είναι τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς που απαιτούνται. Όταν η αντίδραση, δηλαδή το αποτέλεσμα σ' αυτά τα συμπεριφοριστικά πρότυπα είναι επαρκή, και προκαλεί ευχαρίστηση, τότε γίνεται λόγος για ενίσχυση. Το αποτέλεσμα επαναλαμβάνεται, μέχρι να αυτοματοποιηθεί και να μην χρειάζεται πλέον προσπάθεια. Παρά την ύπαρξη κάποιων σημείων διαφοροποίησης ανάμεσα στα διαφορετικά ήδη μάθησης υπάρχει κοινή βάση στη σύνδεση τριών μεταβλητών που είναι το κίνητρο της συμπεριφοράς, η συμπεριφοριστική απόκριση και η ευχάριστη εμπειρία που είναι η ενίσχυση. Στην ψυχοθεραπεία η ενίσχυση στηρίζεται σε μία διαπροσωπική σχέση, όπου το άτομο καταφέρνει να συνδεθεί επαρκώς με το θεραπευτή του, έπειτα με το περιβάλλον του και τέλος με την ιδανική εικόνα του εαυτού του.

Από τα παραπάνω, ο Alexander, (1963) (όπως αναφέρεται στους Marks & Gelder, 1966) φτάνει στο συμπέρασμα ότι οι διαφορές που διαφαίνονται μέσα από την ανασκόπηση

των διαφόρων προσεγγίσεων, προκύπτουν από το γεγονός ότι οι απόψεις των συγγραφέων δεν ανταποκρίνεται με ακρίβεια σε ό, τι εφαρμόζουν όταν θεραπεύουν τους ασθενείς τους. Επίσης, η πρακτική- εφαρμογή των μεθόδων δεν απορρέει απευθείας από την θεωρία. Αυτό επαληθεύει και προωθεί την ενοποίηση των διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Οι Marks και Gelder, (1966) έκαναν μία σύγκριση των ομοιοτήτων και διαφορών ανάμεσα στην συμπεριφοριστική και την ψυχαναλυτική θεραπεία. Στόχος τους να δείξουν το κοινό έδαφος ανάμεσα τους, βάζοντας ένα λίθο στο κίνημα της σύνθεσης των ψυχοθεραπευτικών μοντέλων

Στο άρθρο τους με τίτλο «Common ground between Behavior therapy and psychoanalytic methods», παραθέτουν δύο αντιφατικές μεταξύ τους φράσεις, μέσα από τις οποίες φαίνεται η διαφορά ανάμεσά τους. Η πρώτη είναι του Kimble, (1961) (όπως αναφέρεται στους Marks & Gelder, 1966), και υποστηρίζει ότι υπάρχουν πολλοί παραλληλισμοί ανάμεσα στην προσέγγιση του προβλήματος της προσωπικότητας υπό τη σκοπιά των θεωρητικών της μάθησης και των ψυχαναλυτών. Η δεύτερη (Grossberg, 1964 αναφ. στους Marks & Gelder, 1966) που δείχνει την απόκλιση ανάμεσα τους, υποστηρίζει ότι η συμπεριφοριστική θεραπεία προκύπτει από την απόρριψη των ψυχοδυναμικών θεωριών και συνίσταται στην εφαρμογή των αρχών της μοντέρνας θεωρίας της μάθησης για την θεραπεία των διαταραχών της συμπεριφοράς.

Παρά όμως την αντίθεση αυτή, κατά τους Marks και Gelder πρέπει οι διαφορετικές απόψεις ανάμεσα στις δύο προσεγγίσεις να συμβιβαστούν για δύο λόγους: Υπάρχει πράγματι κοινό έδαφος και εάν εξεταστούν προσεκτικά τα σημεία σύγκλισης και απόκλισης προκύπτει ότι και οι δύο είναι απαραίτητες για την πρακτική της ψυχιατρικής. Η ψυχολογική θεωρία είναι ευέλικτη και δεν περιορίζεται στην χρήση της μίας ή της άλλης προσέγγισης. Ξεκινώντας με τις διαφορές, υποστηρίζουν ότι οι υποστηρικτές της συμπεριφοριστικής θεραπείας κινούνται προς περισσότερο περιορισμένους θεραπευτικούς στόχους και επικεντρώνονται κυρίως στην ανακούφιση των συμπτωμάτων κατά περίπτωση. Από την άλλη πλευρά οι ψυχοθεραπευτές προσπαθούν να πετύχουν αναδιοργάνωση της προσωπικότητας με πιο θεμελιώδη τρόπο και ασχολούνται με τα προβλήματα των ασθενών σε πιο ευρύ πλαίσιο.

Όμως το ζήτημα που προκύπτει αφορά την προέλευση της εκάστοτε θεραπείας- είτε δηλαδή προέρχεται από θεωρίες της μάθησης είτε από την ψυχαναλυτική θεωρία. Η

συμπεριφοριστική θεραπεία χρησιμοποιεί ποικιλία μεθόδων σύμφωνα με την θεωρία της μάθησης, με σκοπό την αφαίρεση των συμπτωμάτων, και των σχηματισμό νέων προτύπων συμπεριφοράς, μέσω της εξαρτημένης μάθησης. Η έννοια της επανεκπαίδευσης απέκτησε θεωρητική βάση και αναπτύχθηκε με την εμφάνιση του συμπεριφορισμού. Σήμερα οι ειδικοί της θεραπείας της συμπεριφοράς έχουν σαν βάση τη δουλειά των Pavlov και Watson. Αναφορικά με τις ψυχοδυναμικές μεθόδους, η προσπάθεια των υποστηρικτών της με σκοπό να βοηθήσουν τα άτομα να βρουν νέους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων, έγκειται στην εξερεύνηση των συναισθηματικών και διαπροσωπικών τους σχέσεων. Έτσι έμμεσα αποσκοπούν στην μετατροπή των παρόντων συμπτωμάτων. Το γεγονός ότι και οι δύο διαφορετικές προσεγγίσεις αναπτύχθηκαν την ίδια περίοδο υποδεικνύει τα κοινά τους σημεία. Δηλαδή δίνεται έμφαση στην επιτυχία των φυσικών επιστημών πάνω στην ψυχολογία.

Στη συνέχεια οι Marks και Gelder διατείνονται ότι για καμία από τις δύο θεωρίες-αυτή της μάθησης και την ψυχοδυναμική – δεν υπάρχει ενιαίο σώμα αλλά κάθε μία συνίσταται από πολλά ρεύματα που αποκλίνουν και συγκλίνουν. Εξετάζοντας την κάθε μία σαν ξεχωριστή ενότητα, προκύπτουν οι εξής διαφορές: Η θεωρία της μάθησης ξεκινά από απλά φαινόμενα και προσπαθεί να συγκεντρώσει την εξήγηση των πολύπλοκων συμπεριφορών. Από την άλλη, η ψυχοδυναμική θεωρία ξεκινά από τις πολύπλοκες συμπεριφορές και αποσκοπεί στην ανάλυση τους σε απλούστερα συστατικά.

Υπό την άποψη των κοινών σημείων παρατηρείται η προσπάθεια για χρήση των αρχών της εξαρτημένης μάθησης στην ψυχιατρική από τον Watson. Επίσης τις απόψεις του Freud είχαν σκεφτεί πολλοί συμπεριφοριστές κατά τη δημιουργία των θεωριών τους. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ο Kimble, (1961) παρουσίασε ομοιότητες ανάμεσα στην ψυχαναλυτική θεωρία και στην θεωρία της μάθησης : Και οι δύο έχουν ιστορική προέλευση και υποθέτουν ότι η παρούσα συμπεριφορά είναι το αποτέλεσμα εμπειριών του παρελθόντος. Επίσης, οι θεωρητικές έννοιες όπως ασυνείδητα κίνητρα, μεταβίβαση, πρωταρχικός και δευτερεύον στόχος και συμπεριφορά σύμφωνα με συγκυρίες του παρελθόντος μπορούν να μεταφραστούν σε έννοιες όπως έμφυτα κίνητρα, γενίκευση του ερεθίσματος, ενίσχυση από μείωση του άγχους και επαναμάθηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επίσης οι Marks και Gelder αναφέρουν ότι η αλλαγή που λαμβάνει χώρα κατά την ψυχοθεραπεία είναι μία μαθησιακή διαδικασία που αποτελείται από δύο στάδια. Σ' αυτή την αρχική αλλαγή στην αντίληψη ακολουθούν η ανάπτυξη νέων συνηθειών.

Παρόλα αυτά υπάρχουν πολλές πηγές διαφωνίας. 1)Κάθε μία από τις δύο θεωρίες

εξηγεί συγκεκριμένα γεγονότα. Η θεωρία της μάθησης εξηγεί την πορεία απλών φοβιών με πιο απλό τρόπο αλλά δεν μπορεί να εξηγήσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Απ' την άλλη πλευρά η ψυχαναλυτική θεωρία εξηγεί καλύτερα τις αντιδράσεις της θλίψης. Έτσι και οι δύο θεωρίες χρησιμοποιούνται αλλά καμία δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εξήγηση όλων των κλινικών γεγονότων. 2) Η κάθε θεωρία είναι καλύτερη για κάποια προβλήματα ενώ η άλλη για κάποια άλλα. 3) Μερικές φορές διαφορετικές θεωρίες κάνουν τις ίδιες προβλέψεις. Δηλαδή υπάρχει σημαντική συμφωνία- επικάλυψη στα αποτελέσματα που συνεπάγονται διαφορετικές θεωρίες. Συνεπώς τα γεγονότα μπορούν να συνδέονται ισοδύναμα με πολλές θεωρίες.

Όσον αφορά την ερμηνεία των συμπτωμάτων, οι δύο προσεγγίσεις διαφέρουν: καθώς οι ψυχαναλυτικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα είναι ριζωμένα στην ανάπτυξη της προσωπικότητας ως σύνολου, θεωρούν την συμπτωματική θεραπεία που δεν προβλέπει τις επικείμενες συγκρούσεις ή την νεύρωση, ως ανεξέταστη και επιρρεπή στην υποκατάσταση των συμπτωμάτων ή υποτροπή. Εν αντιθέσει, οι θεωρίες της μάθησης θεωρούν τα συμπτώματα ως δυσπροσαρμοστικές συνήθειες που απλά χρειάζονται απόσβεση της μάθησης ή επαναμάθηση. Συνεπώς, προκύπτει ότι η συμπτωματική θεραπεία αρκεί καθώς και ότι τα πολύπλοκα προβλήματα της προσωπικότητας δεν σχετίζονται με την θεραπεία των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται. Οι συμπεριφοριστικές θεραπείες στοχεύουν στην άμεση μετατροπή των συμπτωμάτων. Αντίθετα οι ψυχαναλυτικού τύπου θεραπείες αποσκοπούν μόνο στην έμμεση ανακούφιση τους κι όχι στην τροποποίηση των συναισθηματικών κινήτρων, και στην διαπροσωπική προσαρμογή.

Παρά την παραπάνω διαφορά ανάμεσα στις θεραπείες της συμπεριφοράς και στην ψυχαναλυτική θεραπεία, εντοπίζονται κάποια στοιχεία - παράγοντες που είναι κοινοί και στις δύο: α) χρησιμοποιούν την συμβουλή και την ενθάρρυνση σε κάποιο βαθμό. Ο ασθενής αναπόφευκτα λαμβάνει συμβουλές σχετικά με προβλήματα της καθημερινότητας, και για την αντιμετώπιση των φόβων του. β) Ο θεραπευτής συζητάει τα συμπτώματα με τον πελάτη, και οπωσδήποτε αποπνέει προσδοκία για βελτίωση του. Τα δύο παραπάνω στοιχεία είναι κοινά και στα δύο είδη θεραπείας αλλά στην συμπεριφοριστική θεραπεία, εμφανίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό. γ) το τρίτο κοινό σημείο είναι η εξέταση του περιβάλλοντος του ασθενή. Οι θεραπευτές αναγνωρίζουν τρέχουσες- πρόσφατες πηγές άγχους και πρότυπα συμπεριφοράς που επαναλαμβάνονται. Κυρίως οι προσανατολισμένοι στην θεραπεία συμπεριφοριστικής προσέγγισης επικεντρώνονται σε στρεσογόνες διαπροσωπικές σχέσεις καθώς επίσης και σε αποκρίσεις που εξαρτώνται από άλλες πηγές

άγχους. Σημειωτέον οι ψυχοθεραπευτές δίνουν έμφαση στο σωστό χρονισμό που θα ερμηνεύσουν την κατάσταση, ώστε να προλάβουν τους ασθενείς πριν επέλθουν σε κατάσταση υπερβολικού άγχους. δ) Ακόμη οι τεχνικές αποστροφής (π.χ. σε συνθήκες σεξουαλικής διαταραχής), είναι κοινός παράγοντας και στις δύο, αν και η χρήση της στην ψυχοδυναμική θεραπεία είναι περιορισμένη.

Τέλος οι Marks και Gelder, τονίζουν την μεγάλη σημασία της θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο. Όπως θα φανεί παρακάτω η θεραπευτική σχέση είναι καθοριστική για την έκβαση όλης της θεραπευτικής διαδικασίας, και εμφανίζεται σχεδόν σε όλες τις διαφορετικές προσεγγίσεις της θεραπείας. Επιβεβαιώνουν αυτό τον ισχυρισμό μέσα από έρευνες που έδειξαν ότι οι ασθενείς, οι οποίοι έκαναν περισσότερες συνεδρίες την εβδομάδα, είχαν μεγαλύτερη βελτίωση από εκείνους με λίγες συνεδρίες.

Καταλήγουν λοιπόν στο συμπέρασμα ότι οι συμπεριφοριστικές και ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις μπορούν να χαρακτηριστούν ως συμπληρωματικές και όχι αντιφατικές και αμοιβαία αποκλειόμενες. Οι θεωρίες της μάθησης ξεκινούν με τα απλά θέματα για να εξηγήσουν τις πολύπλοκες συμπεριφορές, ενώ οι ψυχοδυναμικές θεωρίες, ξεκινούν με τις πολύπλοκες και τις αναλύουν σε επιμέρους στοιχεία. Ο τρόπος και των δύο είναι χρήσιμος και είναι δυνατόν, όπως χαρακτηριστικά υποστήριξαν οι συγγραφείς, η «γλώσσα της καθεμίας να μεταφραστεί στην γλώσσα της άλλης» κατά την διάρκεια της ψυχοθεραπείας. (Marks & Gelder, 1966)

Άλλη προσωπικότητα που συμμετείχε στο κίνημα ήταν ο Weitzman με το άρθρο «Behavior therapy and Psychotherapy» που δημοσιεύθηκε το 1967. Σύμφωνα με τον Weitzman, εδώ και μία δεκαετία υπήρξε μία τάση στις διάφορες ψυχοθεραπείες να αυτοχαρακτηρίζονται σαν συμπεριφοριστικές. Συγκεκριμένα η αποτελεσματικότητα των τεχνικών του Wolpe όπως είναι η συστηματική απευαισθητοποίηση, συνέβαλε στο να αποκαλούνται έτσι. Πολλοί ψυχολόγοι της κλινικής πράξης, δέχτηκαν τις τεχνικές αυτές παρά τις αντιρρήσεις που υπήρξαν από πολλούς ψυχαναλυτές. Έχουν γίνει προσπάθειες για να αποδειχθεί εμπειρικά η ιδιαιτερότητα των επιδράσεων της συστηματικής απευαισθητοποίησης. Σημαντικό είναι ότι με αυτή την μέθοδο δεν ακολουθεί η υποκατάσταση των συμπτωμάτων ούτε η υποτροπή, και ότι σε περίπτωση που αυτό γίνει η υποτροπή δεν είναι σοβαρή και ποτέ καταστροφική. Αυτή η μέθοδος δηλαδή περιορίζεται στον τόπο των αποτελεσμάτων της που είναι η αναίρεση- καταστροφή συγκεκριμένων

εξαρτημένων (συνδεδεμένων) σχέσεων.

Όσον αφορά την νευρωτική διαταραχή ο Eysenck την θεωρεί γενετικά προκαθορισμένη, δηλαδή γενετική η προδιάθεση της πιθανότητας ενός υποκειμένου να αναπτύξει νευρωτικά συμπτώματα πιο εύκολα από κάποιο άλλο υποκείμενο. Προφανώς δεν είναι δυνατόν να αναμένεται ότι η συμπεριφοριστική θεραπεία μπορεί να αλλάξει αυτή την γενετική βάση και έτσι αυτή η πιθανότητα (για ανάπτυξη συμπτωμάτων) παραμένει σταθερή. Όμως λαμβάνοντας υπόψη τις αναφορές της ολικής απουσίας συμπτωμάτων σε ασθενείς που θεραπεύτηκαν με την μέθοδο της συστηματικής απευαισθητοποίησης, φαίνεται ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα στο μοντέλο του Eysenck.

Ο Wolpe (όπως αναφέρεται στον Weitzman, 1967) περιέγραψε την δημιουργία της μεθόδου της συστηματικής απευαισθητοποίησης, μέσω της επανάληψης της μεθόδου του Masserman. Ο τελευταίος προκάλεσε νευρωτική συμπεριφορά σε γάτες χορηγώντας τους φύσημα αέρα καθώς ξεκινούσαν να τρώνε. Ο Wolpe στην επανάληψη του πειράματος αυτού, έδειξε ότι η αντιμετώπιση της όρεξης και της αποφευκτικής ορμής δεν είναι απαραίτητη συνθήκη για την μείωση της της συμπτωματολογίας. Έτσι προκάλεσε ακριβώς την ίδια νευρωτική συμπεριφορά, προκαλώντας σοκ στις γάτες επί τη απουσία φαγητού.

Είναι αξιοσημείωτο κατά τον Weitzman, (1967) ότι ο Wolpe θεώρησε ότι αυτή η διαδικασία υπονομεύει τη σύνδεση συμπτώματος και σύγκρουσης που υποστηρίζει η ψυχαναλυτική θεωρία. Αν και η ερευνά του παρέχει αποδείξεις για τις απαραίτητες συνθήκες, δεν σχετίζεται με την προϋπόθεση ότι η ώθηση των συγκρούσεων είναι επαρκής συνθήκη για τον σχηματισμό των συμπτωμάτων. Στην συνέχεια ο Wolpe αποσύνδεσε την φοβική αντίδραση μέσω μιας σταδιακής προσέγγισης του φοβικού ερεθίσματος με παροχή τροφής σε κάθε στάδιο. Η πρόσληψη τροφής που επαναλήφθηκε σε κάθε δεδομένο στάδιο οδήγησε στην απόσβεση της φοβικής αντίδρασης κάθε φορά και επέτρεψε την έναρξη λήψης τροφής από τις γάτες στο επόμενο στάδιο. Τα ζώα εν τέλει απέβαλαν κάθε σημάδι νευρωτικής συμπεριφοράς. Το αποτέλεσμα αυτό εκλογικεύτηκε από την υπόθεση ότι η απόκριση της κατανάλωσης τροφής αναστέλλει το άγχος και οδηγεί στην απόσβεση της πρόκλησης του, επί το ερέθισμα που παρουσιάζεται σε κάθε στάδιο της διαδικασίας. Ο Wolpe αιτιολόγησε ότι η τροφή είναι μόνο μία από τις συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται για να αποτρέψουν το άγχος. Αυτό οδηγεί στην εφαρμογή της διαδικασίας της συστηματικής απευαισθητοποίησης σε ανθρώπινα υποκείμενα. Αντικατέστησε λοιπόν την τροφή με την χαλάρωση σαν ανασταλτικό παράγοντα το άγχος.

Σ' αυτό το σημείο σύμφωνα με τον Weitzman, θα φανεί η σχέση της συστηματικής

απευαισθητοποίησης με την ψυχανάλυση καθώς και πώς αυτή μπορεί να εφαρμοστεί στις ψυχαναλυτικές διαδικασίες: Σε αντίθεση με τα ζώα, τα ανθρώπινα υποκείμενα εξασκούνται σε εθελούσια χαλάρωση. Η εξάσκηση αυτή τους κατευθύνει να παρατηρήσουν προσεκτικά συγκεκριμένες εσωτερικές καταστάσεις που αποτελεί μία πολύπλοκη διαδικασία και τότε παρουσιάζεται ένα ερέθισμα. Με άλλα λόγια τα υποκείμενα παρακινούνται να φανταστούν ένα ερέθισμα που προηγουμένως είχαν περιγράψει στον θεραπευτή τους (ζωντανός οραματισμός μίας σκηνής). Αυτός ο οραματισμός είναι το ερέθισμα της συστηματικής απευαισθητοποίησης. Κατά τη διάρκεια αυτού του οραματισμού επικρατεί ησυχία, και το μόνο που συμβαίνει είναι η εσωτερική διαδικασία του ασθενή. Συνεπώς η διαδικασία αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί σαν αυθόρμητη και αυτόνομη φαντασία, όπως συμβαίνει στις ψυχοδυναμικά προσανατολισμένες θεραπείες.

Παρόλα αυτά, ο γράφων υποστηρίζει ότι τα δεδομένα της συστηματικής απευαισθητοποίησης δεν έχουν αξιοποιηθεί ούτε από την ψυχανάλυση ούτε από την γνωστική θεραπεία, ώστε να παρέχεται η δυνατότητα για θεωρητική ανάπτυξη. Διακρίνει κάποια σημαντικά θέματα που παραμένουν μπερδεμένα και χρειάζεται να διαχωριστούν. Οι υποστηρικτές της συμπεριφορικού τύπουθεραπείας υποστηρίζουν ότι η κλινική επιτυχία της, υπερνικά και ακυρώνει την ψυχανάλυση. Αυτό οφείλεται σε δύο λόγους: αρχικά, στο γεγονός ότι ο Freud δεν έχει διαχωρίσει την θεωρία και την θεραπευτική πράξη σαν δύο ξεχωριστές προσπάθειες. Η άλλη αιτία είναι η υποτροπή και υποκατάσταση των συμπτωμάτων. Αυτό παρατηρείται όταν τα συμπτώματα απλώς υποχωρήσουν και δεν θεραπευτούν, διότι η θεραπεία που εφαρμόζεται δεν εμβαθύνει στην υποκείμενη αιτία. Έτσι είναι πιθανόν να εμφανιστούν ξανά (τα συμπτώματα) με τη μορφή άλλων συμπτωμάτων. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να ακολουθείται κάποιο πλάνο θεραπείας, το οποίο να θεραπεύει και να αποβάλλει ένα σύμπτωμα άμεσα.

Προχωρώντας σε ένα άλλο θέμα, εκτός από τον ισχυρισμό του Eysenck για το γεγονός ότι οι επιδράσεις της ψυχοθεραπείας μπορούν να εξηγηθούν με όρους της θεωρίας της μάθησης, μένει να εξεταστεί και το ότι οι επιδράσεις της συμπεριφοριστικής θεραπείας μπορούν να γίνουν κατανοητές με όρους της ψυχανάλυσης. Σύμφωνα με τον Weitzman, όσον αφορά την ψυχαναλυτική ερμηνεία της συστηματικής απευαισθητοποίησης, πολλές διατυπώσεις έχουν γίνει από τον Freud που συμβάλλουν σ' αυτήν. Η ανάλυση του άγχους, αποδίδει τρία χαρακτηριστικά: 1) ειδική- δυσάρεστη ποιότητα, 2) φαινόμενα εκκένωσης, και 3) αντίληψη των παραπάνω. Αυτά συμβαίνουν πράγματι στο συμπτωματικό άγχος, και το σηματοδοτούν προκαλώντας κινητοποίηση του εγώ και συνεπώς δημιουργία των

συμπτωμάτων. Η αντιμετώπιση μπορεί να γίνει με παρορμήσεις που γενικεύουν το σήμα του άγχους, παραδείγματος χάριν, ζητώντας από τον ασθενή να φανταστεί να φανταστεί τον εαυτό του σε μία παρόρμηση την οποία συνήθως αποφεύγει.

Φτάνοντας στο τέλος της έρευνας του ο Weitzman, υποστηρίζει ότι η ερμηνεία της μεταβίβασης στην θεραπευτική σχέση απαιτεί θεωρητική βάση. Επιχειρήματα έχουν προταθεί με σκοπό να πειστούν οι ψυχοθεραπευτές για το λόγο που αντιστέκονται στην χρήση της συστηματικής απευαισθητοποίησης. Το κυριότερο κίνητρο αυτής της προσπάθειας, είναι η πεποίθηση του συγγραφέα ότι η μέθοδος αυτή λειτουργεί αποτελεσματικά και πετυχαίνει την αλλαγή της συμπεριφοράς αξιόπιστα και με θεραπευτικό τρόπο. (Weitzman,1967).

Συνεχίζοντας, στο άρθρο του με τίτλο «Psychotherapy by a Combined Behavioral and Psychoanalytic Approach», ο Brady, (1968) επιχειρεί να παρουσιάσει την ψυχοθεραπεία μέσα από το συνδυασμό της συστηματικής απευαισθητοποίησης με τις βραχείες ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, δηλαδή συνδυάζει την συμπεριφοριστική θεραπεία με την ψυχανάλυση.

Ξεκινώντας με την συμπεριφοριστική θεραπεία, υποστηρίζει ότι αυτή η προσέγγιση επικεντρώνεται στην ανάλυση της συμπεριφοράς με την εφαρμογή τεχνικών που στοχεύουν στην άμεση εξαφάνιση ή βελτίωση των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών. Τέτοιες τεχνικές είναι η συστηματική απευαισθητοποίηση η οποία προέρχεται από την εφαρμογή των αρχών της μάθησης. Η άλλη προσέγγιση, η ψυχοδυναμικά προσανατολισμένη θεραπεία, επικεντρώνεται στις ενδοψυχικές συγκρούσεις και στις διαπροσωπικές σχέσεις από τις οποίες υποθέτουν ότι προέρχονται τα νευρωσικά συμπτώματα.

Ο Brady εξετάζοντας τις διαφορές στην θεωρία και την πράξη συναντάει κοινά στοιχεία ανάμεσα στις δύο προσεγγίσεις καθώς και σημεία που η μία συμπληρώνει την άλλη. Πολλοί υποστηρίζουν ότι δεν είναι αποκλειόμενες μεταξύ τους αλλά απλά μία διαφορετική εννοιολόγηση των ίδιων φαινομένων. Όσον αφορά τον πρακτικό τομέα κάποιοι ψυχαναλυτές πρότειναν τεχνικές που αποτελούν μέρος της συμπεριφοριστικής θεραπείας. Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι ο Freud ασπάζεται κάποιες τεχνικές της συμπεριφοριστικής προσέγγισης στις οποίες το άγχος του ασθενούς μειώνεται όταν αυτός εκτίθεται σταδιακά σε πραγματικές καταστάσεις ή με τη φαντασία του και τότε το άγχος αναστέλλεται από άλλες αποκρίσεις. Για παράδειγμα ένα άτομο με αγοραφοβία σχεδόν ποτέ δεν ξεπερνάει το πρόβλημα του με το να περιμένει απλά να τον θεραπεύσει η ψυχανάλυση.

Αντίθετα πρέπει να παλέψει ο ίδιος με το άγχος του. Επίσης τα επιθυμητά αποτελέσματα της συμπεριφοριστικής θεραπείας οφείλονται περισσότερο στην λειτουργία της μεταβίβασης, και στην καθοδήγηση παρά σε διαδικασίες εξάρτησης. Όταν ξεκινάει η θεραπεία και η εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών, ο θεραπευτής βοηθάει τον ασθενή να αποκτήσει μία καθαρή εικόνα της διαταραχής του, και αιτίες που πιθανόν συμβάλλουν στην διατήρηση της. Στην συνέχεια τον ενισχύει συναισθηματικά και τον καθοδηγεί. Έτσι εκτός από την εφαρμογή των μεθόδων εξάρτησης υπάρχει έντονη αλληλεπίδραση ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο που αποδεικνύεται θεραπευτική και αποτελεσματική καθώς επίσης και παρέχει υποστηρικτικά ερμηνευτικά εργαλεία. Προκύπτει δηλαδή ότι οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται με συστηματικό τρόπο στις ψυχοδυναμικές διαδικασίες είναι παρούσες και μάλιστα συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην επιτυχία της συμπεριφοριστικής θεραπείας. Από την παραπάνω αναφορά διαφαίνεται η σημασία του παράγοντα της θεραπευτικής σχέσης όπως υποστήριξαν και πολλοί άλλοι συγγραφείς, πάνω στους κοινούς παράγοντες των ψυχοθεραπευτικών μοντέλων.

Ο Brady, έπειτα υποστηρίζει ότι είναι απαραίτητο να γίνει προσεκτική έρευνα γύρω από την κλινική πράξη καθώς οι δύο προσεγγίσεις αποκλίνουν κυρίως στην ορολογία που χρησιμοποιούν και στον τρόπο αξιολόγησης των ασθενών. Όπως προαναφέρθηκε φαίνεται να εξηγούν τα ίδια φαινόμενα με άλλο τρόπο. Γι' αυτό τον λόγο ο συγγραφέας εξηγεί την έννοια της νεύρωσης όπως αυτή διατυπώνεται από τις δύο διαφορετικές σχολές. Οι ειδικοί της συμπεριφοριστικής θεραπείας, εννοούν ως νευρωτισμό την συλλογή συγκεκριμένων συμπεριφοριστικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα το άτομο με τυπική αγοραφοβία, πιθανόν να επιδείξει άγχος σε περιστάσεις όπως το να βγαίνει μόνο από το σπίτι και να βρίσκεται σε πολυσύχναστο μέρος. Η κατάσταση αυτή μπορεί να επιδεινωθεί και από τη σχέση με τον σύντροφο του/της. Ο ψυχολόγος της συμπεριφοριστικής θεωρίας, θα επικεντρωθεί στα συμπτώματα αγοραφοβίας με την αποδυνάμωση- αποσύνδεση του άγχους με την έξοδο από το σπίτι χωρίς συνοδεία. Έτσι ανακουφίζοντας τα συμπτώματα, το άτομο θα έχει γενική βελτίωση, αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση.

Οι ψυχαναλυτές δεν ταυτίζουν τη νεύρωση με τα συμπτώματα αγοραφοβίας αλλά με υποκείμενες- εσωτερικές συγκρούσεις του ατόμου που προκύπτουν από ανάγκη για εξάρτηση σε άτομα. Μέσα από αυτές φαίνεται και ο ψυχισμός- η κατασκευή του χαρακτήρα του ατόμου. Έτσι εάν επιλυθούν αυτές, θα υποχωρήσουν και τα συμπτώματα της διαταραχής (αγοραφοβία). Γενικά πρέπει να αξιολογούνται όλες οι πτυχές της συμπεριφοράς και η γενικότερη ψυχοσύνθεση των ασθενών καθώς φαίνεται ότι η

συμπεριφοριστική θεραπεία βελτιώνει κάποιες πτυχές του ατόμου και η ψυχαναλυτική κάποιες άλλες. Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η πιο ιδανική θεραπεία για κάποιους ασθενείς είναι η συνδυασμένη προσέγγιση – συμπεριφοριστική και ψυχαναλυτική θεραπεία μαζί.

Τον συνδυασμό των δύο αυτών προσεγγίσεων εξετάζει ο Brady, με την περιγραφή μιας μελέτης περίπτωσης. Ο γάμος μιας νεαρής γυναίκας 25 χρονών χαρακτηριζόταν από ψυχρότητα και προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις της με τον σύζυγό της. Οι συνουσίες τους δεν ολοκληρώνονταν ποτέ με οργασμό. Επίσης υπό την επήρεια έντονου άγχους ένιωθε να εξαρτάται από τον σύζυγό της. Έχοντας αυτά τα χαρακτηριστικά ξεκίνησε ψυχοθεραπεία με έμφαση στις πρώιμες εμπειρίες και στις συζυγικές σχέσεις της. Φάνηκε ότι ο πατέρας της ήταν αυταρχικός ενώ η μητέρα της στοργική και κοντά στα παιδιά της ώστε να απαλύνει τις καταστάσεις. Η κοπέλα υποστήριξε ότι τα προβλήματα στην σεξουαλική ζωή της πιθανόν να σχετίζονταν με το φτωχό πρότυπο που ο πατέρας της παρουσίαζε ως σύζυγος- εραστής καθώς και η ασθενής σχέση του μαζί της. Επίσης παραδέχτηκε ότι οι αντιδράσεις της απέναντι στον άντρα της ήταν υπερβολικές καθώς αυτός ήταν απαιτητικός και ελεγκτικός. Αρχικά δεν υπήρχαν σημάδια βελτίωσης της κατάστασης. Εν τέλει η ψυχρότητα που την χαρακτήριζε θεραπεύτηκε μέσω της μεθόδου της συστηματικής απευαισθητοποίησης. Επήλθε σε μία κατάσταση χαλάρωσης με τη βοήθεια ενός φαρμάκου (brevital). Έπειτα ο θεραπευτής την παρότρυνε να φανταστεί σεξουαλικές σκηνές με τον σύζυγό της ξεκινώντας με την αρχική σεξουαλική προσέγγιση και τελειώνοντας με τη συνουσία αλλά μόνο αυτές που δεν χαρακτηριζόταν από έντονο άγχος. Δέκα- επτά συνεδρίες χρειάστηκαν για τη συγκεκριμένη ασθενή διάρκειας περίπου 30 λεπτών. Κατά την μέθοδο της συστηματικής απευαισθητοποίησης παρουσιάστηκε σταθερή βελτίωση, και όταν ολοκληρώθηκε η θεραπεία, το ζευγάρι έζησε ευχάριστη σεξουαλική εμπειρία για πρώτη φορά. Οι αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις εξαφανίστηκαν και η κοπέλα μπορούσε πλέον να βιώσει τον οργασμό. Επίσης την βελτίωση της σεξουαλικής σχέσης ακολούθησε η βελτίωση στον γάμο τους γενικότερα. Ο συγγραφέας, συνέχισε τις συνεδρίες με την κοπέλα, και μέσα σ' αυτό το χρονικό διάστημα οι σχέσεις της με τον πατέρα της επαναπροσδιορίστηκαν, με έμφαση στα συναισθήματα της που σχετίζονταν με τον άντρα της. Επίσης ο τελευταίος παρομοίως έκανε κάποιες συνεδρίες με στόχο να γίνει πιο κατανοητός στις ανάγκες της συζύγου του για αυτονομία και ανεξαρτησία.

Συμπερασματικά, μέσα από αυτή τη βραχυπρόθεσμη ψυχοθεραπεία σύμφωνα με τον Brady, προκύπτει ότι μία συνδυασμένη προσέγγιση θα ήταν επαρκής για την

αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής λαμβάνουν χώρα στοιχεία που ανήκουν και στις δύο προσεγγίσεις. Τέτοια είναι οι εσωτερικές συγκρούσεις λόγω του ασθενούς γονεϊκού προτύπου και επίσης από τη σύνδεση του άγχους της θεραπευομένης με την σεξουαλική διαδικασία.

Προχωρώντας στην αναδρομή στο κίνημα της σύνθεσης των διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών μοντέλων, ο Sloane το 1969 έδωσε έμφαση στους κοινούς παράγοντες ανάμεσα σε τρεις ψυχοθεραπευτικές κατευθύνσεις: την ψυχανάλυση, την συμπεριφοριστική και την πελατοκεντρική προσέγγιση. Επίσης τόνισε τη συμμετοχή των αρχών μάθησης σε κάθε θεραπευτική αλλαγή. Πρότεινε αυτή την άποψη μέσα από το άρθρο του με τίτλο «The Converging paths of Behavior and Psychotherapy». Όπως αυτός υποστηρίζει η ψυχοθεραπεία είναι δύσκολο να οριστεί. Τα χαρακτηριστικά της γίνονται αντιληπτά ανάλογα με τον προσανατολισμό του ατόμου που την εξετάζει. Ο απώτερος στόχος της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας είναι να αλλάξει τον τρόπο που ένα άτομο σκέφτεται και πράττει. Παρά όμως το γεγονός ότι αυτός ο στόχος είναι ειδικός (συγκεκριμένος), υπάρχει μία ποικιλία μεθόδων και θεραπειών.

Οι παράγοντες που σύμφωνα με τον Sloane, είναι κοινοί στα τρία μοντέλα είναι οι εξής: α) η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο, β) το περιεχόμενο της που συζητιέται και αναλύεται και γ) οι τεχνικές όπως η ερμηνεία, η αντι-εξάρτηση (counterconditioning) και η ενίσχυση. Αυτά τα στοιχεία διαφαίνονται μέσα από την εξέταση των προσεγγίσεων, και πρέπει να σημειωθεί ότι ο παράγοντας αυτός ορίζεται με διαφορετικούς όρους σε κάθε μία.

Αρχικά όσον αφορά τη θεραπευτική σχέση, στο ψυχαναλυτικό μοντέλο, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, παρουσιάζονται ασυνείδητες ψυχικές διαδικασίες που χρειάζεται να διευκρινιστούν ώστε να γίνουν κατανοητά τα συμπτώματα. Επίσης ο ψυχαναλυτής και ο ασθενής επιδρούν ο ένας στον άλλον κατά την προσπάθεια για κατανόηση αυτών (συμπτωμάτων). Ο ασθενής έχει συναισθήματα για τον θεραπευτή του που προέρχονται από προηγούμενες συναισθηματικές εμπειρίες. Η μεταβίβαση ίσως λαμβάνει χώρα, η οποία είναι σημαντικό τεχνικό κομμάτι της θεραπείας. Το άλλο σημαντικό πρόσωπο της θεραπευτικής σχέσης είναι ο θεραπευτής. Όπως δηλώνει ο Sloane, η βαρύτητα μετατοπίζεται από την έννοια του, ως σταθερό θεραπευτικό όργανο στην ιδιοσυγκρασία του, στα χαρακτηριστικά και την πρακτική του εμπειρία. Ένας θεραπευτής για να θεωρηθεί καλός και να έχει πιθανότητα να πετύχει την βελτίωση του πελάτη του

πρέπει να διαθέτει εμπάθεια, κατανόηση, ευελιξία καθώς και να σέβεται την αξιοπρέπεια και ακεραιότητα του. Επίσης να είναι γνήσιος και με ανιδιοτελή στάση. Αυτές οι ιδιότητες παρατηρούνται λίγο πολύ και στις τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις. Στην θεωρία του Bandura για την κοινωνική μάθηση μέσω μίμησης προτύπου πάλι είναι σημαντικότερη η προσωπικότητα του θεραπευτή. Οι αλλαγές που υπόκειται ο πελάτης οφείλονται στο γεγονός ότι μαθαίνει τις αξίες του θεραπευτή του και τις υιοθετεί. Τέλος ο Rogers στην πρωσοποκεντρική- πελατοκεντρική προσέγγισή του υποστηρίζει ότι η ουσία της θεραπείας δεν στηρίζεται στην επιστημονική γνώση του θεραπευτή, την εννοιολογική βάση της προσέγγισης ούτε στις σημαντικές τεχνικές που εφαρμόζονται. Αντίθετα, είναι καθοριστικής σημασίας η προσωπικότητα και τα χαρακτηριστικά του ψυχοθεραπευτή με το να δείξει ενδιαφέρον και επιμονή στην θεραπεία.

Ο δεύτερος κοινός παράγοντας ανάμεσα στα μοντέλα είναι το υλικό της συζήτησης-θεραπείας δηλαδή όσα διατυπώνονται και συζητιούνται. Αποτελείται από τις έγνοιες και τις αγχώδεις σκέψεις του πελάτη και τυχόν οφείλονται σε ελλείψεις και ανεπάρκειες. Η θεραπεία περιστρέφεται γύρω από από γεγονότα του παρόντος και παρελθόντος με έμφαση στα συναισθήματα που γεννιούνται στον ασθενή και όχι στα γεγονότα καθ' εαυτά. Επίσης εξετάζονται οι μνήμες από το παρελθόν και ερμηνεύονται με βάση την παρούσα συμπεριφορά (κυρίως στην ψυχανάλυση). Ακόμη, αντικείμενο της θεραπείας είναι τα νευρωσικά συμπτώματα που οι υποστηρικτές της συμπεριφοριστικής προσέγγισης θεωρούν τις μαθημένες- εξαρτημένες συνήθειες δράσης που κινητοποιούνται από το άγχος. Αυτά τα αγχογόνα ερεθίσματα πηγάζουν από παρελθούσες εμπειρίες του ατόμου. Έτσι ο νευρωτισμός και οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές γίνονται οι προσπάθειες του να μειώσει το άγχος του μέσω της αποφυγής ή της παραίτησης. Ο θεραπευτής τότε στοχεύει στην κατάργηση- απόσβεση της μάθησης των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών μέσω διαδικασιών απεξάρτησης.

Το τρίτο στοιχείο που παρουσιάζεται κοινό στις τρεις προσεγγίσεις είναι οι τεχνικές που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής. Φαίνεται ότι τα διαφορετικά μοντέλα διαφέρουν μόνο στις τεχνικές που χρησιμοποιούν. Σε πρακτικό κομμάτι στοχεύουν να προσεγγίσουν τον ίδιο στόχο αλλά «μέσα από άλλα μονοπάτια». Οι προσανατολισμένοι στην συμπεριφορά θεραπευτές χρησιμοποιούν συστηματικές αποκρίσεις (χαλάρωση) που αντιστέκονται στα ερεθίσματα που προκαλούν άγχος και έτσι απαλείφουν την μάθηση (αμοιβαία αναστολή). Αυτή, αποδυναμώνει την σύνδεση των ερεθισμάτων με το άγχος. Τέλος ο θεραπευτής κινητοποιεί τις δυσαρμονικές σκέψεις και απαλείφει το άγχος που προκύπτει από την

λανθασμένη αντιμετώπιση του. Μια άλλου είδους συμπεριφοριστική προσέγγιση είναι η συντελεστική εξαρτημένη μάθηση. Εδώ τονίζεται η έννοια της αμοιβής η οποία μπορεί να ελέγξει την συμπεριφορά, να τη σχηματίσει και αυτή να διατηρηθεί. Ο ασθενής με σκοπό να κερδίσει την αμοιβή, συμπεριφέρεται με συγκεκριμένο τρόπο και υιοθετεί επιθυμητά πρότυπα συμπεριφοράς. Σύμφωνα με το ψυχοθεραπευτικό μοντέλο του Rogers, ο πελάτης γίνεται πρόθυμος να συνεργαστεί και έτσι ικανοποιείται από την εξερεύνηση του εαυτού του. Τα δύο αυτά στοιχεία εξασφαλίζουν και την επιτυχία της θεραπείας. Γίνεται επίσης ερμηνεία της κατάστασης με στόχο την διορατικότητα. Η διορατικότητα ορίζεται ως η ικανότητα να προβλέπει κάποιος την έκβαση των πραγμάτων. Πιο συγκεκριμένα αποτελεί το εννοιολογικό πλαίσιο μέσω του οποίου ο θεραπευτής εδραιώνει, ή προσπαθεί να εδραιώσει τη λογική σχέση ανάμεσα στα γεγονότα, τα αισθήματα και τις εμπειρίες που στο μυαλό του θεραπευόμενου δείχνουν να μην σχετίζονται. Σύμφωνα με τους στόχους του αναλυτή η διορατικότητα είναι η λογική με την οποία ο ασθενής θα πεισθεί να δεχτεί και να εφαρμόσει ένα πρότυπο πιο ώριμης και υγιούς συμπεριφοράς. Η διορατικότητα μπορεί να επιτευχθεί και στο πλαίσιο των θεωριών μάθησης και της ψυχανάλυσης.

Ο Sloane, τέλος τονίζει ότι το μεγαλύτερο εμπόδιο στην ενοποίηση- σύνθεση των διαφορετικών ψυχοθεραπειών είναι οι θεωρητικές υποθέσεις και οι κανόνες που αποκλίνουν. (Sloane, 1969).

Ο Marmor έχει γράψει σειρά από άρθρα σχετικά με τη σχέση της ψυχοδυναμικής και συμπεριφοριστικής προσέγγισης. Το 1969 δημοσιεύτηκε ένα από αυτά με τίτλο «Neurosis and The Psychotherapy Process, Similarities and differences in the Behavioral and Psychodynamic Conceptions». Σε αυτό συζήτησε την εφαρμογή αρχών της μάθησης σε άλλες θεραπείες, τον συμπληρωματικό χαρακτήρα ψυχοδυναμικής και συμπεριφοριστικής θεραπείας καθώς και το ρόλο των κοινών παραγόντων.

Στην αρχή μίλησε για τις αδυναμίες του μοντέλου ερεθίσματος- Αντίδρασης (stimulus-response). Όπως υποστηρίζει, δεν υπερασπίζεται την ψυχανάλυση και έχει ασκήσει έντονη κριτική σε κάποιες πτυχές του κλασσικού φροϋδισμού. Συμφωνεί απόλυτα λοιπόν με την άποψη ότι η ψυχοδυναμική θεωρία χρειάζεται επανατοποθέτηση με όρους που ταιριάζουν περισσότερο στις μοντέρνες θεωρίες μάθησης και νευροφυσιολογίας. Εν συνεχεία αναφορικά με τη διορατικότητα, ο Marmor, δήλωσε ότι στο πλαίσιο αναφοράς που συζητήθηκε δεν αποτελεί ειδικό και συγκεκριμένο παράγοντα στην επιτυχία της ψυχοθεραπείας. Αυτό γιατί οι ασθενείς είναι ικανοί να αντιδρούν ισάξια σε διαφορετικούς

θεωρητικούς προσανατολισμούς.

Προχωρώντας, όπως υποστηρίζει ένας σημαντικός κοινός παράγοντας είναι η σχέση θεραπευτή με ασθενή. Όπως αναφέρουν και άλλοι συγγραφείς, ξεκινάει από ένα άτομο που παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα στη συμπεριφορά, δυσφορία ή διαστρέβλωση στην αντίληψη, επίγνωση ή συναίσθημα ή συνδυασμό αυτών. Αυτό συνήθως το οδηγεί να αναζητήσει βοήθεια από ειδικό. Η αναζήτηση βοήθειας σε πρώτο στάδιο, του εδραιώνει την προσδοκία, είτε το είδος της θεραπείας είναι ψυχοδυναμικό είτε είναι συμπεριφοριστικό. Ακόμη κατά τον Marmor σε όλες τις ψυχοδυναμικού τύπου θεραπείες λαμβάνουν χώρα οι εξής διαδικασίες. Πρώτον, γίνεται απελευθέρωση της έντασης μέσω της κάθαρσης. Στην κάθαρση, συμβάλλει η ελπίδα, η πίστη και προσδοκία. Δεύτερον οι αξίες μεταδίδονται στο άτομο μέσω των ερμηνειών και των προτάσεων του θεραπευτή. Σημαντική είναι και η μη λεκτική αντίδραση. Τρίτον, η μέθοδος δοκιμής και λάθους για τη μάθηση και επαναμάθηση μέσω της διορατικότητας (π.χ να εξετάζει το άτομο τί κάνει και εάν είναι επιθυμητό να το κάνει ξανά). Τέταρτον, μάθηση της θεωρίας Gestalt μέσω διορατικότητας (ενόρασης). Πέμπτον, επανεξάρτηση και απευαισθητοποίηση μέσω μετάδοσης αξιών και διορθωτικής συναισθηματικής εμπειρίας στην διάδραση θεραπευτή-θεραπευόμενου. Τέλος η μάθηση μέσω μίμησης προτύπου του Baudura.

Συνοψίζοντας προκύπτει ότι και στη συμπεριφοριστική και ψυχοδυναμική θεωρία λαμβάνει χώρα ένα πολύπλοκο είδος μάθησης. Παρ' όλα αυτά στην ψυχοθεραπεία, στόχος δεν είναι να καθοριστούν οι στάσεις υπέρ ή κατά της ψυχοδυναμικής ή συμπεριφοριστικής προσέγγισης. Όπως υποστήριξαν οι Brady, Marks & Gelder και πολλοί άλλοι, όταν συνδυάζονται οι δύο προσεγγίσεις, προκύπτει καλύτερο αποτέλεσμα. (Marmor, 1964, 1969).

Δεκαετία του 1970

Ο Birk, χρησιμοποίησε τη σύνθεση συμπεριφοριστικής και ψυχοδυναμικής θεωρίας σε δύο κλινικές περιπτώσεις. Όπως υποστηρίζει στο άρθρο του, «Behavior Therapy-Integration with dynamic Psychiatry», που δημοσιεύθηκε το 1970, η επιτυχία στα θεραπευτικά αποτελέσματα στην συμπεριφοριστική θεραπεία χρησιμοποιήθηκε για την καταπολέμηση της ψυχαναλυτικής θεραπείας. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση εξελίχθηκε από τις προσπάθειες για βοήθεια των διαταραγμένων ασθενών, και προέρχεται από τον Freud. Η συμπεριφοριστική θεραπεία από την άλλη, από τη θεωρία και τα πειράματα αναφορικά με τη μάθηση. Αυτή η σύγκρουση δυσχέρανε την σύνθεση και καθυστέρησε το κίνημα της

ένωσης όλων των διαφορετικών προσεγγίσεων.

Γενικά οι ασθενείς που καταφεύγουν στην θεραπεία υποφέρουν, σύμφωνα με τον συγγραφέα από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές και από επίπονα συναισθήματα. Αυτά τα δύο ξεκινούν από εσωτερικά αίτια (σκέψεις – συναισθήματα) καθώς και από εξωτερικά όπως περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Άρα στην ψυχοπαθολογία λαμβάνουν μέρος όλες οι πτυχές της ψυχής του ατόμου, γεγονός που επικαλείται την ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων και έτσι την ολιστική θεραπεία. (Birk, 1970).

Ο Jerome Frank εκτός από τη μεγάλη συμβολή του μέσα από το βιβλίο *Persuasion and healing*, δημοσίευσε το σημαντικό άρθρο «Therapeutic factors in Psychotherapy» ,το 1971. Σε αυτό εξετάζει τα κοινά χαρακτηριστικά όλων των προσεγγίσεων.

Σύμφωνα με το Frank (1971), το πεδίο της ψυχοθεραπείας εκείνη την περίοδο έμοιαζε πιο χαοτικό από ποτέ. Επιδόθηκε έτσι να απομονώσει τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης και γενικότερα της θεραπευτικής διαδικασίας, τα οποία είναι κοινά σε όλα τα μοντέλα. Σημειωτέον ότι, οι διαδεδομένες θεραπευτικές τεχνικές οποιασδήποτε προσέγγισης είναι επηρεασμένες από αξίες και από την κουλτούρα, ότι καμιά προσέγγιση δεν έχει μειώσει την αντιπαλότητα και ότι η θεραπεία ενσωματώνει ανακαλύψεις από παλιές αρχές θεραπείας και ανακούφισης. Αυτά τα τρία στοιχεία ενισχύουν την άποψη για τα κοινά χαρακτηριστικά που συμβάλουν στην επιτυχία της θεραπείας.

Ο Frank παρακάτω παρουσιάζει τα έξι κοινά χαρακτηριστικά που θεωρεί ότι υπάρχουν: 1) Μια έντονη συναισθηματικά φορτισμένη σχέση με ένα πρόσωπο που προσφέρει βοήθεια, συχνά συμμετέχοντας σε μια ομάδα. Βέβαια τονίζει με έμφαση ότι η θεραπευτική σχέση είναι απαραίτητη αλλά όχι επαρκής συνθήκη για όλους τους κοινούς παράγοντες. 2) Μια λογική ή μύθος που περιλαμβάνει εξήγηση των αιτιών του προβλήματος του ατόμου καθώς και μια μέθοδο επούλωσης του. Οι τεχνικές που βασίζονται σε αυτή τη λογική ουσιαστικά μεταφέρουν την επιρροή του θεραπευτή στον πελάτη. 3) Πρόβλεψη νέων πληροφοριών όσον αφορά τη φύση και τις πηγές του προβλήματος καθώς και εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισής τους. 4) Μέσα από αυτή τη θεραπευτική διαδικασία ενδυναμώνονται οι προσδοκίες του πελάτη για βοήθεια μέσω των προσωπικών χαρακτηριστικών του θεραπευτή. 5) Ακόμη κοινός παράγοντας που σημειώνει ο Frank είναι η πρόβλεψη των επιτυχών εμπειριών που ενισχύουν την ελπίδα του θεραπευόμενου καθώς επίσης και βελτιώνουν το αίσθημα κυριότητας και διαπροσωπικής ικανότητας.

6) Ο τελευταίος κοινός παράγοντας που παραθέτει ο Frank είναι η διευκόλυνση της συναισθηματικής διέγερσης η οποία αποτελεί την προϋπόθεση για συμπεριφοριστική αλλαγή.

Εν συνεχεία αναφορικά με το σκοπό των ψυχοθεραπευτικών θεραπειών όλες οι προσεγγίσεις προσπαθούν να αλλάξουν τις στάσεις και τον τρόπο συμπεριφοράς και το χειρισμό της φαντασίας ώστε να αλλάξει η αντίληψη που έχει ο πελάτης για τα συμπτώματά του. Αυτές (οι διαφορετικές προσεγγίσεις) έχουν συναισθηματικά, γνωστικά, συμπεριφοριστικά συστατικά και το σημείο που διαφέρουν είναι εκεί που δίνει έμφαση η καθεμία.

Κλείνοντας ο Frank δηλώνει ότι οι μορφές δυσκολίας και αγωνίας που οδηγούν τα άτομα να αναζητήσουν ψυχοθεραπεία, καθορίζονται από την ευαλωτότητα, τις περιβαλλοντικές κρίσεις, τα υπαρξιακά άγχη και τη στρέβλωση των εμπειριών πρόωρα στη ζωή. (Frank 1971)

Σημαντικό κατά την διερεύνηση και εξέταση των κοινών παραγόντων είναι το άρθρο του Marmor, 1971 με τίτλο, «Dynamic psychotherapy and Behavior therapy: Are they irreconcilable?» Σ' αυτό, υποστήριξε ότι οι θεωρίες της ψυχοδυναμικής και της συμπεριφοριστικής θεραπείας έχουν την τάση να συγκλίνουν, ενώ ταυτόχρονα και να παρουσιάζουν μεγάλη απόκλιση. Αυτό το αποδίδει στο γεγονός ότι οι υποστηρικτές και των δύο προσεγγίσεων ορίζουν η μία της απόψεις της άλλης στερεοτυπικά με αποτέλεσμα να δημιουργούνται παρεξηγήσεις μεταξύ τους.

Σύμφωνα με τον Marmor, υπάρχουν αποδείξεις από τις θεωρίες της μάθησης που αποκαλύπτουν ότι οι νευρωτικές διαταραχές δεν προκύπτουν απαραίτητα απλά από την έκθεση σε τραυματικά και εξαρτημένα ερεθίσματα ή σε συντελεστική μάθηση κάποιων αποκρίσεων. Από τα πειράματα του Pavlov και άλλων συμπεριφοριστών έχει φανεί ότι τα νευρωσικά συμπτώματα μπορούν να προκύψουν όταν ένα ζώο έρχεται αντιμέτωπο με ασυμβίβαστες επιλογές ανάμεσα σε αυθόρμητη προσέγγιση και αντίδραση αποφυγής, ή με σύνθετα εξαρτημένα ερεθίσματα που δεν μπορούν να διαφοροποιήσουν καθαρά. Αυτό παραπέμπει στην έννοια σύγκρουση της ψυχοδυναμικής θεωρίας, που θεωρείται η πηγή των περισσότερων νευρωτικών διαταραχών. Όταν μία τέτοια σύγκρουση εμφανίζεται σε ένα άτομο, μπορεί να γίνουν δευτερεύουσες επεξεργασίες, αμυντικές προσαρμογές και

συμβολικές παραμορφώσεις και είναι έμμεσα συνδεδεμένες με σχεδόν κάθε πτυχή της αντίληψης, γνωστικής διαδικασίας και συμπεριφοράς του υποκειμένου.

Στη συνέχεια ο Marmor, αναφέρεται στην τεχνική του Wolpe αμοιβαία αναστολή (reciprosal inhibition) που αναφέρθηκε διεξοδικά παραπάνω. Ο Wolpe αποδίδει την επιτυχία της θεραπείας του σ' αυτή την τεχνική και την εξηγεί στη βάση της αντιεξάρτησης (counterconditioning) του Pavlov. Υποστηρίζει ότι κατά την θεραπευτική σχέση λαμβάνουν χώρα η μεταβίβαση, η διορατικότητα και η παροχή συμβουλών- προτάσεων. Κατά τον Marmor, η παροχή προτάσεων, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος κάθε ψυχοθεραπευτικής τεχνικής ,είτε είναι ψυχαναλυτική είτε συμπεριφοριστική και συχνά είναι ισχυρότερη η επίδραση της όταν δεν είναι τόσο φανερή. Μέσω αυτής της τεχνικής (suggestion) λαμβάνουν χώρα πάλι η μεταβίβαση, και παρακινούνται η προσδοκία του θεραπευόμενου, η πίστη και η ελπίδα. Άρα η θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο αναδεικνύεται και πάλι ένας από τους σημαντικότερους θεραπευτικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Καταληκτικά, σύμφωνα με τον Marmor, όλα τα μοντέλα ψυχοθεραπείας αποτελούν μία μαθησιακή διαδικασία ανεξάρτητα από τις τεχνικές που χρησιμοποιούν. Οι θεραπείες των ψυχαναλυτικών και συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων απλά παρουσιάζουν διαφορετικές τεχνικές και οι διαφορές τους έγκεινται σε διαφορετικούς στόχους καθώς και διαφορετική άποψη για τη φύση της ψυχοπαθολογίας.

Γενικά όπως υποστηρίζουν οι περισσότεροι που συνέβαλαν στο κίνημα της σύνθεσης, σε όλες τις θεραπευτικές σχέσεις η διαδικασία ξεκινάει με τον ασθενή που παρουσιάζει κάποιο πρόβλημά του. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να είναι είτε αποκλίνουσα συμπεριφορά είτε υποκειμενική δυσφορία, ή και διαστρεβλωμένη αντίληψη και σκέψη. Αυτά (τα προβλήματα) συνήθως υποκινούν τον ασθενή να αναζητήσει ψυχική βοήθεια και έτσι φαίνεται ότι υποβόσκει η προσδοκία για θεραπεία. Η προσδοκία είναι σημαντικό μέρος σε κάθε ψυχοθεραπεία ανεξάρτητα από το εάν ο ασθενής αναζητά ψυχαναλυτική ή συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις.

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του θεραπευτή και του θεραπευόμενου δηλαδή τα φυσικά, διανοητικά και συναισθηματικά στοιχεία καθώς και το σύστημα αξιών τους, εμφανίζονται στην θεραπευτική συναλλαγή. Όλα εξαρτώνται από την ιδιοσυγκρασία και των δύο και δεν εμφανίζονται ως στερεότυπες μορφές . Ο Marmor λοιπόν συνοψίζει αυτά τα στοιχεία ως εξής: α) απαλύνουν την ένταση μέσω της κάθαρσης, της ελπίδας και της προσδοκίας τα οποία αρχίζει να νιώθει ο θεραπευόμενος. β) γίνεται γνωστική μάθηση

μέσω της μεθόδου δοκιμής και λάθους, γ) επανεξάρτηση μέσω συντελεστικής μάθησης και με διορθωμένες συναισθηματικές εμπειρίες,δ) η ταύτιση με το θεραπευτή και ε) επανάληψη- εξάσκηση στην μαθησιακή διαδικασία που έγινε. Η αλλαγή λοιπόν γίνεται στην βάση αυτών των παραγόντων και οι οποίοι υποδεικνύουν ότι η διαδικασία της εξάρτησης πραγματοποιείται και στις ψυχοδυναμικές και στις συμπεριφοριστικές θεραπείες.

Ο Marmor , όπως υποστήριξαν και οι Marks & Gendler και Brady, θεωρεί ότι η χρήση και της ψυχαναλυτικής και της συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι πιο αποτελεσματική από η χρήση της μίας ή της άλλης προσέγγισης ξεχωριστά. Δεν είναι αποκλειώμενες αλλά συμπληρωματικές. Τέλος, με ένα παράδειγμα επιχειρεί να πείσει το κοινό του ότι δεν αποτελεί αντικείμενο έκπληξης το γεγονός ότι σε μερικές διαταραχές η χρήση της ψυχοδυναμικής ή της συμπεριφοριστικής προσέγγισης μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική από την άλλη. Χαρακτηριστικά δηλώνει ότι όπως δεν υπάρχει ένας μοναδικός τρόπος για να διδάξει κανείς τους μαθητές του όλα τα μαθήματα, έτσι δεν είναι δυνατόν μία μόνο ψυχοθεραπευτική τεχνική που να είναι η βέλτιστη για όλους τους ασθενείς και για όλες τις ψυχικές διαταραχές. (Marmor, 1969, 1971).

Οι Feather & Rhoads σε δύο άρθρα τους που δημοσιεύθηκαν το 1972, συζήτησαν τις θεωρητικές και κλινικές πτυχές της σύνθεσης των ψυχοδυναμικών και συμπεριφοριστικών θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Όσον αφορά τις θεωρητικές προσεγγίσεις, στο άρθρο τους με τίτλο «Psychodynamic Behavior Therapy. I. Theory and Rationale», υποστηρίζουν ότι υπάρχει η τάση σε κάθε μία σχολή ψυχοθεραπείας, να δίνει έμφαση στις θεωρητικές και τεχνικές διαφορές που προφανώς, την κάνουν ανώτερη από άλλες μεθόδους, και έτσι αγνοούν ή αρνούνται τις ομοιότητες. Αναφορές σχετικά με τις σχέσεις των θεωριών μάθησης και της ψυχαναλυτικής θεραπείας υποστηρίζουν ότι: πρώτον , η νεύρωση είναι προϊόν μάθησης και δεύτερον ότι η ψυχοθεραπεία είναι διαδικασία επαναμάθησης σε πιο λεπτομερή ανάλυση συγκεκριμένων θεωριών και πρακτικών.

Όπως δηλώνει και ο Marmor, η ψυχοθεραπεία είναι διαδικασία μάθησης και σκοπός της είναι να κινητοποιηθεί ο ασθενής να αλλάξει πρότυπα σκέψης και συμπεριφοράς με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Εν συνεχεία, ο Shoben, (1948), (όπως αναφέρεται στους Feather & Rhoads, 1972a), ανευρίσκει τέσσερις κοινούς παράγοντες ανάμεσα στα διαφορετικά ψυχοθεραπευτικά μοντέλα. Ως πρώτο καταγράφει τη θεραπεία και ίαση που υποστηρίζεται ότι επιφέρουν. Δεύτερος παράγοντας είναι το άγχος σαν κυρίαρχο πρόβλημα σε

νευρωσικούς ασθενείς και τρίτος η μείωση του άγχους σαν σκοπός της θεραπείας. Τέταρτον, υποστηρίζει ότι όλες οι προσεγγίσεις δημιουργούν ένα είδος θεραπευτικής σχέσης.

Τέλος όσον αφορά τη λογική της ψυχοδυναμικής και συμπεριφοριστικής θεραπείας, το μοντέλο εξάρτησης και το ψυχοδυναμικό μοντέλο συγκλίνουν σε κάποια σημεία. Το μεν μοντέλο εξάρτησης (συμπεριφοριστικό) περιλαμβάνει την κλασική εξάρτηση του άγχους και τη γενίκευση του εξαρτημένης απόκρισης για το άγχος με άλλα ερεθίσματα (παρόμοια με το εξαρτημένο). Το δε ψυχαναλυτικό περιλαμβάνει σύγκρουση, καταπίεση και μετατόπιση του άγχους. (Feather & Rhoads, 1972a)

Οι συγγραφείς μέσα από το δεύτερο άρθρο τους σχετικά με τη κλινική εφαρμογή, που έχει τίτλο «Psychodynamic behavior therapy II. Clinical Aspects», υποστηρίζουν την εφαρμογή της ψυχοδυναμικής θεωρίας μέσα από την πρακτική της συμπεριφοριστικής. Και οι δύο προσεγγίσεις χρησιμοποιούν την χαλάρωση των μυών, αν και δεν συμφωνούν ότι αυτή αναστέλλει το άγχος. Επίσης προτείνεται η εκδοχή ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα της συστηματικής απευαισθητοποίησης προκύπτει από τη βοήθεια των ασθενών να σχηματίσουν πιο ακριβή διάκριση ανάμεσα στην φαντασία και την πραγματικότητα. (Feather & Rhoads, 1972b).

Στο κίνημα της σύνθεσης των διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, συμμετείχε και ο Garfield ο οποίος επεξεργάστηκε περαιτέρω την τοποθέτηση του πάνω στους κοινούς παράγοντες. Στο άρθρο του με τίτλο «What are the therapeutic variables in psychotherapy» που δημοσιεύθηκε το 1973 υποστήριξε ότι είναι δύσκολο να δοθεί απάντηση στο ερώτημα εάν η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική, και ότι πρέπει πρώτα να οριστούν και να γίνουν κατανοητές οι μεταβλητές που λαμβάνουν χώρα στη ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Αυτές είναι η κάθαρση, η θεραπευτική σχέση, η γνωστική επανατοποθέτηση, η μεταβίβαση, η αντιμετώπιση, καθώς και εμπάθεια, διορατικότητα και ερμηνεία. Επίσης εξαιτίας της ύπαρξης πολλών διαφορετικών μοντέλων, με διαφορετικό θεωρητικό υπόβαθρο και διαδικασίες, είναι αναγκαίο να διευκρινιστούν οι σημαντικές συνιστώσες που οδηγούν στο θετικό θεωρητικό αποτέλεσμα, και εάν κάποιες από αυτές είναι κοινές σε όλα τα μοντέλα.

Ο Garfield, κάνει αναφορά σ' εκείνους που συνέβαλαν στην διευκρίνηση των κοινών παραγόντων. Σύμφωνα μ' αυτόν ο Frank αναφέρει τις εξής κοινές μεταβλητές: 1) Η έντονη σχέση με ένα άτομο που παρέχει βοήθεια, 2) λογική που παρέχει εξήγηση για την δυσκολία του θεραπευόμενου και μία μέθοδος για την ανακούφιση του, 3) πρόβλεψη νέων

πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα και πιθανοί εναλλακτικοί τρόποι για την αντιμετώπιση τους, 4) ενίσχυση της προσδοκίας για βοήθεια, 5) η πρόβλεψη των επιτυχών εμπειριών όπως η διορατικότητα και η σταδιακή πρόοδος, και 6) η διευκόλυνση και προώθηση της συναισθηματικής διέγερσης. Στη συνέχεια ο Garfield κάνει λόγο για τον Heine, (1953), που συνέκρινε την ψυχαναλυτική θεωρία με αυτή του Adler και κατέληξε ότι μία απ' τις σημαντικές κοινές μεταβλητές είναι η θεραπευτική πτυχή υπεύθυνη για την θεραπευτική αλλαγή. Έπειτα ο γράφων διευκρίνισε μεταβλητές όπως ο συμπαθητικός θεραπευτής, η συναισθηματική και υποστηρικτική σχέση και η ευκαιρία που παρέχεται στον ασθενή να κατανοήσει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Άλλο ένα άτομο που συνέβαλε στην κατανόηση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας είναι ο Torrey, ο οποίος σύμφωνα με τον Garfield, (1973), ανέδειξε στοιχεία όπως η εξήγηση του τι πάει στραβά, τα προσωπικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή, τις προσδοκίες του θεραπευόμενου και τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται.

Έτσι ο Garfield, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της διορατικότητας, δηλαδή, την κατανόηση και τον προσδιορισμό της δυσκολίας του ατόμου. Υποστηρίζει ότι αν και η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται από τους υποστηρικτές διαφορετικών προσεγγίσεων (του Freud, Jung, Adler, Rogers και των συμπεριφοριστών), στην ουσία αποδεικνύονται όλες να είναι θεραπευτικές. Καθοριστικής σημασίας είναι ότι ο καθορισμός, η ονομασία και η εξήγηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο ασθενής, τον καθησυχάζουν και προωθείται το θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα ανεξάρτητα από την ερμηνεία που έχει δοθεί. (Garfield, 1973) Ο θεραπευτής δηλαδή παρέχει ένα σύστημα πεποιθήσεων που δυνητικά εξηγεί την συμπεριφορά. Η διαφορά έγκειται στα διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια και στην διαφορετική κουλτούρα. (Garfield, 1973 & Πουρκός, Κατέρη & Νέστορος, 2002).

Την ίδια χρονολογία, ο Strupp το 1973 στο σύγγραμμά τους με τίτλο «Psychotherapy: Clinical research and Theoretical Issues», αφιέρωσαν ένα κεφάλαιο στην έννοια των ειδικών και μη ειδικών μεταβλητών – παραγόντων στην ψυχοθεραπεία.

Ξεκινώντας υποστηρίζει ότι ένας από τους πρωτεύοντες στόχους στην ψυχοθεραπεία είναι η απόκτηση αυτοελέγχου. Έννοιες σχετικές με τον αυτοέλεγχο είναι η κυριότητα, η αρμοδιότητα η ανεξαρτησία και αυτονομία.

Αναφορικά με τους ειδικούς και μη παράγοντες σημειώνεται ότι η ψυχανάλυση και η συμπεριφοριστική θεραπεία διενεργούνται υπό την υπόθεση ότι μία θεραπευτική τεχνολογία είναι ανώτερη από την πειθώ, την προτροπή και την πίστη. Η αλλαγή της συμπεριφοράς

είναι απίθανο να συμβεί χωρίς κάποια παρέμβαση. Ακόμη ο Strupp δηλώνει ότι η ψυχοθεραπεία δεν είναι μία ενιαία διαδικασία αλλά τα προβλήματα και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την μεταβολή τους ποικίλει. Ωστόσο, οι αλλαγές που λαμβάνουν χώρα γίνονται στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής διαπροσωπικής σχέσης. Καθώς όλα τα είδη ψυχοθεραπείας ασκούν μη ειδική επίδραση, η συστηματική εφαρμογή ειδικών-συγκεκριμένων τεχνικών ενδυναμώνουν την θεραπευτική επιρροή και οδηγούν σε σημαντικές αλλαγές.

Κλείνοντας τονίζει ότι είναι μεγάλης σημασίας να επικεντρώνεται η όλη διαδικασία σε υποκειμενικές καθώς και αντικειμενικές πτυχές της ανθρώπινης λειτουργίας. Καθοριστικός στόχος είναι να γίνει γνωστό εάν η συγκεκριμένη μάθηση μπορεί να υπερβεί την μη συγκεκριμένη (δηλ. γενικότερη), που μετριάζεται από τις διαπροσωπικές πτυχές της θεραπευτικής σχέσης θεραπευτή και θεραπευόμενου. (Strupp , 1973).

Προχωρώντας στο κίνημα της Συνθετικής ψυχοθεραπείας ανά τις δεκαετίες, οι Birk & Brinkley-Birk (1974) στο άρθρο τους με τίτλο «Psychoanalysis and Behavior therapy» παρουσίασαν μία εννοιολογική σύνθεση της ψυχανάλυσης με την συμπεριφοριστική θεραπεία. Όπως υποστηρίζουν οι περισσότεροι μελετητές πλέον αναγνωρίζουν ότι η απόκλιση ανάμεσα στην ψυχαναλυτική και την συμπεριφοριστική προσέγγιση οφείλεται στις διαφορετικές προκαταλήψεις των ιδρυτών τους. Όμως δεν πρέπει πλέον να ισχύει η άποψη ότι οι δύο προσεγγίσεις συνεχίζουν να παράγουν ξεχωριστές και μη συνεργαζόμενες μεταξύ τους κλινικές σχολές γιατί υποβόσκει μία εννοιολογική διασύνδεση ανάμεσα τους.

Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η συνεργασία και η σύνδεση των δύο σχολών εξελίσσεται με πολλοί αργούς ρυθμούς. Αυτό που πρέπει να γίνει από τους υποστηρικτές τους είναι ένας διάλογος με σκοπό τη γνήσια προσέγγιση με αμοιβαία κατανόηση προς μία νέα κλινική θεωρία μάθησης με ψυχαναλυτικά και συμπεριφοριστικά στοιχεία.

Εν συνεχεία παρουσιάζουν τις διαφορές που εντοπίζονται κατά την κλινική πράξη των δύο διαφορετικών θεωριών με έμφαση στην θεραπευτική σχέση. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία ο θεραπευτής επικεντρώνεται στο να ανακαλύψει τα ασυνείδητα προηγούμενα κίνητρα και συγκρούσεις και έτσι επιτρέπει να λάβει χώρα η ελεύθερη σύνδεση με τον ασθενή αποσκοπώντας στην σωστή γνωστική ερμηνεία. Από την άλλη πλευρά, η θεωρία της συμπεριφοριστικής θεραπείας, δίνει έμφαση στην θεραπευτική σχέση του θεραπευτή με τον θεραπευόμενο ώστε να ενισχυθεί η συνεργασία τους και να γίνει πιο αποτελεσματική.

Κατά τους συγγραφείς και στις δύο προσεγγίσεις παρατηρείται η ταύτιση του ασθενούς με τον θεραπευτή αλλά την ορίζουν διαφορετικά. Στην ψυχαναλυτική θεωρία χρησιμοποιείται ο όρος *identification* που κατά λέξη σημαίνει «ταύτιση», ενώ στην συμπεριφοριστική θεωρία ορίζεται ως *modelling* που σημαίνει «μοντελοποίηση». Όπως αναφέρουν οι Birk & Brinkley- Birk, ο Marmor, συνόψισε τις λειτουργικές πλευρές της συνεισφοράς του Freud. Δηλαδή, ο τελευταίος υποστήριξε ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά κινητοποιείται, και ότι η προσωπικότητα διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση βιολογικών δυναμικών με την εμπειρία. Ακόμη, ότι οι λειτουργικές ψυχιατρικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα αναπτυξιακών περιπετειών, αντιφατικών και συγκρουσιακών εισόδων, ανατροφοδότησης και ότι οι πρώιμες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας συμβάλλουν σημαντικά στην διαμόρφωση των αντιλήψεων στην ύστερη ζωή. Έτσι στην πραγματικότητα η ψυχαναλυτική και η συμπεριφοριστική θεωρία μπορούν και οι δύο να χαρακτηριστούν προσεγγίσεις μάθησης.

Όσον αφορά τώρα την προσέγγιση που πρότειναν για ένα ολοκληρωμένο μοντέλο σύνθεσης που πρότειναν οι Birk & Brinkley- Birk, υποστηρίζουν ότι όλοι οι θεραπευτές έχουν τον εξής κοινό σκοπό: να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να αντιδρούν εσωτερικά και εξωτερικά με πιο προσαρμοστικούς τρόπους. Επίσης να κάνουν στενότερη τη σχέση ανάμεσα στα συναισθήματα και τις συμπεριφορές. Έτσι η βελτίωση του τρόπου αντίληψης των καταστάσεων μέσω της ανάλυσης των διαστρεβλωμένων αντιλήψεων γίνεται αντικείμενο της ψυχαναλυτικής προσέγγισης. Έπειτα, η καθοδήγηση και διδασκαλία του ασθενή στοχεύει να αντικαταστήσει τις δυσπροσαρμοστικές πράξεις του με άλλες πιο ωφέλιμες. Οι συγγραφείς εξηγούν περαιτέρω την κοινή δράση των δύο προσεγγίσεων ως συμπληρωματικές. Αναφέρουν ότι μέσω των στρατηγικών της ψυχαναλυτικής θεραπείας ο ασθενής μαθαίνει να χρησιμοποιεί την διορατικότητα ως κίνητρο για ενδυνάμωση της αλλαγής της συμπεριφοράς του, και μέσω των συμπεριφοριστικών τεχνικών μαθαίνει πώς να υλοποιήσει την αλλαγή αυτή.

Σ' αυτό το σημείο οι Birk & Brinkley- Birk, κάνουν λόγο για την μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση που λαμβάνουν χώρα κατά τη θεραπευτική σχέση. Αρχικά στην μεταβίβαση ο θεραπευτής πρέπει να είναι ικανός και έμπειρος να δρα παρέχοντας ενίσχυση ή τιμωρία σε συγκεκριμένες συμπεριφορές του θεραπευόμενου, καθώς επίσης να διαμορφώσει και να ερμηνεύσει τις διαστρεβλώσεις της μεταβίβασης. Προσπαθεί ανοιχτά να προωθήσει τους στόχους της συμπεριφοράς προς τον στόχο που έχει συμφωνήσει με τον ασθενή του να δουλέψουν. Επίσης ο θεραπευτής οφείλει να είναι αληθινός απέναντι στον ασθενή όχι μόνο

υπό την έννοια του αποτελεσματικού κοινωνικού ενισχυτή αλλά με σκοπό να βοηθήσει στην διόρθωση των λανθασμένων γνωστικών και συναισθηματικών αποκρίσεων που ο πελάτης κουβαλάει εξαιτίας παλιών μαθημένων εμπειριών. Κατά την αντιμεταβίβαση, ο θεραπευτής είναι υποχρεωμένος να εξετάσει την επιλογή τη επέμβασης του με βάση τη δική του προδιάθεση για ενίσχυση συγκεκριμένων συμπεριφορών.

Συμπερασματικά ο θεραπευτής που εφαρμόζει την συμπεριφοριστική-ψυχαναλυτική προσέγγιση, αναλαμβάνει τεράστια ηθική ευθύνη. Δεν πρέπει να χρησιμοποιήσει θεωρίες μάθησης για να αιτιολογήσει δράση δική του που είναι προς εξυπηρέτηση των αναγκών του ιδίου και όχι του θεραπευόμενου. Τέλος, οι συγγραφείς καταλήγουν ότι αυτή η σύνθεση είναι καθοριστικής σημασίας και απαραίτητη ώστε να διαφυλαχτούν όλα τα δεδομένα της κλινικής θεραπευτικής σημασίας.

Το 1975, στο κίνημα της σύνθεσης, συμμετείχε ο Sloane με τους συνεργάτες του, μέσα από μία ενδιαφέρουσα έρευνα στο άρθρο «Psychotherapy Vs Behavior therapy» σχετικά με τους κοινούς παράγοντες.

Συνέκρινε τρεις γνωστούς και έμπειρους θεραπευτές του συμπεριφορισμού με μία ομάδα ψυχοδυναμικά προσανατολισμένων θεραπευτών και η διαδικασία ήταν η εξής: ο κάθε θεραπευτής είδε δέκα ασθενείς σε περίοδο τεσσάρων μηνών και άλλοι τριάντα ασθενείς αποτελούσαν την λίστα αναμονής- ομάδα ελέγχου. Αν και η ομάδα ελέγχου έδειξε σημαντικά οφέλη από τη θεραπεία γενικά, και οι δύο ομάδες, είχαν σημαντικά μεγαλύτερη αλλαγή- βελτίωση σε σχέση με τα αρχικά συμπτώματα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας του Sloane και συνεργατών, είναι πολύ σημαντικά για δύο λόγους: Πρώτον, είναι συγκρίσιμα (αν και πολύ διαφορετικές οι δύο προσεγγίσεις). Και δεύτερον, οι θεραπευτές που είναι συμπεριφοριστικά προσανατολισμένοι, μολονότι δεν δίνουν πολύ μεγάλη έμφαση στην θεραπευτική σχέση σαν σπουδαία μεταβλητή στην ψυχοθεραπεία, στην πραγματική τους δουλειά με ασθενείς, (στην πράξη), εμφανίζονται να αναπτύσσουν καλές θεραπευτικές σχέσεις. Τόσο ασφαλείς όσο και αυτές άλλων θεραπευτών που δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στον παράγοντα αυτόν. (της θεραπευτικής σχέσης). (Sloane, Staples, Gristol, Yorkston & Whipple, 1975).

Ο Arnold Lazarus σε άρθρο του με τίτλο «Has behavior therapy outlived its usefulness» δημοσιευμένο το 1976, αναφέρεται στην χρησιμότητα της συμπεριφοριστικής θεραπείας και επίσης υποδεικνύει την προτίμηση του προς της αρχές της. Όμως μετά από

βαθύτερη εξέταση, της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας και του ποια προσέγγιση είναι πιο αποτελεσματική δηλώνει ότι οι θεραπευτές όλων των πεποιθήσεων οφείλουν να υπερβούν τους περιορισμούς που κάθε σχολή ή κίνημα μένει προσκολλημένη σε αποφθέγματα του παρελθόντος.

Ο Lazarus, εναντιώθηκε στην προαγωγή της Gestalt θεωρίας, της υπαρξιστικής, συμπεριφοριστικής και οποιασδήποτε άλλης προσέγγισης. Έτσι υποστήριξε ότι η προσδοκία του είναι η προαγωγή της ψυχολογικής γνώσης με σκοπό την κατανόηση της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης, την ανακούφιση από την ταλαιπωρία και την γνώση του τρόπου που είναι αποτελεσματική η θεραπευτική παρέμβαση. Εν συνεχεία δήλωσε την δική του προσέγγιση που προχωρά από τον αυστηρό συμπεριφοριστικό προσανατολισμό σε ένα ευρύ φάσμα θεραπείας της συμπεριφοράς με έμφαση στην πολύτροπη θεραπεία. Σ' αυτή συντελούν οι παράγοντες όλων των προσεγγίσεων, δηλαδή, της συμπεριφοράς, διαπροσωπικοί, συναισθηματικοί, φαντασιακοί, γνωστικοί και νευροφυσιολογικές θεωρήσεις.

Άρα επαληθεύονται ακόμη μία φορά τα κοινά στοιχεία που μοιράζονται οι διαφορετικές σχολές ψυχοθεραπείας και ότι είναι εφικτή η σύνθεση τους. Συμπεραίνει λοιπόν ότι ο κόσμος της ψυχοθεραπείας έχει ανάγκη από ολιστικές και συνδυασμένες προσεγγίσεις ώστε να έχει μεγαλύτερο θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. (Lazarus, 1976).

Την ίδια δεκαετία ο Murray, μέσα από το άρθρο του «A Dynamic Synthesis of Analytic and Behavioral Approaches to Symptoms», που δημοσιεύθηκε το 1976 τέθηκε κι αυτός με τους υποστηρικτές της σύνθεσης. Όπως υποστηρίζει η πιο ελπιδοφόρα προσπάθεια για τη σύνθεση που έγινε έγκειται στις πρακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις που σκοπό είχαν το συνδυασμό ψυχοδυναμικών και συμπεριφοριστικών τεχνικών στην πραγματική καθημερινή θεραπεία των ασθενών.

Παρά αυτή την προσπάθεια όπως αναφέρει, μέσα απ' την εξέταση της βιβλιογραφίας έρχεται στην επιφάνεια η αλληλοκριτική μεταξύ των δύο υπάρχουσών σχολών. Δηλαδή οι υποστηρικτές της συμπεριφοριστικής σχολής ισχυρίζονταν ότι εξέλειπε η επιστημονική μεθοδολογία από την ψυχαναλυτική προσέγγιση. Απ' την άλλη οι ψυχαναλυτές, κατέκριναν τους συμπεριφοριστές υποστηρίζοντας ότι απέτυχαν να εκτιμήσουν την ποιότητα του νου, και την πολυπλοκότητα της ψυχοπαθολογίας. Κατά τον συγγραφέα είτε πρόκειται για συμπτώματα που είναι αποτέλεσμα λανθασμένης μάθησης είτε έχουν αναπτυχθεί από ενδοψυχικές συγκρούσεις. Όπως και να 'χει ο συνδυασμός των θεραπευτικών προσεγγίσεων ενδείκνυται για ένα καλύτερο αποτέλεσμα. Γενικά η

αντιμετώπιση των συμπτωμάτων λαμβάνεται υπόψη υπό την πρακτική- κλινική σκοπιά και προτείνεται εφαρμογή της διάγνωσης, προδιάθεσης και θεραπείας. (Murray, 1976).

Πολλή σημαντική ήταν η συμβολή του Watchel, στο κίνημα της ενοποίησης των ψυχοθεραπευτικών μοντέλων. Μέσα από το βιβλίο του «Psychoanalysis and Behavior Therapy», που δημοσιεύθηκε το 1977, να συνδέσει τις ψυχοδυναμικές, διαπροσωπικές, και συμπεριφοριστικές θεωρητικές εννοιολογικές κατασκευές.

Σύμφωνα με τον Watchel, στις ψυχαναλυτικού τύπου θεραπείες η αξιολόγηση της προσωπικότητας, των προβλημάτων διαβίωσης του ασθενούς καθώς και η θεραπεία αυτών, είναι δυσδιάκριτη. Στην θεραπεία το κεντρικό σημείο της διαδικασίας είναι η κοινή προσπάθεια από θεραπευτή και θεραπευόμενο να αναπαραστήσουν και να κατανοήσουν τον τρόπο ζωής και συμπεριφοράς του τελευταίου καθώς και τα αίτια των προβλημάτων. Εν αντιθέσει στη συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία η διαδικασία της αξιολόγησης και της θεραπείας μπορούν να διακριθούν πιο εύκολα, μεταξύ τους. Κατά την αρχική αξιολόγηση καθορίζεται μία συγκεκριμένη μορφή παρέμβασης.

Ο συγγραφέας έπειτα αναφέρεται στην εξής ομοιότητα ανάμεσα στον συμπεριφορισμό και την ψυχοδυναμική θεραπεία: πολλοί θεραπευτές εκπαιδευμένοι στην ψυχανάλυση αναγνώρισαν τα όρια στον περιορισμό συλλογής δεδομένων για την ελεύθερη σύνδεση, τη μεταβίβαση καθώς και την αξία της προοπτικής που παρέχεται από την άμεση παρατήρηση του ασθενή στην αλληλεπίδραση του με σημαντικά στοιχεία της ζωής του.

Προχωρώντας ο Watchel, επιδίδεται στον σχολιασμό και την απεικόνιση της ενωτικής – συνθετικής προσέγγισης της ψυχοθεραπείας. Ισχυρίζεται ότι μέσω αυτής, δηλαδή της προσπάθειας να βρεθεί εφαρμογή στην πράξη των θεωρητικών ισχυρισμών διαφαίνεται και ο τρόπος με τον οποίο δουλεύει με τους ασθενείς του. Ακόμη παρεμβάλλει την πολύτροπη θεωρία του Lazarus, για την οποία υποστηρίζει ότι μπορεί να γίνει αντιληπτή σαν εκδοχή συμπεριφοριστικής θεραπείας που ελεύθερα χρησιμοποιεί τις συνεισφορές της ψυχοδυναμικής προσέγγισης.

Παρ' όλα αυτά όμως, χαρακτηριστικά δηλώνει ότι η δική του προσέγγιση γίνεται αντιληπτή με αντίθετο τρόπο, δηλαδή μία κατ' ουσίαν δυναμική προσέγγιση, που έχει δανειστεί από την συμπεριφοριστική. Εν συνεχεία δίνει έμφαση στην αλληλεπίδραση του με τον πελάτη του κατά την θεραπευτική διαδικασία. Εκεί εμφανίζονται οι όροι μεταβίβαση (η εκδήλωση των συναισθημάτων του θεραπευόμενου) και αντιμεταβίβαση (αντανάκλαση του θεραπευτή). Η χρήση τεχνικών ενεργούς παρέμβασης μπορεί είτε να μειώσει είτε να

αυξήσει την απειλή για τον ασθενή. Πρέπει να είναι καλά προσδιορισμένη ώστε να κρίνεται εάν είναι κατάλληλη και σε ποιο σημείο πρέπει αυτή να εφαρμοσθεί. Είναι πιθανόν σε πολλές περιπτώσεις ασθενών που δεν εφαρμόζονται οι ασκήσεις χαλάρωσης τους να αποτυγχάνει η ερμηνεία της παρέμβασης που επρόκειτο να λάβει χώρα για τον ασθενή. Ακόμη τονίζει ότι η πρόοδος στην θεραπεία ποτέ δεν σχετίζεται με μεμονωμένες τεχνικές παρέμβασης.

Συνοψίζοντας, ο συγγραφέας υποστηρίζει ότι μέσω της δουλειάς του προκύπτουν τα εξής: υπάρχει μεγάλη ποικιλία θεωρήσεων και χρήσιμων εννοιολογικών εργαλείων που εξελίχθηκαν κατά την ανάπτυξη της ψυχαναλυτικής σκέψης, παρά τα συμπεράσματα που μπορεί να προέκυψαν από την έρευνα στην βιβλιογραφία της συμπεριφοριστικής θεωρία. Ακόμη λαμβάνει χώρα αρκετή θεραπευτική μάθηση μέσω της σχέσης που αναπτύσσει ο θεραπευτής με το θεραπευόμενο. Αυτή η θεραπευτική σχέση που θεωρείται ένας από τους πιο σημαντικούς κοινούς παράγοντες, όταν συνδυάζει την δέσμευση και αντανάκλαση παρέχει μοναδική ευκαιρία για επαναμάθηση. Σημειώτεον ότι αυτή (η επαναμάθηση) δεν ταυτίζεται με την μάθηση για να γίνει κάποιος διαφορετικός. (Watchel, 1977) .

Ο Anthony Ryle το 1978, δημοσίευσε το άρθρο του «A Common Language for the psychotherapies» σχετικά με μία κοινή γλώσσα για τους ψυχοθεραπευτές. Θεωρεί μεγάλης σημασίας την υιοθέτηση ενός κοινού κώδικα ανάμεσα στις διαφορετικές προσεγγίσεις που περιλαμβάνει κοινά στοιχεία καθώς και δίνει την ευκαιρία για επικοινωνία μεταξύ τους όσον αφορά τη θεραπεία. Συγκεκριμένα, ο Ryle, αναφέρεται στο συνδυασμό της ψυχαναλυτικής και συμπεριφοριστικής προσέγγισης εκφραζόμενες με έννοιες και θεωρίες των γνωστικών προσανατολισμών.

Συμπεραίνει ότι στόχος όλων των θεραπευτικών προσεγγίσεων πρέπει να είναι η αλλαγή της συμπεριφοράς και ο γνωστικός ανασχηματισμός, μέσω του προσδιορισμού των συμπτωμάτων, που μ' αυτό τον τρόπο θα διευκολυνθεί η αντιμετώπιση και ανακούφιση τους (Ryle, 1978).

Στην συνέχεια ο Appelbaum, την ίδια περίοδο εξετάζει τις διαδικασίες που συμβάλλουν στην αλλαγή, κατά την ψυχοδυναμική θεραπεία. Αναφέρει την ενόραση, την διορθωτική συναισθηματική εμπειρία, την θεραπευτική σχέση, τη συναισθηματική απελευθέρωση, την παροχή προτάσεων, τη συνοχή, απόκτηση κυριότητας του εαυτού καθώς και την αλλαγή της συνείδησης.

Ωστόσο φτάνει στο σημείο να προτείνει ότι ο συνδυασμός αυτών καθώς και άλλων παραγόντων, που προέρχονται από άλλες προσεγγίσεις φαίνεται να είναι το ιδανικό μονοπάτι για να επέλθει η θεραπευτική αλλαγή. Δηλαδή ένα σύνολο στρατηγικών και στοιχείων που αλληλεπιδρούν είναι αποτελεσματικότερο απ' ό,τι η κάθε μία (στρατηγική), χωριστά. (Appelbaum, 1978).

Δεκαετία 1980

Το 1980 εκδόθηκε από τους Marmor, J. και Woods. το σύγγραμμα «The Interface Between Psychodynamic And Behavioral Therapies» (τα σημεία αλληλοεπικάλυψης, μεταξύ των ψυχοδυναμικών και των Συμπεριφοριστικών θεραπειών. Το σύγγραμμα αυτό αποτελεί σταθμό κατά την εξέταση των κοινών παραγόντων καθώς από τη δεκαετία του 1950 πολλές μελέτες υποστήριξαν ότι καθοριστικό στοιχείο για την επιτυχία της θεραπείας είναι τα χαρακτηριστικά και η εμπειρία του θεραπευτή και όχι η θεωρητική κατεύθυνση την οποία ακολουθεί.

Το κίνημα της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας, χαρακτηρίστηκε από την προσέγγιση του εκλεκτικισμού και αυτή των κοινών παραγόντων, οι οποίες έχουν συζητηθεί από πολλούς θεραπευτές και κλινικούς. Ο εκλεκτικισμός γενικά παρουσιάζει τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις διαφορετικές προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας, και τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της κάθε μίας. Ένας από τους ερευνητές της εκλεκτικής προσέγγισης ήταν ο Sol Garfield. Παρ' όλα αυτά ο Garfield, το 1980, στο βιβλίο του «Psychotherapy- An Eclectic Approach», κάνει λόγο για τους κοινούς και ειδικούς παράγοντες. Υποστηρίζει ότι δέχθηκε επιρροή από ειδικούς όπως ο Rosenzweig 1936, Levine και Rosenthal. Ακόμη αναφέρει ότι ο Frank χρησιμοποίησε τον όρο non- specific factors καθώς δεν είχαν συγκεκριμενοποιηθεί ακόμη και ειδικευθεί για κάποιο συγκεκριμένο είδος θεραπείας. Έτσι παρά τις εμφανείς διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις θεωρητικές προσεγγίσεις, οι διαφορετικές σχολές βασίζονται σε κάποια κοινά σημεία- παράγοντες που τα συνδέουν κατά την εφαρμογή της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.

Ο συγγραφέας, υπαινίσσεται ότι η σημαντικότερη συμβολή στη θεραπεία βασίζεται στην καλή εμπειρία, στο συνολικό πρότυπο της αλληλεπίδρασης ασθενούς με θεραπευτή. Εν συνεχεία, ο Garfield, αναλύει εκτενέστερα τα κοινά σημεία ανάμεσα στις προσεγγίσεις και αναζητά τις πιο εμφανείς ομοιότητες. Ξεκινώντας, ισχυρίζεται ότι αφορμή για την έναρξη όλων των θεραπευτικών διαδικασιών είναι το βίωμα ψυχολογικής δυσκολίας και δυσφορίας που οδηγεί το υποκείμενο στην αναζήτηση βοήθειας από τον ειδικό. Ο πρώτος κοινός

παράγοντας κατά τον Garfield, που συμβάλλει στην θεραπευτική αλλαγή είναι το εξής γεγονός: ο ασθενής συνδέεται με τον ειδικό όπου ο τελευταίος καταλαβαίνει τα προβλήματα του και του δίνει ελπίδα ότι η κατάσταση θα αλλάξει προς το καλύτερο. Κατά τον γράφοντα, μεταβλητές κοινές στη διεξαγωγή της θεραπευτικής διαδικασίας είναι τα λεκτικά μέσα επικοινωνίας, και ο καθορισμός της συνάντησης- συνεδρίας, με τυπικότητα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Αυτό ενισχύει την ελπίδα και την υποστήριξη που γεννάται στον κάθε ασθενή καθώς τον καθιστά και τον ενδυναμώνει.

Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στην δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης που χαρακτηρίζεται από σεβασμό στο άλλο πρόσωπο. Γενικά, ο καλός και αποτελεσματικός θεραπευτής αναμένεται να επιδείξει τις καλύτερες ιδιότητες που φαίνεται να διευκολύνουν τη θεραπευτική διαδικασία είτε αυτός είναι ψυχοδυναμικά, είτε γνωστικά είτε συμπεριφοριστικά προσανατολισμένος. Χαρακτηριστικό των περισσότερων θεραπειών είναι η προσπάθεια να αλλάξουν την προσωπική αντίληψη του ασθενή για την κατάσταση ή και η αναδιοργάνωση της αντιληπτής πραγματικότητας.

Συμπεραίνοντας, ο Garfield, (1980), αναφερόμενος στο μέλλον της ψυχοθεραπείας, τονίζει ότι πρέπει να αναγνωρισθεί και να κατανοηθεί ότι δεν υπάρχει μία μόνο προσέγγιση κατάλληλη για όλους τους ανθρώπους και για όλα τα προβλήματα. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις απαιτούνται για διαφορετικού είδους προβλήματα.

Ο Arnold Lazarus, συμμετείχε δυναμικά στο κίνημα της συνθετικής ψυχοθεραπείας για δεύτερη φορά μέσα από το σύγγραμμά του με τίτλο «The Practice of Multimodal Psychotherapy» που δημοσιεύθηκε το 1981. Πρότεινε ένα είδος θεραπείας, την πολύτροπη θεραπεία που όπως αναφέρεται και παραπάνω, αντικείμενό της είναι η ολιστική εξέταση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και προσωπικότητας.

Όπως υποστηρίζει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ανθρώπινα υποκείμενα έχουν πολυεπίπεδη και σύνθετη υπόσταση. Έτσι σκοπός της θεραπείας αυτής είναι να βοηθήσει τον ασθενή να απαλλαγεί από την ψυχική ταλαιπωρία και να αποκτήσει προσωπική δύναμη. Πιο συγκεκριμένα δεν στηρίζεται σε γενικούς μη διαφοροποιημένους τρόπους, αλλά στοχεύει στην ανάλυση της προσωπικότητας στις διακριτές διαστάσεις της και έπειτα στην αλληλεπίδραση αυτών, με σκοπό την καλύτερη αξιολόγηση και θεραπεία. Σημειωτέον ότι αποσκοπεί σε μια ολιστική κατανόηση του ατόμου, στην προσωπικότητα σαν σύνολο.

Σύμφωνα με τον Lazarus, τα ανθρώπινα υποκείμενα χαρακτηρίζονται από κάποιες λειτουργίες όπως η κίνηση, η αίσθηση, το συναίσθημα, η φαντασία, η σκέψη και η σχέση

με τα άλλα υποκείμενα. Η προσωπικότητα προκύπτει από τις εν εξελίξει συμπεριφορές, αισθήσεις, εικόνες, επίγνωση, διαπροσωπικές σχέσεις και βιολογικές ανάγκες και αυτά τα χαρακτηριστικά συνθέτουν το ακρωνύμιο BASIC.

Όσον αφορά την ουσία της πολύτροπης θεραπείας, ενδείκνυται μία κατανοητή και λεπτομερής αξιολόγηση ώστε να είναι αποτελεσματική η θεραπευτική παρέμβαση. Η Multimodal Therapy, ιδανικά θα έδινε βάση στα εξής: πράγματα που το άτομο ευχαριστιέται ή όχι να κάνει, πώς αυτό συμπεριφέρεται σε συγκεκριμένες συναισθηματικές καταστάσεις και σε ποιες περιστάσεις νιώθει ότι υποφέρει. Ακόμη, την αυτοεικόνα τους, την αυτοαντίληψη, ενδιαφέροντα και αξίες, προσδοκίες από το ίδιο το άτομο αλλά και προσδοκίες άλλων για αυτό.

Κατά την έρευνα στο πλαίσιο της συγκεκριμένης θεραπείας, ο θεραπευτής ανακαλύπτει διαστρεβλώσεις και ασυνέπειες. Επίσης καθορίζει την δύναμη και αδυναμία του ασθενή μέσα στις διαστάσεις της προσωπικότητας του. Έτσι καταλήγει (ο θεραπευτής) στο γεγονός ότι κάθε άτομο αποκτά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του μέσω μιας διαδικασίας μάθησης- από εμπειρίες του παρελθόντος που διατηρούνται λόγω της αμοιβής. Όπως υποστηρίζει ο Lazarus, γενικά οι θεωρητικοί και θεραπευτές δίνουν έμφαση στα κοινά σημεία που υπάρχουν ανάμεσα στις διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αναζητούν τις ομοιότητες και τα σημεία αλληλοεπικάλυψης. Βέβαια προϋπόθεση να αγνοήσουν τις διαφορές είναι να βρουν σημαντικούς κοινούς παράγοντες που θα συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη θεραπεία.

Η εφαρμογή της πολύτροπης θεραπείας παρέχει πλεονεκτήματα αναφορικά με την παραπάνω προϋπόθεση. Λαμβάνοντας υπόψη τις πτυχές της προσωπικότητας που συνοψίζει το προαναφερόμενο ακρωνύμιο φαίνεται ότι είναι διαθέσιμο ένα σκαρίφημα ώστε ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος να θέσουν τους θεραπευτικούς στόχους και να αξιολογήσουν την διαδικασία. Άλλο πλεονέκτημα της εν λόγω θεραπείας, είναι η παροχή εκπαίδευσης στον ασθενή μέσα από τη γνώση της θεραπευτικής διαδικασίας.

θεραπείας ταυτίζοντας τη με τις άλλες προσεγγίσεις. Όπως ισχυρίζεται δεν είναι σωστό να θεωρούνται οι φαινομενικές ομοιότητες ως ουσιαστικά κοινές διαδρομές στην προσέγγιση. Η θεραπεία του, (πολύτροπη θεραπεία) αν και χρησιμοποιεί τεχνικές από διαφορετικές πηγές δεν υπόκειται σε κάποια υποκείμενη από τις θεωρίες τους. Αυτό που πρέπει να συγκρατήσουν οι ειδικοί είναι ότι αφού η προσωπικότητα

έχει πολλές πτυχές είναι επακόλουθο να προκύπτουν έννοιες του συμπεριφορισμού όπως κλασσική και συντελεστική εξαρτημένη μάθηση, μοντελοποίηση και ασυνείδητες διαδικασίες. Αυτές οι έννοιες δεν ταυτίζονται αλλά αλληλεπιδρούν.

Ακόμη η πολύτροπη προσέγγιση τονίζει την ευελιξία και ευστροφία κατά τη θεραπεία. Δεν υπάρχει ένας μεμονωμένος τρόπος και μία μόνο αρχή για να προσεγγίσει ο θεραπευτής τα προβλήματα των ασθενών του – υιοθετώντας δηλαδή μια πλουραλιστική στάση μπορούν να χειριστούν επιτυχώς τις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβλητές της προσωπικότητας. Ο κάθε ασθενής ανταποκρίνεται κατάλληλα σε κάποιο συγκεκριμένο είδος θεραπείας. Η προσέγγιση αυτή του Lazarus, διαφέρει από τα παραδοσιακά μοντέλα ψυχοθεραπείας. Πιο αποτελεσματικός τρόπος είναι να εξετασθούν οι περισσότερες πλευρές της προσωπικότητας του ατόμου με ένα συνδυαστικό τρόπο, παρά η εξέταση ενός ή δύο πτυχών, πιο λεπτομερώς. Αυτό παραπέμπει στην ευελιξία. Ο αποτελεσματικός ψυχοθεραπευτής βρίσκεται σε επαγρύπνηση ώστε να ταιριάζει τη θεραπεία στα χαρακτηριστικά του ασθενούς και όχι το αντίθετο.

Ο Lazarus, κατά την εξήγηση του μοντέλου του για την Multimodal therapy κάνει λόγο για την θεραπευτική σχέση καθώς και την συμβατότητα ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο. Γενικά και οι δύο συντελούν στη διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης, ο καθένας με διαφορετικό τρόπο. Ο θεραπευτής σύμφωνα με την πολύτροπη θεραπεία είναι ανάγκη, εκτός από την αξιοπρέπεια, ζεστασιά και ενδιαφέρον να χειρίζεται ένα εύρος τεχνικών και δεξιοτήτων. Σκοπός του είναι να απελευθερώσει μία ήδη υπάρχουσα ικανότητα του ασθενή. Δηλαδή να την αναφέρει να την ερμηνεύσει και να την απαλλάξει από τυχόντα προβλήματα και διαστρεβλώσεις. Η θεραπευτική σχέση πρέπει να αποτελεί ένα συνεχές συναισθημάτων και επενδύσεων και από την πλευρά του ασθενή και του θεραπευτή.

Ένα συμπέρασμα που προκύπτει σ' αυτό το σημείο είναι ότι και υπό τη σκοπιά της πολύτροπης θεραπείας η θεραπευτική σχέση- συμμαχία είναι καθοριστικός παράγοντας και λαμβάνει χώρα στην ολιστική αξιολόγηση της προσωπικότητας του πελάτη. (Lazarus, 1981)

Ο Garfield, στο άρθρο του σχετικά με τον εκλεκτικισμό και τη ένωση των ψυχοθεραπευτικών μοντέλων, το 1982, αναφέρεται στην σχετική μείωση στον πληθυσμό των ψυχοδυναμικών προσανατολισμών και στην αύξηση της προτίμησης στις εκλεκτικές προσεγγίσεις. Επίσης αναφέρεται σε κοινοτυπίες ανάμεσα στα διαφορετικά θεραπευτικά

μοντέλα.

Προσπάθειες έγιναν στα πλαίσια του κινήματος της σύνθεσης των προσεγγίσεων της ψυχοθεραπείας, να συνδυαστούν συμπεριφοριστικές και ψυχοδυναμικές, καθώς και άλλες προσεγγίσεις με σκοπό την αποτελεσματικότερη διεξαγωγή της θεραπείας. Παρ' όλα αυτά, η απλή σύνδεση των ήδη υπάρχουσών θεωρητικών απόψεων, ή το να προστεθεί μία συμπεριφοριστική έννοια σε μία ψυχαναλυτική προσέγγιση δεν αναπαριστά την εξειδικευμένη γνώση και έρευνα αλλά περιορίζεται στη θεωρία. Ο συγγραφέας θέτει λοιπόν ως απαραίτητο και κυρίαρχο να οριοθετηθούν και να γίνουν λειτουργικές οι κοινές μεταβλητές που λαμβάνουν χώρα στις περισσότερες ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες. (Garfield, 1982).

Συνεχίζοντας την εξέταση του κινήματος της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας, συνέβαλε σημαντικά ο James Prochaska, μέσα από το σύγγραμμα του «Systems of Psychotherapy- A Transtheoretical Approach» που δημοσιεύθηκε το 1984. Γενικά σύμφωνα με τον Prochaska, για να είναι εφικτή μία συγκριτική μελέτη της ψυχοθεραπείας, απαιτείται η εξέταση και σύγκριση κάθε συστήματος ξεχωριστά. Η μελέτη της κάθε μεμονωμένης θεραπείας ενδείκνυται να γίνει στο πεδίο των θεωριών για την υγιά και διαταραγμένη προσωπικότητα, και τη θεραπεία.

Εν συνεχεία κατά τη σύγκριση των διαφόρων συστημάτων ψυχοθεραπείας χρησιμοποιείται το εκλεκτικό μοντέλο που αναζητά τις ομοιότητες και διαφορές. Τονίζει ότι η εκλεκτική προσέγγιση ερμηνεύει τη θεραπεία ως την εφαρμογή ψυχολογικών αρχών προς την επίλυση των προσωπικών προβλημάτων. Επίσης οδεύοντας προς την σύνθεση είναι απαραίτητο να προστεθούν και να αφαιρεθούν στοιχεία ώστε να προκύψει ένα μοντέλο που ταιριάζει στο πεδίο της ψυχοθεραπείας επαρκώς.

Ο συγγραφέας, έπειτα εξηγεί τις μεταβλητές που υπάρχουν στις περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Δηλαδή δεν είναι συγκεκριμένες για μία μεμονωμένη προσέγγιση, όπως υποστηρίζει ο εκλεκτικισμός, αλλά τείνει προς την αναζήτηση ομοιοτήτων, των λεγόμενων κοινών παραγόντων. Αρχικά αναφέρει την προσδοκία του ασθενή για την θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαρτάται από το βαθμό που ο πελάτης προσδοκεί να θεραπευτεί. Άλλη σημαντική μεταβλητή που αναφέρει είναι η ανάπτυξη της συνειδητότητας. Αυτή η μεταβλητή είναι η επίγνωση του ασθενή για την κατάσταση του και για την διαδικασία της θεραπείας και είναι από τις σημαντικότερες κατά την διαδικασία αλλαγής. Με άλλα λόγια εμπειρικές και

περιβαλλοντικές πληροφορίες.

Επίσης ο Prochaska, κάνει λόγο για την πολύ γνωστή «κάθαρση» η οποία συμβάλλει στην αλλαγή και εξηγείται σαν την πρόκληση συναισθημάτων που οδηγεί στην ανακούφιση και την βελτίωση. Βασίζεται στην ατομική εμπειρία όπου ο θεραπευτής με τις δεξιότητες του προβάλλει κάποιο ερέθισμα το οποίο αποσπά καθαρτικές αντιδράσεις που προέρχονται από τον ίδιο τον ασθενή. Λειτουργεί σαν διορθωτική συναισθηματική εμπειρία.

Όσον αφορά την θεραπευτική σχέση, θεωρείται το σημείο των περισσότερων συγκρούσεων ανάμεσα στους θεραπευτές των διαφορετικών προσεγγίσεων. Ωστόσο, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στάδια θεραπευτικής διαδικασίας και αλλαγής. Στην ψυχανάλυση θεωρείται η πρωταρχική πηγή του περιεχομένου που διαδραματίζεται κατά τη θεραπεία (και το οποίο πρέπει να αλλάξει) και που παρουσιάζεται σ' αυτήν (τη θεραπεία).

Σ' αυτό το σημείο ο γράφων, αναλύει τη διαθεωρητική προσέγγιση -Trans theoretical Approach. Πρόκειται για μία θεωρία που μπορεί να υπερβεί τον σχετικισμό του εκλεκτικού μοντέλου και η ουσία της είναι οι μη ειδικές μεταβλητές οι οποίες μετά από διεξοδική ανάλυση καταλήγουν να θεωρούνται ως ειδικές, δηλαδή κοινώς αποδεκτές από όλους. Όπως επιβεβαιώνει και ο Frank, (1971), όλα τα διαφορετικά συστήματα ψυχοθεραπείας παρέχουν την προσδοκία για αλλαγή μέσω της ελπίδας που εξουδετερώνει το συναίσθημα της αβοηθησίας, το οποίο έχει οδηγήσει τον ασθενή στην αναζήτηση θεραπείας. Αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της διαθεωρητικής προσέγγισης, αυτή παρέχει ένα μοντέλο ένωσης των θεραπειών που υποστηρίζουν τον εκλεκτικισμό. Η διαθεωρητική θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μία ποικιλία κλινικών συνθηκών με μεγάλο εύρος προβλημάτων. (Prochaska, 1984)

Επίσης, μεγάλη ήταν η συμβολή του Bernard Beitman στη σύνθεση των θεραπευτικών προσεγγίσεων με το σύγγραμμα του «The structure of individual psychotherapy» (Δομή της ατομικής ψυχοθεραπείας), που δημοσιεύτηκε το 1987. Σύμφωνα με τον γράφοντα, πολλοί αναζήτησαν να βρουν ενότητα, δηλαδή ομοιότητες ανάμεσα στον κυκεώνα των θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ανάμεσα σ' αυτούς ήταν και οι Marmor και Frank. Επιδίωξαν να διερευνήσουν τί στην πραγματικότητα κάνουν οι θεραπευτές σε αντίθεση με αυτό που υποστηρίζουν ότι κάνουν. Δηλαδή τη διαφορά τη θεωρίας από την πράξη.

Ο Frank έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην υπόθεση της εξαχρείωσης η οποία προκύπτει

από μία επίμονη αποτυχία να αντιμετωπίσει το άτομο το στρες είτε προέρχεται από το ενδοψυχικό είτε από το εξωτερικό περιβάλλον του. Στόχος και λειτουργία όλων των ψυχοθεραπευτών είναι να κινήσουν το συναίσθημα αυτό της εξαχρείωσης μέσω της ελπίδας και παρέχοντας την ευκαιρία στον ασθενή για αυτοκυριαρχία.

Σύμφωνα με τον Beitman, (1987), οι Marmor και Frank, συμφωνούν και καταλήγουν στους εξής κοινούς παράγοντες: αρχικά η καλή θεραπευτική σχέση, δηλαδή μία έντονη και συναισθηματικά φορτισμένη σχέση, όπου επικρατεί η εμπιστοσύνη. Δεύτερον, η συναισθηματική απελευθέρωση κατά την οποία οι ψυχοθεραπευτές ενθαρρύνουν τον πελάτη να εκφράσει τα συναισθήματα που προκαλούν φόβο. Έτσι, ενδυναμώνεται και η θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον θεραπευτή και θεραπευόμενο. Έπειτα ο τρίτος κοινός παράγοντας είναι που εντοπίζουν είναι η γνωστική και εμπειρική μάθηση, όπου οι θεραπευτές διδάσκουν τους ασθενείς τους άμεσα ή έμμεσα με σκοπό την ανεξερύνηση. Τέλος, άλλος κοινός παράγοντας, είναι η πρακτική και εξάσκηση πάνω στην νέα μάθηση κάποιας συμπεριφοράς. Επίσης, οι Marmor και Frank, εξέτασαν την ψυχοθεραπεία σαν σύνολο, έξω από κάθε μεμονωμένη σχολή. Αντίθετα, άλλοι αναζήτησαν τους κοινούς παράγοντες χρησιμοποιώντας τις βασικές έννοιες των προσεγγίσεων στις οποίες είναι προσανατολισμένοι, ώστε να τους διακρίνουν (τους κοινούς παράγοντες). Ο Raimy, (1975)(όπως αναφέρεται στον Beitman, 1987), απέδειξε ότι όλες οι διαδικασίες ψυχοθεραπείας προσπαθούν να αλλάξουν τις τυχούσες παρανοήσεις σχετικά με τον εαυτό.

Ο Beitman στο σύγγραμμα του κάνει λόγο για τον εκλεκτικισμό παράλληλα με την έρευνα για τους κοινούς ψυχοθεραπευτικούς παράγοντες, και δηλώνει ότι οι περισσότεροι θεραπευτές αυτοχαρακτηρίζονται σαν εκλεκτικοί. Ασχολείται δηλαδή με τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές σχολές, (Beitman, 1987). Σύμφωνα με τον Νέστορος, οι ειδικοί που υποστηρίζουν το εκλεκτικό μοντέλο επιλέγουν από διαφορετικές προσεγγίσεις κάποια στοιχεία μεμονωμένα, στην ουσία δηλαδή, άθροισμα των μερών (Nestoros, 1990). Τέλος ο Beitman, ισχυρίζεται ότι η ενοποίηση στοχεύει στην συνύπαρξη κάθε θεραπευτικής σχολής, που θα είναι ενωμένες υπό ένα κοινό πνεύμα κατανόησης και εργασίας.

Εν συνεχεία σύμφωνα με τον Beitman, η εξάπλωση των περιγραφών για την ψυχοθεραπεία, δίνει την δυνατότητα να οριστεί ομόφωνα. Όπως φαίνεται από τις έρευνες κάθε τύπος ψυχοθεραπείας έχει χαρακτηριστικά που μοιράζεται με άλλες, ωστόσο και κάποια μοναδικά για κάθε μία. Ο συγγραφέας επικεντρώθηκε στις ομοιότητες αυτές, (κοινά χαρακτηριστικά), διότι αυτά προσδιορίζουν την φύση της ψυχοθεραπείας. Στην ουσία οι

ερευνητές στη προσπάθεια τους να ορίσουν την ψυχοθεραπεία περιγράφουν τα ίδια ή παρόμοια φαινόμενα μέσα από άλλη προοπτική δηλαδή με διαφορετικούς όρους. Έπειτα εξηγεί ότι ο λόγος για τη χρήση διαφορετικών όρων από τους ερευνητές οφείλεται στο γεγονός ότι αυτοί ήταν ενσωματωμένοι σε συγκεκριμένες θεωρητικές έννοιες σημαντικές για κάθε μία. Έτσι τονίζει ότι το εργαλείο που συνηθίζουν να περιγράφουν οι περισσότεροι συγγραφείς είναι αυτό που αποτελεί το βασικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας, με άλλα λόγια το κοινό στοιχείο.

Σ' αυτό το σημείο απεικονίζεται η αλληλεπίδραση των μοντέλων με ένα σχήμα όπου υπάρχουν τρεις επικαλυπτόμενοι κύκλοι που αναπαριστούν τα τρία κύρια μοντέλα: το ψυχοδυναμικό, το γνωστικό- συμπεριφοριστικό και το υπαρξιακό μοντέλο. Τα σημεία που είναι κοινά αντιστοιχούν στην ομοφωνία των υποστηρικτών τους. Το σχήμα επίσης παρουσιάζει μια περιοχή όπου συγκλίνουν και συμφωνούν και τα τρία μοντέλα, μία άλλη που συγκλίνουν μόνο τα δύο και μία τρίτη μοναδική για το καθένα (δηλαδή κανένα κοινό σημείο με τα άλλα). Επίσης αυτοί οι κύκλοι ίσως αναπαριστούν τρεις διαφορετικές υποθετικές παρατηρήσεις που έχουν κοινά στοιχεία και λόγω αυτών οι θεραπευτές συναντούν εμπόδια κατά την θεραπευτική ροή. Οι συμπεριφοριστές την αποκαλούν μη συμμόρφωση, οι ψυχαναλυτές αντίσταση και οι θεραπευτές Gestalt εμπόδια της επίγνωσης. Το εμπόδιο στην συμπεριφοριστική θεωρία εντοπίζεται στην προσδοκώμενη συμπεριφορά, στην ψυχανάλυση στην παραγωγή του ασυνείδητου υλικού ή των κρυμμένων συναισθημάτων και στην Gestalt θεραπεία η διακοπή της άμεσης εμπειρίας και των συνεπειών. Τα σημεία όπου επικαλύπτονται οι συμπεριφοριστική θεραπεία και ψυχανάλυση περιλαμβάνει την ψυχαναλυτική άρνηση του ασθενή κατά την ελεύθερη σύνδεση με τον θεραπευτή. Η Gestalt και συμπεριφοριστική αλληλοεπικαλύπτονται στην άρνηση στην απόδοση ρόλων και τέλος τα κοινά σημεία της ψυχανάλυσης και Gestalt είναι τα εμπόδια στην συναισθηματική επίγνωση. Η τελική απεικόνιση του μοντέλου που παρουσίασε ο Beitman αναφέρεται στις τεχνικές αποκρίσεις στα θεραπευτικά εμπόδια. Οι θεραπευτές τείνουν να αποδέχονται την αντίδραση του ατόμου- θεραπευόμενου και να τον οδηγούν ένα βήμα πιο πέρα. Συνεπώς χαρακτηριστικό των ειδικών ανεξάρτητα από την προσέγγιση που υποστηρίζουν είναι η αποδοχή του θεραπευτικού σκοπού και εμπειρίας του ατόμου αντί να προσπαθούν να τα αλλάξουν .

Όσον αφορά τον σκοπό του βιβλίου αυτού που αποτελεί σημαντικό λίθο στο κίνημα της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας ο Beitman, υποστηρίζει ότι δεν είναι αναγκαία η δημιουργία νέων μοντέλων. Η σύνθεση- ενσωμάτωση που θεωρείται το ιδανικό έχει να

κάνει με τις σχέσεις αναμεσα στις ήδη υπάρχουσες προσεγγίσεις και όχι με μια καινούργια θεωρία. Θέτει το ερώτημα εάν μπορούν οι ψυχοθεραπευτές να συμφωνήσουν στον ίδιο σκοπό και δηλώνει ότι είναι εφικτό να βρεθούν και να κατανοηθούν οι ομοιότητες τους καθώς και σαφείς ορισμοί των καταστάσεων. Έπειτα όσον αφορά την πρακτική και εξάσκηση των θεραπειών ο Beitman ισχυρίζεται ότι ο σκοπός είναι διττός. Αρχικά με το να ορίσουν επαρκώς τους κοινούς παράγοντες, οι επαγγελματίες ίσως καταλάβουν πληρέστερα το κομμάτι των προσπαθειών τους που είναι μοναδικό στον καθένα. Ακόμη εάν αποκτήσουν περισσότερη εμπιστοσύνη για τις δικές τους προσεγγίσεις μέσω των κοινών στοιχείων θα καταφέρουν να μην επηρεάζονται από τις άλλες. Έτσι θα είναι πιο αποτελεσματικοί. Μέσω αυτών των στρατηγικών κάθε θεραπευτής καταφέρνει να αφομοιώσει νέες ιδέες. Έτσι οι επαγγελματίες θα είναι σωστά τοποθετημένοι σαν ψυχαναλυτικοί ή συμπεριφοριστικοί ή γνωστικοί ή εκλεκτικοί και υποστηρικτές της ενοποίησης.

Ο γράφων, αναφέρεται σε κάποιες εισαγωγικές αρχές σχετικά με την έννοια των σταδίων της ψυχοθεραπείας. Γενικά μία τέτοια αρχή είναι ότι στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία ο θεραπευτής έχει την ικανότητα να επιλέγει ανεξάρτητα από την κάθε μεμονωμένη θεωρία. Επίσης άλλη αρχή είναι η σχέση ανάμεσα σε δύο άτομα που μοιράζονται από κοινού τις διαστρεβλώσεις και στοχεύουν να σε ένα κοινό στόχο. Η θεραπευτική σχέση υφίσταται ανεξάρτητα από τις θεωρίες και την εκάστοτε προσέγγιση/σχολή που υποστηρίζεται. Ακόμη σημαντικό είναι ότι η θεραπευτική σχέση αυτή ενισχύεται από το χρόνο. Όσο μεγαλύτερης διάρκειας, τόσο πιο αξιόπιστη είναι.

Εν συνεχεία, σύμφωνα με τον Beitman, τα στάδια στα οποία διαιρείται η ψυχοθεραπευτική διαδικασία είναι η συμπλοκή, διερεύνηση προτύπων, αλλαγή και τερματισμός και υφίστανται στις περισσότερες σχολές της ψυχοθεραπείας. Οι ψυχαναλυτές περιέγραψαν τα στάδια της ανάπτυξης της μεταβίβασης. Ο Rogers στην προσωποκεντρική-πελατοκεντρική προσέγγιση του παρουσίασε τα τέσσερα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας: α) τη δημιουργία της συμβουλευτικής σχέσης, β) την απελευθέρωση της έκφρασης του ασθενή γ) τη διορατικότητα και δ) ο τερματισμός της διαδικασίας. Οι συμπεριφοριστές αν και δεν καθιέρωσαν το στάδιο της συμπλοκής η δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης μοιάζει με αυτή της ψυχανάλυσης. Συμπερασματικά, τα στάδια αναπαριστούν μία κοινή οργανωτική αρχή γιατί η ψυχοθεραπεία μπορεί να θεωρηθεί ως μορφή επίλυσης προβλημάτων.

Τέλος τα στάδια της ψυχοθεραπείας παρομοιάζονται ως τρόπος για να χαρακτηριστούν οι διάφορες προσεγγίσεις. Όλοι οι θεραπευτές πρέπει να διαδραματίσουν συμπεριφορές συμπλοκής, να αναπτύξουν κάποια πρότυπα ώστε να κινητοποιήσουν την αλλαγή. Γενικά κάθε είδος θεραπείας, έχει περιγραφεί από ένα εγχειρίδιο που ορίζει το εύρος των τεχνικών και του περιεχομένου που είναι κατάλληλα για το συγκεκριμένο είδος. Όταν ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον πελάτη να μιλήσει για το παρελθόν η θεραπεία φαίνεται να είναι ψυχοδυναμική. Όταν ρωτά για συγκεκριμένες σκέψεις σε συγκεκριμένες στιγμές πρόκειται για γνωστική θεραπεία και τέλος εάν επιμένει στην καθαρή ερμηνεία των τρεχουσών κοινωνικών ρόλων και ελαχιστοποιεί το παρελθόν. (Beitman, 1987).

Οι Beitman, Goldfried & Norcross, 1989, σε ένα άρθρο τους πραγματοποίησαν μία επισκόπηση του κινήματος προς τη σύνθεση των διαφόρων προσεγγίσεων της ψυχοθεραπείας. Σύμφωνα μ' αυτούς παρατηρείται η τάση των θεραπευτών να παραβλέπουν και να αγνοούν τα ιδεατά φράγματα που χωρίζουν τις διάφορες σχολές της ψυχοθεραπείας, καθώς και να ορίσουν τί είναι κοινό ανάμεσα τους. Ο Karasu, (1986), (όπως αναφέρεται στους Beitman & al, 1989), δήλωσε ότι έχει αυξηθεί τόσο πολύ ο αριθμός των διαφορετικών σχολών ψυχοθεραπείας, και ως εκ τούτου, παρουσιάζεται σύγχυση και διαμάχη ανάμεσα σ' αυτές. Σιγά σιγά όμως, άρχισε να εμφανίζεται ένα θεραπευτικό υπόβαθρο, που αντανακλά την αποδοχή της συμβολής διαφορετικών απόψεων και οι κλινικοί επιστήμονες άρχισαν να χρησιμοποιούν στρατηγικές ανεξάρτητα από την προέλευση τους. Έτσι η έννοια της σύνθεσης και της ενοποίησης κινητοποίησε τους ειδικούς της ψυχικής υγείας, και οι θεραπευτές όλων των προσεγγίσεων άρχισαν να αναγνωρίζουν τις ανεπάρκειες κάθε είδους ψυχοθεραπείας και την πιθανή αξία άλλων. Επίσης με αφορμή το κίνημα της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας, οι διεπιστημονικοί οργανισμοί- the Society for the exploration of psychotherapy integration και The international Academy of Eclectic Psychotherapists, εξήγησαν το πνεύμα της ανοιχτής έρευνας και συνεργασίας.

Στη συνέχεια οι συγγραφείς, έδωσαν ορισμό σε κάποιες έννοιες της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας. Αρχικά, όρισαν την έννοια Προσέγγιση (Rapprochement), ως την εγκατάσταση ή την κατάσταση της ύπαρξης σημαντικών σχέσεων. Έπειτα, Σύγκλιση (Convergence) κατ' αυτούς σημαίνει την τάση ανάμεσα σε δύο οντότητες να αναπτύσσουν ομοιότητες στο σχηματισμό. Ειδικότερα σημαίνει να υπάρχουν ομοιότητες διαφορετικών

προσανατολισμών και όχι τόσο την ένωση καθ' εαυτή. Ο Εκλεκτικισμός (Eclecticism), που είναι η πολύπλοκη, σχετικιστική σκέψη και η υποκειμενικότητα. Διαχωρίζεται σε δύο κατηγορίες: τον θεωρητικό εκλεκτικισμό που αντλείται από διαφορετικά συστήματα και που μπορούν να είναι επιστημολογικά και οντολογικά ασύμβατα. Αντίθετα ο τεχνικός εκλεκτικισμός χρησιμοποιεί διαδικασίες που προκύπτουν από διαφορετικές πηγές χωρίς απαραίτητα να περιέχουν τις θεωρίες από τις οποίες προήλθαν. Επίσης οι συγγραφείς όρισαν τον όρο Ενοποίηση/ Αφομοίωση (Integration) ως την εννοιολογική σύνθεση των ποικίλων θεωρητικών συστημάτων. Η Ενοποίηση είναι πιο θεωρητικός όρος στην δημιουργία κάτι νέου. Σημειωτέον, ότι εμφανίστηκαν και άλλοι όροι προς αντικατάσταση του όρου Integration όπως η δημιουργική σύνθεση, metamodeling και διαφοροποιημένη θεραπεία που αν και δίνουν κάποια διαφορετική έμφαση, όλες υποδηλώνουν την πορεία για ένα πιο κατανοητό και συναινετικό πλαίσιο.

Οι συγγραφείς προχωρώντας την ανάλυση τους, αναφέρουν κάποιους παράγοντες που αλληλεπιδρούν και ενδυναμώνουν από κοινού την προαγωγή της σύνθεσης των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Ο πρώτος παράγοντας που αναφέρουν είναι ο πολλαπλασιασμός των θεραπειών που προκάλεσε κρίση στο πεδίο της ψυχοθεραπείας. Δηλαδή η εγκατάλειψη κάθε δεδομένης προσέγγισης προηγείται από κάποια σύγχυση που χαρακτηρίζεται από δυσαρέσκεια για την τρέχουσα κατάσταση και την αύξηση των διαφορετικών προσανατολισμών.

Συνεχίζοντας, ένας άλλος παράγοντας της σύνθεσης είναι η ανεπάρκεια κάθε μεμονωμένης θεωρίας. Δηλαδή παρατηρείται ομοφωνία ότι καμία προσέγγιση δεν είναι επαρκής από κλινική άποψη για όλες τις καταστάσεις, τα προβλήματα και τους ασθενείς. Αντίθετα η κλινική πραγματικότητα αναζητά ευέλικτες προοπτικές. Γι' αυτό το λόγο η ψυχοθεραπεία άρχισε να υφίσταται εξέταση ώστε να γίνουν κατανοητοί οι περιορισμοί και να επανεξετασθούν οι αποτυχίες. Η ισότητα-ισοδυναμία των αποτελεσμάτων ανάμεσα στις διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις αποτελεί την τρίτη αιτία που ώθησε το κίνημα της σύνθεσης. Σύμφωνα με τους Beitman και συν. αυτή η ισοδυναμία χαρακτηρίζεται ως αδυναμία να δειχθεί ότι μία θεραπευτική προσέγγιση είναι ανώτερη από κάποια άλλη αναφορικά με το αποτέλεσμα που προκύπτει. Ως επακόλουθο αυτού δεν συνίσταται η χρήση κάποιας προσέγγισης αντί για κάποια άλλη κατά την θεραπεία ενός συγκεκριμένου προβλήματος.

Έπειτα αναφέρουν την επακόλουθη έρευνα για κοινά συστατικά μεταξύ των προσεγγίσεων ως ένα ακόμη παράγοντα της σύνθεσης. Δηλώνουν ότι η αναγνώριση των

κοινών διαδικασιών αλλαγής ή θεραπευτικών παραγόντων χαρακτηρίζεται ως η πιο σημαντική τάση το 1980. Επίσης η προαγωγή της ψυχοθεραπευτικής έρευνας προέκυψε από την εννοιολογική ανάλυση των βασικών διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα σε όλες τις προσεγγίσεις και όχι από σύγκριση των τεχνικών. Σημαντικότατο είναι ότι οι ομοιότητες σε όλα τα είδη της ψυχοθεραπείας είναι μακράν πιο εντυπωσιακές από ότι είναι οι εμφανείς διαφορές τους.

Τέλος οι γράφοντες θεωρούν ως τον επόμενο παράγοντα αφορμής της σύνθεσης, τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και την θεραπευτική σχέση. Πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι μέχρι τώρα κατά την ανασκόπηση του κινήματος, σχεδόν όλοι όσοι ασχολήθηκαν με τους κοινούς παράγοντες, δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην θεραπευτική σχέση και συμμαχία. Υποστηρίζουν ότι οι ερευνητές αναγνώρισαν τις προσωπικές ιδιότητες του θεραπευόμενου και θεραπευτή καθώς και την αλληλεπίδραση ανάμεσα τους ως τους καθοριστικούς παράγοντες της επιτυχίας της θεραπείας. Σ' αυτό το σημείο διευκρινίζουν, ότι τα χαρακτηριστικά και των δύο λειτουργούν σαν αλυσίδα κατά την διεξαγωγή της θεραπείας. Η προσωπικότητα και τα χαρακτηριστικά του πελάτη όπως η κινητοποίηση για αλλαγή θεωρούνται ως προϋπάρχοντες παράγοντες και αυτά του θεραπευτή συμβάλλουν στο υπόλοιπο ποσοστό της θεραπείας. Έτσι συμπεραίνουν ότι οποιαδήποτε μεμονωμένη προσπάθεια για βελτίωση των τεχνικών μέσα σε μία μόνο προσέγγιση θα είχε ελάχιστη αποτελεσματικότητα στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ακόμη αναφερόμενοι στην φύση των διαφορετικών προσανατολισμών της ψυχοθεραπείας, υποστηρίζουν ότι η κλινική εμπειρία και τα ευρήματα των ερευνών ομοίως οδηγούν το κοινό στο συμπέρασμα ότι κάθε θεραπευτικός προσανατολισμός αποτυγχάνει κάποια στιγμή, καθώς και καμία προσέγγιση δεν είναι ανώτερη και πιο αποτελεσματική από τις άλλες. Όλες οι διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι αλληλοσυμπληρωματικές και όχι αμοιβαία αποκλειόμενες. Δηλαδή η αδυναμία που τυγχάνει να έχει ένα μοντέλο μπορεί να συμπληρωθεί από τη δύναμη κάποιου άλλου. Καθένα έχει κάποιο συγκεκριμένο τομέα που εξειδικεύεται.

Οι Messer & Winokur (όπως αναφέρεται στους Beitman, Goldfried & Norcross, 1989,) αναφέρουν ότι οι μεταβλητές και τα χαρακτηριστικά του πελάτη παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής παρέμβασης. Για παράδειγμα ένας ασθενής με περιορισμένο λόγο και μειωμένη ικανότητα για ενδοσκόπηση πιθανότατα δεν θα ωφεληθεί σημαντικά από την ψυχαναλυτική προσέγγιση αλλά με την συμπεριφοριστική. Ακόμη οι Beitman και συν παρεμβάλλουν την άποψη των Messer, Rhoads & Salzman, ότι

όσον αφορά την συμπληρωματικότητα ανάμεσα στις δύο προαναφερθείσες προσεγγίσεις, κάποιες φορές είναι δυνατόν η συμπεριφοριστική θεραπεία να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει κάποια απ' τα συμπτώματα του. (π.χ: φόβοι). Αφού κερδίσει την εμπιστοσύνη και συνεργασία του ασθενή, ο θεραπευτής όντας σε ετοιμότητα μπορεί να χρησιμοποιήσει μια ψυχοδυναμική προσέγγιση ώστε να εξερευνήσει τα μακροχρόνια προβλήματα που συνέβαλλαν στην αρχική κατάσταση. Έτσι επιτυγχάνοντας την διορατικότητα μέσω της δεύτερης φάσης της θεραπείας, (που αναφέρθηκε παραπάνω), ο θεραπευτής μπορεί να επιστρέψει στην συμπεριφοριστική προσέγγιση με σκοπό να βοηθήσει τον πελάτη να αναπτύξει πιο προσαρμοστικά πρότυπα συμπεριφοράς.

Όσον αφορά την αλληλεπίδραση ανάμεσα στην επίγνωση, την επιρροή και την συμπεριφορά, αυτές επικεντρώνονται σε διαφορετικές πτυχές της λειτουργίας του ασθενή. Έτσι η ψυχοδυναμική θεραπεία επικεντρώνεται στην επίγνωση και η συμπεριφοριστική στα πρότυπα δράσης του. Ο Lazarus, εκπρόσωπος της πολύτροπης θεραπείας τόνισε την παραπάνω άποψη. (Beitman, Goldfried & Norcross, 1989). Οι συγγραφείς, γενικά τονίζουν την ανάγκη για εύρεση μίας κοινής γλώσσας ανάμεσα στις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αυτή, θα επιτρέψει τον διάλογο ανάμεσα τους και τη συνεργασία για αποτελεσματικές δράσεις. Η έρευνα για την κοινή γλώσσα θα διευκολύνει την ενσωμάτωση και μετάφραση των εννοιών διαφόρων προσανατολισμών σε ένα συγκεκριμένο ουδέτερο σύστημα στο οποίο να συγκλίνουν όλες.

Ακόμη, κάνουν λόγο για τη σημασία της μεταβίβασης. Λαμβάνοντας υπόψη την μεταβίβαση υπό γνωστική- συμπεριφοριστική πλευρά υπάρχουν ομοιότητες ανάμεσα στην ψυχοδυναμική και γνωστική- συμπεριφοριστική προσέγγιση κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης. Εν συνεχεία ο Beutler, πρότεινε ότι οι θεραπευτικοί προσανατολισμοί δεν υπαγορεύουν ότι οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις χρησιμοποιούνται πολύ, αντίθετα δίνουν έμφαση στους θεραπευτικούς στόχους.

Υποστηρίζοντας την ασυμβατότητα των διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, ο Yates, δήλωσε ότι οι διαφορές που υπάρχουν στους στόχους, είναι λειτουργία των βασικών φιλοσοφικών διαφορών. Έτσι ο συμπεριφοριστικός θεραπευτής, μπορεί να τονίσει την ανάγκη να αλλάξει συγκεκριμένες συμπεριφορές και να αντιλαμβάνεται την λύπη του ασθενούς σαν αρνητικό συναίσθημα που πρέπει να μειωθεί. Αντίθετα ο ψυχοδυναμικά προσανατολισμένος θεραπευτής, ίσως επιλέξει να επικεντρωθεί πιο άμεσα στην λύπη και να την ερμηνεύσει σαν φυσική αντίδραση σε μία ατυχή συγκυρία της ζωής. Έτσι επιδιώκει σαν στόχο της θεραπείας να κατευθύνει τους θεραπευόμενους του να δουλέψουν και να

αποδεχτούν κάποιες απώλειες.

Τέλος οι Beitman και συν. αναφέρουν ότι σύμφωνα με τον Messer, όχι όλοι οι θεραπευτές φαίνονται πρόθυμοι να ασπαστούν την προσπάθεια ενοποίησης της ψυχοθεραπείας. Όμως, όπως χαρακτηριστικά ισχυρίζεται «υπάρχουν πολλοί θεραπευτές και των δύο προσεγγίσεων –ψυχοδυναμικής και συμπεριφοριστικής- που αναμφίβολα θα δέχονταν ένα είδος αλλαγής να συμβεί σε καθεμία απ' αυτές. Επίσης η κοινή επιρροή γι' αυτούς της μίας προσέγγισης στην άλλη, και η σύγκλιση κάποιων προοπτικών αποτελούν δημιουργική πρόκληση για την θεωρία και την πράξη κάθε διαφορετικής σχολής». Οι συγγραφείς κλείνουν την αναφορά τους υποστηρίζοντας ότι το κίνημα της σύνθεσης κερδίζει συνεχώς έδαφος και ότι είναι μάρτυρες μίας εντυπωσιακής ανάπτυξης στην ιστορία της ψυχοθεραπείας. (Beitman, Goldfried & Norcross, 1989)

Δεκαετία 1990

Το 1990 για πρώτη φορά προτάθηκε η ελληνική εκδοχή του Συνθετικού Μοντέλου στην Ελλάδα από τους Νέστορος και Βαλλιανάτου, μέσα από το σύγγραμμα «Συνθετική Ψυχοθεραπεία με στοιχεία ψυχοπαθολογίας», πρώτη έκδοση. Τότε το μοντέλο αυτό θεωρούνταν ιδεαλιστικό και θεωρητικό και ως ανταπόκριση στην πρόκληση που έθεσε ο Marmor, Judd για μία ενοποιημένη ψυχοθεραπευτική επιστήμη.

Σ' αυτό οι εν λόγω ειδικοί καταχωρούν δεκατέσσερις αρχές όσον αφορά τη θεωρία και τις τεχνικές όπως αυτές θεωρούνταν το 1990, και είναι οι εξής: 1) Κρίνεται αναγκαία η σύνθεση των διαφορετικών μοντέλων που αναφέρονται και εξηγούν την φύση του ανθρώπου, προσωπικότητα και ψυχοπαθολογία του, καθώς και την ψυχοθεραπεία (μοντέλο μάθησης, συμπεριφοριστικό, ανθρωπιστικό- υπαρξιστικό, βιολογικό, ψυχαναλυτικό). 2) Το επίπεδο γνώσεων στις επιστήμες που αφορούν τη συμπεριφορά κάνει εφικτή την πραγματοποίηση θεραπευτικών παρεμβάσεων στο πλήθος των ψυχολογικών διαταραχών. 3) Ακόμη σύμφωνα με το συνθετικό μοντέλο απαιτείται λήψη πλήρους ιστορικού του ασθενή. Ο θεραπευτής πρέπει να διερευνήσει την φυσική ιστορία των προβλημάτων, του θεραπευόμενου, να δώσει έμφαση στην παιδική ηλικία και τις διαπροσωπικές σχέσεις με άτομα απ' το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του. 4) εκπαίδευση του θεραπευόμενου έτσι ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει τα συναισθήματα και σκέψεις του- εξερεύνηση του εαυτού. 5) το κάθε άτομο είναι υπεύθυνο για τις πράξεις και τη συμπεριφορά του, αφού μπορεί να αποκτήσει αυτοέλεγχο. 6) Ως στόχος της ψυχοθεραπείας, θεωρείται, να κατακτήσει το άτομο ψυχική ηρεμία και γαλήνη, με την απαλλαγή των δυσάρεστων συναισθημάτων, του

φόβου- άγχους. 7) Μετά την ψυχοθεραπεία, προβλέπεται ότι ο θεραπευόμενος θα έχει αλλάξει το γνωστικό πλαίσιο του, με το οποίο ερμηνεύεται η συμπεριφορά του αποκτώντας αισιοδοξία. 8) Αντίσταση στην αλλαγή. 9) το συνθετικό μοντέλο είναι αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση ατόμων με ψυχωσικά και νευρωσικά συμπτώματα, καθώς και υγιών ατόμων. 10) Η συνθετική ψυχοθεραπεία είναι υποστηρικτική διαδικασία, με στόχο την ελάττωση του άγχους. 11) Χρήση μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης. 12) Το άτομο είναι ον κοινωνικό. 13) Το άτομο πρέπει να προσπαθεί όσες φορές χρειαστεί ώστε να πετύχει το στόχο του δηλαδή τη θεραπεία του, γιατί αυτή επέρχεται πάντα κάποια στιγμή. 14) Η θεραπευτική διαδικασία πρέπει να σχεδιάζεται και να οργανώνεται με μεγάλη ακρίβεια και προσοχή- όπως ένα πείραμα ηλεκτροφυσιολογίας. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990).

Ο Castonguay, το 1993 στο άρθρο του με τίτλο «Common factors and Non specific Variables: Clarification of the two concepts and recommendations for Reasearch» έκανε απόπειρα αποσαφήνισης των εννοιών κοινοί παράγοντες και μη ειδικές μεταβλητές καθώς και της σύγχυσης που υποβόσκει ανάμεσα σ' αυτές. Στο πεδίο της ψυχοθεραπείας, οι όροι *κοινοί παράγοντες* και *μη ειδικές μεταβλητές*, θεωρούνται συνώνυμοι. Όμως το γεγονός ότι η χρήση τους δεν είναι διακριτή θέτει περιορισμούς στην κατανόηση των παραγόντων που εμπλέκονται σε όλα τα διαφορετικά είδη θεραπευτικής παρέμβασης. Δηλαδή εμμέσως τους καθιστά απροσδιόριστες πτυχές της θεραπευτικής σχέσης.

Ο συγγραφέας στο συγκεκριμένο άρθρο του προσπαθεί να εξηγήσει τους λόγους για τους οποίους αυτή η ανάμειξη των όρων εξακολουθεί να ακόμη να είναι εξέχουσας σημασίας. Υποστηρίζει λοιπόν ότι ο όρος *common factors* πρέπει να διατηρηθεί, καθώς επίσης και να αναφέρεται σε εργαλεία που συμμετέχουν σε τεχνικές, διαπροσωπικές, ενδοπροσωπικές και δομικές διαστάσεις της θεραπευτικής αλληλεπίδρασης. Επίσης ο όρος *non specific* πρέπει να απορρίπτεται, μολονότι είναι γνωστό ότι πολλές μεταβλητές που λαμβάνουν χώρα στη θεραπεία δεν έχουν συγκεκριμενοποιηθεί ακόμη.

Στον όρο «μη ειδικές μεταβλητές», έχουν δοθεί τρεις σχετικές μεν, μεταξύ τους, αλλά διακριτές δε, σημασίες. Η πρώτη αφορά πολλών ειδών μεταβλητές που δεν είναι ειδικές και μοναδικές για μία συγκεκριμένη μορφή θεραπείας. Για παράδειγμα, η διορατικότητα, η συναισθηματική απελευθέρωση, η διορθωτική συναισθηματική εμπειρία, η απόκτηση κυριότητας του εαυτού και η αλλαγή της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τη δεύτερη σημασία, ο όρος αναφέρεται σε μη τεχνικά εργαλεία που είναι βοηθητικά στη

θεραπεία. Τέτοιες μεταβλητές είναι η ερμηνεία κατά την ψυχανάλυση και η χαλάρωση κατά την συστηματική απευαισθητοποίηση, τις οποίες οι ερευνητές μπορούν να ελέγξουν κατά την θεραπεία με placebo. Τέλος η τρίτη σημασία που έχει δοθεί στον όρο «μη ειδικές μεταβλητές» αναφέρεται σε δυνητικά ενεργά εργαλεία που δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη η φύση τους και η θεραπευτική επίδραση όπως οι προσδοκίες του θεραπευόμενου.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τον συγγραφέα, είναι αναγκαία μία ερμηνευτική προσέγγιση για την πολυπλοκότητα της ψυχοθεραπείας. Αυτή θα βοηθούσε να κατανοηθούν καλύτερα κάποιες μεταβλητές που είναι δύσκολο να οριστούν και να μετρηθούν, όπως η κλινική γνώση του τρόπου παρέμβασης, και η αντιληπτικότητα κοινοί παράγοντες σε όλα τα θεραπευτικά μοντέλα ψυχοθεραπείας, θα μείνουν ακαθόριστοι εάν γίνει απόπειρα να κατανοηθούν μόνο υπό εμπειρική οπτική. Γενικά ο Castonguay, ισχυρίζεται ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα ώστε να βελτιωθεί η γνώση για το πώς οι κοινοί παράγοντες λειτουργούν, στα ποικίλα θεραπευτικά πλαίσια, σε διαφορετικές φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας καθώς και σε διαφορετικού τύπου κλινικά προβλήματα. (Castonguay, 1993).

Οι Lazarus & Beutler στο άρθρο τους που δημοσιεύθηκε το 1993, με τίτλο «On technical eclecticism», συνόψισαν τις διαφορές ανάμεσα στον μη συστηματικό εκλεκτικισμό, την θεωρητική σύνθεση και τον τεχνικό εκλεκτικισμό. Έδειξαν δηλαδή πώς ο συνδυασμός θεωριών και η έννοια του εκλεκτικισμού, αντί να αποδίδει θεραπευτική ακρίβεια, οδηγεί στη σύγχυση. Ακόμη υποστήριξαν ότι η συμβουλευτική και η ψυχοθεραπεία εάν δεν ενωθούν με σκοπό την εμπειρική αποτελεσματικότητα, το πεδίο τους θα παραμείνει δεσμευμένο στην θρησκευτική φιλοσοφία αντί για επιστημονική επιχείριση.

Αρχικά σύμφωνα με τους Lazarus & Beutler, οι κλινικοί συνειδητοποίησαν ότι μία μεμονωμένη προσέγγιση δεν οδηγεί στην κατανόηση και διόρθωση των ανθρωπίνων προβλημάτων. Δύο προσεγγίσεις που έχουν προταθεί, αποτελούν τον μη συστηματικό εκλεκτικισμό και περιγράφονται ως η θεωρητική σύνθεση και ο τεχνικός εκλεκτικισμός. Ο τελευταίος, όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς, αποτελεί τη μεγαλύτερη υπόσχεση για το μέλλον.

Εξετάζοντας την ιστορική εξέλιξη, οι Lazarus & Beutler, αναφέρουν ότι από τότε που εφαρμόστηκαν οι αρχές του συμπεριφορισμού στις ψυχαναλυτικές έννοιες, (όπως πρώτα απ' όλους προτάθηκε από τον French το 1933), άρχισε η τάση των ψυχαναλυτών να χρησιμοποιούν εμπειρικούς όρους. Μέσα απ' το κίνημα της σύνθεσης που ήταν ισχυρό, οι συνήγοροι των ενοποιημένων προσεγγίσεων αποπειράθηκαν να αναγνωρίσουν και άλλες

σχέσεις- συμμαχίες μεταξύ άλλων προσεγγίσεων. Προσπάθησαν να συγχωνεύσουν τις συμπεριφοριστικές θεωρίες με Gestalt και γνωστικές με ενδοπροσωπικές. Ενσωμάτωσαν δηλαδή τις γενικές αρχές της ψυχοθεραπείας σε θεωρίες επεξεργασίας πληροφοριών. Όπως σημειώνουν οι Lazarus & Beutler, οι συνδέσεις αυτές είναι μεγάλης αξίας και υπονοούν ότι όποτε συγκλίνουν οι θεωρίες, η θεραπευτική διαδικασία θα βελτιώνεται. Παρ' όλα αυτά ο Lazarus δηλώνει τον όρο τεχνικός εκλεκτικισμός θέλοντας να δείξει ότι μόνο οι συγχωνευμένες θεωρίες επιφέρουν σύγχυση.

Εν συνεχεία οι συγγραφείς παραθέτουν την πρόταση του Thorne, ότι οι ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες δεν προκύπτουν γραμμικά από θεωρίες. Αντίθετα, ένα ολοκληρωμένο σύστημα ψυχοθεραπείας θα αποτελούνταν από συνδυασμό πραγματικών θεραπευτικών τεχνικών και όχι χρησιμοποιώντας μόνο διαδικασίες προερχόμενες από μεμονωμένες θεωρίες. Επίσης δήλωσε ότι ο εκλεκτικισμός δεν πρέπει να είναι μη συστηματικός συνδυασμός ασύμβατων εργαλείων αλλά πρακτική εφαρμογή βασικής ψυχολογικής επιστήμης. Παρομοίως ο Harper 1959 (όπως αναφέρεται στους Lazarus & Beutler, 1993) υποστηρίζουν για τον εκλεκτικισμό ότι πολλοί θεραπευτές και οι ασθενείς τους πιθανόν θα ωφεληθούν από ένα ευέλικτο πλαίσιο θεραπευτικών τεχνικών περισσότερο από την άκαμπτη προσκόλληση σε ένα μεμονωμένο σύστημα ψυχοθεραπείας.

Όσον αφορά τη θεωρητική σύνθεση, ο Agras (1987) (όπως αναφέρεται στους Lazarus & Beutler, 1993) εξέφρασε την άποψη του ότι η ένωση συμπεριφοριστικής και ψυχαναλυτικής θεωρίας έχει αξία μόνο εάν αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα των ψυχοδυναμικών θεραπειών. Πολλοί σύμβουλοι και θεραπευτές ωστόσο, πιστεύουν ότι αυτή η σύνθεση είναι πραγματοποιήσιμη. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι όταν συνδυάζονται οι μέθοδοι της συμπεριφοριστικής αλλαγής με τις εσωστρεφείς θεωρίες και τις περιπλοκές των ασυνείδητων διαδικασιών, το προϊόν που θα προκύψει υπερβαίνει τα στοιχεία και τις αρετές της κάθε προσέγγισης μεμονωμένα.

Ακόμη σύμφωνα με τους συγγραφείς όταν η έρευνα επικεντρώθηκε στην πραγματική ευθύνη για την θεραπεία του πελάτη και αποσπάστηκε από τις εργαστηριακές συνθήκες, τότε οι ψυχαναλυτές και συμπεριφοριστές βρήκαν ότι το δίπολο διορατικότητα έναντι δράσης- συμπεριφοράς ήταν στείρο.

Σ' αυτό το σημείο τίθεται η διαφορά της θεωρητικής σύνθεσης με τον εκλεκτικισμό. Οι υποστηρικτές της θεωρητικής σύνθεσης, θέτουν ότι οι ψυχαναλυτικού και συμπεριφοριστικού τύπου θεωρίες πρέπει να συνδυαστούν, αποδίδοντας ένα εφαρμόσιμο θεραπευτικό πρόγραμμα. Και εναλλακτικά οι υποστηρικτές του μη συστηματικού

εκλεκτικισμού ίσως προσπαθούν να συνδυάσουν κομμάτια – μέρη από την κάθε προσέγγιση, με βάση το τί χρειάζεται την δεδομένη στιγμή. Αναφορικά με τη δεύτερη άποψη οι συγγραφείς ισχυρίζονται ότι η συλλογή στοιχείων και ο συνδυασμός τους δεν ενδείκνυται από κάθε προσέγγιση. Αυτό συμβαίνει γιατί απουσιάζουν τα αποδεικτικά κριτήρια καθορισμού των στοιχείων που πρέπει να διαφυλαχτούν. Αυτά τα κριτήρια δεν είναι διαθέσιμα και επίσης είναι αβέβαιο εάν η αξία των θεωριών αυτών θα μπορούσε να διατηρηθεί σε συνδυασμένη μορφή.

Ανακεφαλαιώνοντας τις απόψεις τους στο συγκεκριμένο άρθρο, διατείνονται τα εξής: οι υποστηρικτές του μη συστηματικού εκλεκτικισμού και της θεωρητικής σύνθεσης επιδιώκουν την συγχώνευση διαφορετικών ιδεών σε αρμονικά σύνολα μέσω της ανάμειξης των καταλληλότερων εργαλείων από την κάθε προσέγγιση. Όμως προκύπτουν αρκετά προβλήματα κατά τη διαδικασία αυτή. Η σχέση των θεωριών με την εφαρμογή τους δεν έχει υποστηρικτική βάση για περισσότερο αποτελεσματική θεραπεία. Επίσης η αντιστοιχία θεωρίας και πράξης δεν τεκμηριώνεται. Αντίθετα ο τεχνικός εκλεκτικισμός δανείζεται στοιχεία από διαφορετικές πηγές και προσεγγίσεις αλλά χωρίς απαραίτητα να βασίζονται στις θεωρίες απ' τις οποίες προήλθαν. Έτσι τα μοντέλα των Lazarus & Beutler, αν και κατασκευάζουν διαφορετικές μεθόδους για να ορίσουν τι θεραπευτικό πλαίσιο τους, βασίζονται σε δεδομένα από κοινωνικές καταστάσεις, γνωστική επιστήμη και ψυχοθεραπευτική έρευνα. Και οι δύο λοιπόν στοχεύουν στην ενσωμάτωση της θεωρίας, ψυχολογικής επιρροής και πειθούς. Δηλαδή σε κάθε περίπτωση οι θεωρίες χρησιμοποιούνται μέσα σε μία συστηματική διαδικασία που επιτρέπει τις προβλέψεις των καταστάσεων υπό τις οποίες θα εφαρμοστεί. Σύμφωνα με την συστηματική εκλεκτική προσέγγιση οι θεωρίες είναι απαραίτητες ώστε να αναπτυχθούν νέες διαδικασίες που θα ταιριάζουν με την εκάστοτε κατάσταση και πρόβλημα του ασθενή. Τέλος όπως είχε δηλώσει ο Marmor, το 1990, όλες οι ψυχοθεραπείες του μέλλοντος, θα χρειάζονται βραχυπρόθεσμες τεχνικές με έμφαση στην ευέλικτη προσαρμογή των θεραπευτικών τεχνικών ποικιλοτρόπως σε συγκεκριμένες ανάγκες κάθε ατόμου. (Lazarus & Beutler, 1993).

Ο Garfield στο άρθρο του με τίτλο «Eclecticism and Integration in Psychotherapy: Developments and Issues», που δημοσιεύθηκε το 1994, περιγράφει την εξάπλωση του εκλεκτικισμού στους κλινικούς ψυχολόγους καθώς και την πιο πρόσφατη ανάπτυξη του κινήματος της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας. Επίσης αυτές οι προσεγγίσεις έγιναν

προσπάθεια να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις φάσεις τον τεχνικό εκλεκτικισμό, την προσέγγιση των κοινών παραγόντων, και την συνθετική προσέγγιση. Ωστόσο ο Garfield, σημειώνει ότι ο εκλεκτικισμός παρά την ανταπόκριση που είχε παρουσίαζε κάποιες αδυναμίες. Ένας λόγος είναι η μεγάλη ποικιλία των μεμονωμένων προσπαθειών σύνθεσης που έχουν γίνει. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει τις πρόωρες προσπάθειες ανάπτυξης και τη δυσαρέσκεια για την εξάρτηση σε μεμονωμένες θεωρητικές προσεγγίσεις αναζητώντας τις διαφορές ανάμεσα τους. Έτσι το ενδιαφέρον στράφηκε στους κοινούς παράγοντες.

Η έμφαση στην θεραπευτική σχέση (που αποτελεί ένα από τους κοινούς παράγοντες των θεραπευτικών μοντέλων ψυχοθεραπείας), και η απόπειρα να εξετάζεται το κίνημα πέρα από τα όρια κάθε προσέγγισης μεμονωμένα, παραπέμπει στην ολότελα αυτή τάση ενοποίησης και σύνθεσης.

Τέλος σύμφωνα είναι κοινώς αποδεκτή ανάγκη να επικεντρωθούν οι ειδικοί σε διαπροσωπικές, συμπεριφοριστικές, γνωστικές και συναισθηματικές πτυχές κατά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, καθώς όλες οι πλευρές της ανθρώπινης λειτουργίας διασυνδέονται. Ο συγγραφέας λοιπόν καταλήγει να δίνει έμφαση στα κοινά σημεία ανάμεσα στις διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και επίσης τονίζει ότι πρέπει να εξετάζεται η λειτουργία τους αντί να στηρίζεται η έρευνα σε μία μόνο θεωρητική κατεύθυνση. Σημειωτέον ότι υπάρχουν διαδικασίες γνωστικο - συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων, οι οποίες είναι αποτελεσματικές σε μερικά είδη κλινικών προβλημάτων. Έτσι πρώτα πρέπει να εξεταστούν οι μεταβλητές που οδηγούν σε ένα θετικό αποτέλεσμα και μόνο έτσι θα είναι εφικτός ο σχηματισμός θεωρητικών κατασκευών με νόημα. Ακόμη, ο Garfield, τονίζει ότι το ψυχοθεραπευτικό αποτέλεσμα δεν επηρεάζεται μόνο από την συγκεκριμένη μέθοδο θεραπείας που χρησιμοποιείται αλλά από περισσότερα στοιχεία. (Garfield, 1994).

Οδεύοντας προς τη δεκαετία του 2000 στην πορεία του κινήματος της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας, προκύπτουν διλήμματα σχετικά με τους κοινούς παράγοντες. Ειδικότερα ο Weinberger, δημοσίευσε ένα άρθρο του το 1995 με τίτλο «Common factors aren't so common. The common factors Dilemma». Όπως έχει φανεί μέχρι τώρα η διαφορά ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα των διαφόρων ειδών ψυχοθεραπείας είναι μικρή λόγω των κοινών σημείων που τις ενώνουν. Στην πραγματικότητα όμως παρατηρείται κάποια παραμέληση από κοινού σχετικά με αυτά.

Ξεκινώντας ο Weinberger, υποστηρίζει όπως και πολλοί άλλοι ότι καμία ψυχοθεραπεία δεν είναι ανώτερη από τις άλλες καθώς επίσης ότι όλες είναι ισχυρότερες από την παντελή απουσία της θεραπείας. Επίσης ισχυρίζεται ότι όλες οι σχολές παραμελούν σχετικά ευρήματα που δεν προέρχονται από την κλινική πράξη.

Ο συγγραφέας αναφέρει και εξηγεί πέντε παράγοντες που αποτελούν το επίκεντρο για κάποιες σχολές και παραμελούνται από άλλες: αρχικά είναι η θεραπευτική σχέση. Σύμφωνα με τον Weinberger, είναι κεντρική στις ψυχοδυναμικές και ανθρωπιστικές προσεγγίσεις αλλά παραμελούνται από την συμπεριφοριστική και γνωστική προσέγγιση. Σε κάθε θεραπευτική διάδραση, ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος, σχηματίζουν μία θεραπευτική σχέση η οποία έχει δύο πτυχές, την θεραπευτική συμμαχία και την μεταβίβαση.

Η θεραπευτική συμμαχία χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τον Freud, και περιγράφηκε ως δύο συμπληρωματικές πτυχές: η κατανόηση και τα καλοπροαίρετα συναισθήματα του θεραπευτή προς τον ασθενή και η ενθάρρυνση του θεραπευτή που πηγάζει απ' την ζεστασιά του ασθενή. Γενικά οι απόψεις για αυτόν τον παράγοντα, δίστανται. Απ' τη μία πλευρά ο Yalom, το θεωρεί ως το όργανο για τη θεραπεία ενώ οι άλλοι όπως ο Brenner, (1982) και Reich, (1933) (όπως αναφέρεται στον Weinberger, 1995) θεωρούν ότι είναι απαραίτητος παράγοντας για την ανάλυση της συμπεριφοράς αλλά από μόνη της δεν είναι θεραπευτική.

Εν συνεχεία σε αντίθεση με την ψυχανάλυση, οι συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις που η θεραπεία βασίζεται στην μάθηση, δεν θεωρούν την θεραπευτική σχέση σαν κεντρικό παράγοντα. Γενικά προκύπτει από διάφορες έρευνες ότι η σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου είναι βελτιωτική χωρίς να είναι απαραίτητη και επαρκής προϋπόθεση για τη θεραπευτική αλλαγή. Όσον αφορά την άλλη πτυχή της θεραπευτικής σχέσης, την μεταβίβαση, ο πελάτης μεταφέρει παρελθούσες στάσεις στο παρόν. Όπως αποδεικνύεται να συμβαίνει με τις περισσότερες ψυχαναλυτικές έννοιες αυτά που εκφράζει ο ασθενής δεν αποδεικνύονται από εμπειρικά δεδομένα αλλά βασίζονται σε μελέτες περίπτωσης και στην κλινική εμπειρία.

Έπειτα ο συγγραφέας κάνει λόγο για τον δεύτερο παράγοντα που θεωρείται κοινός και είναι οι προσδοκίες για την θεραπευτική επιτυχία. Όπως δήλωσε και ο Frank, ένα άτομο καταφεύγει στην ψυχοθεραπεία, όντας σε κατάσταση εξαχρείωσης. Σύμφωνα με τον Weinberger, καμία σχολή δεν θεωρεί τον παράγοντα αυτό ως κεντρικό. Η προσδοκία της θεραπείας είναι σημαντική καθώς σ' αυτή στηρίζεται η δράση και η αποτελεσματικότητα

της θεραπευτικής διαδικασίας.

Ο τρίτος παράγοντας που αναφέρεται είναι η αντιμετώπιση του προβλήματος που έχει ως αποτέλεσμα την επίλυση του. Αυτός ο παράγοντας είναι κεντρικός στις συμπεριφοριστικές και στις θεραπείες μάθησης αλλά σχετικά παραμελείται σε ένα βαθμό από την ψυχοδυναμική και την ανθρωπιστική θεραπεία. Σύμφωνα με αυτόν τον παράγοντα ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να καταπολεμήσει το άγχος και τους φόβους, τα οποία θεωρούνται στόχος όλων των ειδών θεραπείας και σημειώνουν θεραπευτική πρόοδο. Οι συμπεριφοριστικές μέθοδοι εφαρμόζουν ζωντανές αναπαραστάσεις φοβικών γεγονότων ενώ στις ψυχαναλυτικού τύπου θεραπείες αυτό γίνεται μέσω της ανάλυσης των ονείρων και της ελεύθερης σύνδεσης θεραπευτή και θεραπευόμενου.

Ο τέταρτος παράγοντας είναι η παροχή εμπειρίας της κυριότητας ή γνωστικού ελέγχου πάνω στην προβληματική κατάσταση. Αποτελεί κεντρικό σημείο στις γνωστικές προσεγγίσεις ενώ σχετικά παραμελείται από τις ψυχοδυναμικές και τις ανθρωπιστικές/εμπειρικές. Οι συμπεριφοριστικές σχολές χρησιμοποιούν τον παράγοντα της κυριότητας μόνο στο βαθμό που διδάσκουν νέες δεξιότητες. Αναλυτικότερα η κυριότητα και ο γνωστικός έλεγχος αναφέρεται στο γεγονός που ο θεραπευτής βοηθά τον θεραπευόμενο να αντικαταστήσει τις δυσπροσαρμοστικές αντιλήψεις κι συμπεριφορές, καθώς και να σκέφτεται τα πρότυπα με νέο πιο προσαρμοστικό τρόπο .

Τέλος η απόδοση της θεραπευτικής επιτυχίας ή αποτυχίας είναι ο τελευταίος κοινός παράγοντας της ψυχοθεραπείας. Σχετίζεται με την προσδοκία αλλά αναφέρεται στην κατανόηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Φαίνεται να υποστηρίζεται κυρίως από τις γνωστικές προσεγγίσεις ενώ παραμελείται από όλες τις άλλες. Η απόδοση μπορεί να είναι εσωτερική ή εξωτερική. Η πρώτη αναφέρεται σε προσπάθεια του ίδιου του υποκειμένου να αλλάξει ενώ η δεύτερη σημαίνει ότι η θεραπευτική αλλαγή οφείλεται στις δεξιότητες του θεραπευτή . Ο συγγραφέας μέσα από την ανάλυση και συζήτηση αυτών των παραγόντων επιχείρησε να δείξει ότι οι κοινοί παράγοντες αιτιωδώς συνδέονται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι διάφορες προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας επικεντρώνονται σε κάποιους από αυτούς ενώ παραμελούν άλλους και κάποια παραδείγματα που έχει αποδειχθεί ότι επιδρούν θεραπευτικά δεν τονίζονται από καμία προσέγγιση .

Συμπερασματικά, ο Weinberger, έκανε απόπειρα να δείξει ότι μολονότι η έννοια των κοινών παραγόντων έχει διαδοθεί σημαντικά δεν την έχουν ενσωματώσει οι κυρίαρχες προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας. Επίσης αναφέρθηκε σε δύο λύσεις που προτάθηκαν σχετικά με το δίλημμα των κοινών παραγόντων, τον τεχνικό εκλεκτικισμό και τη θεωρητική

σύνθεση. Όμως και αυτά δεν έχουν αποδοθεί αποτελεσματικά καθώς ο τεχνικός εκλεκτικισμός υπολείπεται από θεωρητικές ερμηνείες και η θεωρητική σύνθεση δεν αποδίδεται αποτελεσματική, παρά τα στατιστικά εργαλεία που έχουν χρησιμοποιήσει οι υποστηρικτές της.

Γενικά υποστηρίζει ότι οι θεραπευτές πρέπει να είναι ευέλικτοι στη χρήση κάθε θεραπευτικής τεχνικής. Ακόμη, πρόθυμοι στην καθοδήγηση από αυτή αλλά χωρίς να υποκύπτουν απόλυτα. Το σημαντικότερο σύμφωνα με τον γράφοντα είναι η εμπειρική απόδοση κάθε μεθόδου. Δεν υπάρχει κάποιος λόγος να μην επεξεργάζονται οι θεραπευτές τους προαναφερθέντες κοινούς παράγοντες, αρκεί να τους αξιολογούν περιοδικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας και να τους παρουσιάζουν όπως πραγματικά είναι. Έτσι θα γίνει κατανοητό γιατί οι μεν και οι δε δίνουν έμφαση σε διαφορετικούς παράγοντες. Μετά την ολοκλήρωση αυτής της ανάλυσης μπορούν να ληφθούν υπόψη (οι κοινοί παράγοντες) σαν ένα αποτελεσματικό σύνολο. Έπειτα μέσω της εμπειρικής εξέτασης και επανεξέτασης θα βελτιωθεί η κατανόηση για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. (Weinberger 1995).

Οι Sticker & gold, παρουσίασαν μια «αφομοιωτική ψυχοδυναμική προσέγγιση της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας» το 1996. Η τελευταία αποτελεί μία προσέγγιση που προχωρά πέρα από κάθε μεμονωμένη θεωρία ή σύνολο τεχνικών. Γενικά το ενδιαφέρον των ψυχοθεραπευτών στράφηκε στο να χρησιμοποιήσουν νέες αναπτυγμένες τάσεις στις φυσικές και κοινωνικές επιστήμες. Οι υποστηρικτές του κινήματος της ενοποίησης, είχαν θέσει σαν σκοπό να θεσμοθετήσουν ένα διάλογο- μία κοινωνική γλώσσα ανάμεσα στα μέλη των διαφόρων σχολών ψυχοθεραπείας και απώτερος στόχος θεωρείται η ανάπτυξη των πιο αποτελεσματικών πιθανών μορφών θεραπείας.

Ο όρος ενοποίηση της ψυχοθεραπείας, αντανακλά στην σύνθεση των καταλληλότερων εννοιών και μεθόδων σε νέες θεωρίες και πρακτικά συστήματα θεραπείας. Εν συνεχεία όπως υποστηρίζουν οι Sticker & Gold, η πρώτη προσέγγιση της ενοποίησης αφορά την μετάφραση των εννοιών και μεθόδων αυτών από τη μία ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στη γλώσσα και τη διαδικασία της άλλης. Το κίνημα της σύνθεσης ξεκινά με τη προσπάθεια μετατροπής των ψυχαναλυτικών θεωριών του Freud σε όρους των θεωριών της μάθησης. Οι διαδικασίες που είναι κοινές σήμερα στην γνωστική – συμπεριφοριστική περιλαμβάνουν τη χρήση της εξάσκησης στο σπίτι, την μοντελοποίηση και το παιχνίδι ρόλων , καθώς και την αντιμετώπιση φοβογόνων καταστάσεων. Ακόμη ο Alexander,

(1963), τροποποίησε την προσέγγιση του η οποία ήταν ψυχοδυναμικά προσανατολισμένη σε θεραπεία που βασιζόταν στην μάθηση. Συνεχίζοντας, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι κοινή τάση σε όλα τα ψυχοθεραπευτικά είδη, ήταν η έρευνα για γενετικούς παράγοντες αλλαγής. Αυτοί οι παράγοντες κατέργησαν τα εμπόδια ανάμεσα σε συγκεκριμένες θεωρίες και μεθόδους. (Sticker & Gold, 1996)

Οι θεωρητικοί της συμπεριφοριστικής θεραπείας, άρχισαν να εξετάζουν την ψυχανάλυση, τις ανθρωπιστικές θεραπείες και τις συστημικές προσεγγίσεις για καθοδήγηση, ιδέες και μεθόδους, όταν αυτή (συμπεριφοριστική θεραπεία) στράφηκε σε πιο σύνθετα κλινικά προβλήματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι μελέτες των Marks & Gedler, Weizman, Marmor και Birk & Brinkley που έχουν αναλυθεί παραπάνω. Αυτοί ασχολήθηκαν διεξοδικά με τις θεωρητικές συνδέσεις και ομοιότητες ανάμεσα στις συμπεριφοριστικές, ανθρωπιστικές και ψυχοδυναμικές μεθόδους.

Οι Norcross & Newman, 1992, (όπως αναφέρεται στους Sticker & Gold, 1996) αναγνώρισαν κάποιες μεταβλητές που συνέβαλαν και ενίσχυσαν το κίνημα της ένωσης-σύνθεσης των θεραπειών: τέτοιες είναι η τεράστια αύξηση των διαφορετικών ξεχωριστών μοντέλων ψυχοθεραπείας, η αποτυχία κάθε μεμονωμένης θεραπείας να επιδείξει μεγάλη αποτελεσματικότητα και να εξηγήσει και να προβλέψει την ψυχοπαθολογία και την αλλαγή της συμπεριφοράς. Επίσης η μεγάλη επικοινωνία μεταξύ των κλινικών που οδήγησε στην προθυμία για θεραπευτικό πειραματισμό και τέλος η αναγνώριση των κοινών παραγόντων όλων των θεραπευτικών μοντέλων που σχετίζονται με επιτυχές θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Όσον αφορά τους διαφορετικούς τρόπους της ενοποίησης της ψυχοθεραπείας, οι συγγραφείς αναφέρουν τις τρεις τάσεις της σύνθεσης, τον τεχνικό εκλεκτικισμό, την προσέγγιση των κοινών παραγόντων και την θεωρητική σύνθεση. Σύμφωνα μ' αυτές τις τάσεις δύο ή περισσότερες σχολές μπορούν να συνδυαστούν μεταξύ τους. Η ειδοποιός διαφορά τους είναι ότι δίνουν έμφαση σε διαφορετικό επίπεδο, για παράδειγμα στην τεχνική που θα χρησιμοποιήσουν, στους παράγοντες αλλαγής και στην θεωρία.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία αναλύεται διεξοδικά η προσέγγιση των κοινών παραγόντων. Η προσέγγιση αυτή υποθέτει ότι όλες οι αποτελεσματικές μέθοδοι της ψυχοθεραπείας σε κάποιο βαθμό μοιράζονται κάποιους θεραπευτικούς παράγοντες. Η προσπάθεια για εύρεση των αποτελεσματικών συστατικών δομείται γύρω από το στόχο να ενισχυθεί η έκθεση του ασθενή σε ένα συγκεκριμένο συνδυασμό παραγόντων που θα συμβάλλουν στην βελτίωση των προβλημάτων.

Οι συγγραφείς αναλύουν σ' αυτό το σημείο το αφομοιωτικό ψυχοδυναμικό μοντέλο

της ενοποίησης. Όπως υποστηρίζουν αυτό βασίζεται στις ψυχοδυναμικές θεωρίες δόμησης της προσωπικότητας και ψυχολογικής αλλαγής. Και ταυτόχρονα χρησιμοποιούνται στρατηγικές από άλλα θεραπευτικά συστήματα. Το χαρακτηρίζουν ως αφομοιωτικό καθώς διατηρείται μία θεωρητική κατασκευή (η ψυχοδυναμική προσέγγιση) αλλά ενσωματώνονται σ' αυτή τεχνικές από άλλες προσεγγίσεις όπως η γνωστική θεραπεία και επίδραση της συμπεριφοράς. Έτσι οι ψυχοδυναμικά προσανατολισμένες μέθοδοι συνδυασμένες με άλλες προσεγγίσεις όπως η παραπάνω, διαφέρουν από την παραδοσιακή ψυχανάλυση. Αλλάζει δηλαδή η έμφαση που δίνεται στην ερμηνεία παρελθουσών γεγονότων και στη διορατικότητα και το βάρος πέφτει στην συμπεριφορά και στις γνωστικές διαδικασίες υπό μία ολιστική οπτική. Γενικά το αφομοιωτικό ψυχοδυναμικό μοντέλο της ένωσης της ψυχοθεραπείας επικεντρώνεται στις θεραπευτικές διασυνδέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στην συγκαλυμμένη συμπεριφορά, συνειδητή επίγνωση, αντίληψη, ασυνείδητες διαδικασίες, κίνητρα και αναπαραστάσεις. Αντίστοιχα αυτά τα στοιχεία ομαδοποιούνται στις τρεις προσεγγίσεις: α) συμπεριφοριστικές (συνειδητή -φανερή συμπεριφορά και επαναλαμβανόμενα πρότυπα, β) γνωστικές (συνειδητή επίγνωση, αντίληψη και αίσθηση) και γ) ψυχοδυναμικές (ασυνείδητες πνευματικές διαδικασίες, κίνητρα, συγκρούσεις και αναπαραστάσεις). Οι συγγραφείς χαρακτηρίζουν αυτό το μοντέλο ως κυκλικό- πολλαπλών κατευθύνσεων. Δηλαδή γίνεται συνδυασμός των οργανωτικών αρχών ενός θεωρητικού συστήματος κατανόηση με τις τεχνικές παρέμβασης που είναι διαθέσιμες από άλλες κατευθύνσεις θεραπείας.

Τέλος όσον αφορά την αποτελεσματικότητα αυτού του μοντέλου οι κρίνουν απαραίτητη τη γενίκευση των μεθόδων. Επίσης οι τεχνικές αυτές εξυπηρετούν τον ασθενή όταν η παρέμβαση ανταποκρίνεται στην άμεση κλινική του ανάγκη και ψυχολογική κατάσταση. (Sticker & Gold, 1996).

Με την τάση της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας ασχολήθηκε και ο Lebow, το 1997 με το άρθρο του «Clinical theory and Practice- Integrative family therapy». Εξέτασε τους παράγοντες που λαμβάνουν μέρος στην οικογενειακή και θεραπεία ζεύγους. Ισχυρίζεται ότι οι παρεμβάσεις και οι θεωρητικές κατευθύνσεις που προκύπτουν από την ατομική θεραπεία οποιασδήποτε προσέγγισης (γνωστική- συμπεριφοριστική, ψυχοδυναμική, υπαρξιστική), χρησιμοποιούν και συστημικές προοπτικές. Ο Lebow, κάνει λόγο για τις έννοιες τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην οικογενειακή και θεραπεία ζεύγους όπως είναι η θεραπευτική συμμαχία, η συνοχή, οι τελετουργίες και η αντίσταση.

Σύμφωνα μ' αυτόν, οι όροι εκλεκτικισμός και ενοποίηση αναφέρονται στην εφαρμογή θεωρητικών εννοιών και παρεμβάσεων που ξεπερνούν τα όρια των διαφορετικών προσεγγίσεων. Κάποιες θεραπείες που κατά την δεκαετία του '60 και '70 ονομάζονταν εκλεκτικές, λίγα χρόνια αργότερα στις δεκαετίες '80 και '90 το ονομά τους αντικατέστησε ο όρος συνθετικές. (Lebow, 1997).

Την δεκαετία του 1990 δημοσιεύτηκαν τρία κεφάλαια σχετικά με το συνθετικό κίνημα και με τη θεραπεία ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα. Οι Nestoros & Hawkins το 1997, εξέδωσαν το σημαντικό άρθρο «Beyond the Dogmas of Conventional Psychotherapy: The integration movement». Σ' αυτό εξετάζουν τις θεραπευτικές συνθήκες ξεπερνώντας τα όρια της συμβατικής ψυχοθεραπείας δηλαδή του κάθε μοντέλου μεμονωμένα, όπως αυτή συνηθιζόταν να υφίσταται.

Όπως υποστήριξαν οι Hawkins και Nestoros, (1997). ότι τον 20ο αιώνα επικράτησαν τα τρία κυρίαρχα ρεύματα στην ψυχοθεραπεία, η ψυχοδυναμική σχολή, η συμπεριφοριστική σχολή και η ανθρωπιστική- υπαρξιστική σχολή. Οι αιτίες που οδήγησαν στην σύνθεση των θεραπευτικών μοντέλων και κατά συνέπεια στο Συνθετικό μοντέλο που πρότεινε ο Νέστορος, λαμβάνονται υπόψη ως εξής: ο πολλαπλασιασμός των ψυχοθεραπευτικών μοντέλων και των κοινωνικο- οικονομικών παρεμβάσεων, η ανεπάρκεια των μεμονωμένων θεωριών, η συμπληρωματική φύση κάθε κατεύθυνσης μεταξύ τους, η σύγκλιση, η ισότητα των αποτελεσμάτων και οι ομοιότητες ανάμεσα στις θεραπείες, τέλος η έμφαση στα προσωπικά χαρακτηριστικά και στην θεραπευτική σχέση.

Στη συνέχεια ο Joannis Nestoros, τη ίδια χρονιά δημοσίευσε ένα άλλο κεφάλαιο σχετικά με την εφαρμογή της συνθετικής ψυχοθεραπείας, σε άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα με τίτλο «Integrative Psychotherapy of Individuals with Schizophrenic Sypptoms.» . Σύμφωνα μ' αυτόν, η χρησιμότητα της ψυχοθεραπείας είναι ισάξια σχεδόν με τη φαρμακοθεραπεία για την θεραπεία της σχιζοφρένεια. Η αλληλεπίδραση τους είναι περίπλοκη, αλλά οι δύο προσεγγίσεις (ψυχοθεραπεία και φαρμακολογία), θεωρούνται συμπληρωματικές.

Το συνθετικό μοντέλο προτείνει τον συνδυασμό των διαφορετικών προσεγγίσεων για τη θεραπεία των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων μέσω : 1) της χρήσης των κοινών παραγόντων, 2) της υποστηρικτικής και ερευνητικής ψυχοθεραπείας, 3) της πραγματοποίησης της ατομικής και ομαδικής θεραπείας και 4) της χρήσης φαρμάκων όταν

αυτά χρειάζονται. Όπως είναι γνωστό η αιτία των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, οφείλεται στο δίπολο στρες- προδιάθεση που περιλαμβάνει βιολογικούς- κληρονομικούς παράγοντες, ψυχολογικούς και κοινωνικούς. Δηλαδή ένα άτομο μπορεί να έχει την προδιάθεση της σχιζοφρένειας και δε συνδυασμό με κάποιο έντονο στρεσογόνο περιβαλλοντικό ερέθισμα εν τέλει να την εκδηλώσει. Έτσι το συνθετικό μοντέλο υποδεικνύει ότι πρέπει να εξετασθούν όλες οι εκδοχές και οι πτυχές της προσωπικότητας. (Nestoros, 1997a).

Το τρίτο κεφάλαιο που δημοσίευσε ο καθηγητής Ιωάννης Νέστορος, το 1997 είναι «A Model of Training in the Methodology of Individual Psychotherapy Research: The Schizophrenia as a Paradigm». Όπως υποστηρίζει η ψυχοθεραπευτική έρευνα έχει αναπτυχθεί σε αρκετά μεγάλο βαθμό και έτσι οι εμπλεκόμενοι με αυτήν, εκφράζουν υψηλές προσδοκίες. Παρ' όλα αυτά κατά τον Νέστορος, πολλές από τις δεξιότητες του καλού και αποτελεσματικού θεραπευτή δεν έχουν αποκτηθεί μέσω έρευνας αλλά μέσω της προσωπικής ανάπτυξης του καθώς και μεταφέροντας τις περιπτώσεις υπό καλή εποπτεία. (Nestoros, 1997b, 1998). Αυτό επιβεβαιώνεται και από την εξήγηση του Marmor, ο οποίος υποστήριξε ότι η βελτίωση του θεραπευόμενου δεν οφείλεται στην ορθή εξήγηση που έδωσε για την συμπεριφορά του. (Marmor, 1962).

Κατά την εξέλιξη του συνθετικού κινήματος ο Νέστορος, εξέδωσε ένα άρθρο το 1998, «Μεθοδολογία έρευνας στην Ψυχοθεραπεία- Σύγχρονες τάσεις», όπου παρουσιάζει τις σύγχρονες τάσεις της αναφορικά με την εφαρμογή της μεθοδολογίας.

Σύμφωνα με τον Νέστορος, οι Russel και Orlinsky, (1996) (όπως αναφέρεται στον Νέστορος, 1998), κατέγραψαν την ιστορική εξέλιξη της έρευνας της ψυχοθεραπείας. Η περίοδος 1927- 1954 που θεωρείται η πρώτη φάση χαρακτηρίζεται από εγκαθίδρυση της επιστημονικής έρευνας με την δημοσίευση μελετών περίπτωσης, και οι ερευνητές επικεντρώθηκαν στην απόδειξη της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας. Αντικείμενο της δεύτερης φάσης 1955- 1969 είναι τα επιστημονικά κριτήρια. Χαρακτηριστικό της είναι το μοντέλο έρευνας λογικού θετικισμού ή εμπειρισμού, (μόνο φυσικά μετρήσιμες διαστάσεις το αντικείμενο της επιστημονικής έρευνας), η συμπεριφορά του ασθενή και του θεραπευτή κατά την θεραπευτική διαδικασία. Άλλο χαρακτηριστικό αυτής της φάσης είναι το ερώτημα, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Νέστορος, «ποια θεραπεία και από ποιόν είναι πιο αποτελεσματική για το συγκεκριμένο πρόβλημα και κάτω από ποιες συνθήκες».

Συνεχίζοντας, η τρίτη φάση, 1970- 1983, επικεντρώθηκε στην Διερεύνηση και Οργάνωση. Σ' αυτή επικρατεί η άποψη ότι η ψυχοθεραπεία και το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους. Επίσης υποβόσκει η τάση για φαινομενολογικά προσανατολισμένη έρευνα και εισήχθη η ψυχοκοινωνική και φαρμακολογική παρέμβαση. Σημαντικότερο είναι ότι αυτή την περίοδο αρχίζει να εξαπλώνεται η τάση για τη σύνθεση των ψυχοθεραπευτικών μοντέλων.

Τέλος κατά τη τέταρτη φάση 1984 μέχρι τη δεκαετία του 2000, λαμβάνει χώρα η Παγίωση και Αναδιαμόρφωση. Οι νέες τάσεις που διαμορφώνονται επανερμηνεύουν τις παραδοσιακές προσεγγίσεις. Ακόμη βελτιώνονται οι παλιές και δημιουργούνται νέες ποσοτικές και ποιοτικές μέθοδοι.

Γενικά κατά τον Νέστορος, καθώς η ψυχοθεραπεία έχει αποδειχθεί πολύ αποτελεσματική, κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει την αξία της. Βασικό στοιχείο είναι ότι η ψυχοθεραπεία αποτελεί μία αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Διαδραματίζεται στο πλαίσιο μίας επαγγελματικής σχέσης με στόχο να αλλάξουν οι στάσεις και συμπεριφορές του πελάτη αλλά και του θεραπευτή σε κάποιο βαθμό. Εν συνεχεία ο συγγραφέας τονίζει την εύρεση κάποιων κοινών παραγόντων ανάμεσα στα διαφορετικά θεραπευτικά μοντέλα. Παρουσιάζεται επίσης ένα εννοιολογικό μοντέλο για την ψυχοθεραπευτική διαδικασία το οποίο προτείνει κάποιες παραμέτρους. Την προοπτική της παρατήρησης, εστίαση στις πτυχές που εξετάζονται, μονάδες μέτρησης και διαδοχή των φάσεων. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει μία μοναδικά μεθοδολογική προσέγγιση στην ψυχοθεραπεία της συμπεριφοράς που να είναι ιδανική. Την κατάλληλη και σωστή μεθοδολογία την επιλέγει ο ερευνητής- ψυχοθεραπευτής βάσει των στοιχείων που έχει και του στόχου που θέτει. (Νέστορος, 1998).

Δεκαετία 2000

Τη δεκαετία του 2000 δημοσιεύθηκε στα Πρακτικά του Συνεδρίου του Τμήματος Δημοτικής εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Κρήτης, η εργασία με τίτλο, «Σύγχρονες απόψεις για το ρόλο των Συναισθημάτων στην Ψυχική Υγεία», από τον καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας Νέστορο Ιωάννη.

Σύμφωνα με το Νέστορος, βασικό στοιχείο που συντελεί στην ποιότητα ζωής είναι ο τύπος και η ποσότητα των συναισθημάτων. Το Συναίσθημα ορίζεται ως μία σύνθετη διαδικασία που συνδέεται με την αυξημένη αντίληψη μίας κατάστασης ή αντικειμένου καθώς και σε σωματικές αλλαγές που προκαλούνται. Η ανωτέρω αντίληψη και οι αλλαγές

εξαρτώνται από την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για την κατάσταση, και η οποία θα τον οδηγήσει στην προσέγγιση ή αποφυγή τους ή στην ανάγκη για πράξη. Αναφέρονται τέσσερα κύρια είδη συναισθημάτων, ο φόβος, ο θυμός, η θλίψη και η απόλαυση. Κατά συνέπεια, τα προβλήματα συναισθηματικής φύσης και οι διαταραχές που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι, σχετίζονται με τα συναισθήματα αυτά.

Συνεχίζοντας, ο γράφων, υποστηρίζει ότι η ψυχοθεραπεία είναι η θεραπεία αυτών των συναισθηματικών διαστρεβλώσεων, με ψυχολογικά μέσα, όπου δημιουργείται σκοπίμως μία σχέση ανάμεσα σε ένα εκπαιδευμένο άτομο- τον επαγγελματία και στον ασθενή. Συγκεκριμένα ο θεραπευτής αποσκοπεί στην μετατροπή- αφαίρεση ή μείωση των συμπτωμάτων, στην μεταβολή της διαταραγμένης συμπεριφοράς και στην προαγωγή θετικής ανάπτυξης της προσωπικότητας. Με αφορμή το γεγονός της ύπαρξης πληθώρας θεραπευτικών μοντέλων, και των ομοιοτήτων μεταξύ τους η ψυχοθεραπεία κατέληξε να διάγει το συνθετικό κίνημα κατά το οποίο συνδυάστηκαν οι διαφορετικές προσεγγίσεις, και εξετάστηκαν οι κοινοί παράγοντες που εντοπίστηκαν ανάμεσα τους. Ο Νέστορος, τονίζει λοιπόν, σύμφωνα με το Συνθετικό μοντέλο που πρότεινε, ότι όταν το άγχος βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα συντελεί στην εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας, και επίσης συνδέεται με την εμφάνιση σχιζοφρένειας. (Νέστορος, 2000a).

Στη συνέχεια ο Νέστορος, την ίδια δεκαετία, δημοσίευσε μία άλλη εργασία με τίτλο «Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου: ψυχολογικές, κοινωνικές, και οικονομικές παράμετροι». Ο γράφων, υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια καθώς και η αντιμετώπιση της, σχετίζεται με πολλές παραμέτρους. Εκτός από το θέμα του ατόμου, σημαντικό ρόλο παίζει η οικογένεια καθώς και η κοινωνία και το οικονομικό κόστος. Αναφορικά με την οικογένεια, είναι απαραίτητο να εξετάζεται η πιθανότητα επιβαρυντικού ρόλου των οικείων ατόμων και γι' αυτό είναι απαραίτητη η αξιολόγηση τους. Εκτός αυτού επιβάλλεται να αξιολογηθεί και η πιθανή επιρροή της ασθένειας στα μέλη της οικογένειας. Έτσι μεγίστης σημασίας είναι παράλληλα με την ατομική θεραπεία του πάσχοντος, να λαμβάνει χώρα και οικογενειακή θεραπεία. (Νέστορος, 2000b).

Ο καθηγητής Νέστορος Ιωάννης υπήρξε γενικά από τις σημαντικότερες και πιο καταλυτικές παρουσίες στο κίνημα της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας και ανέπτυξε το μοντέλο Συνθετική Ψυχοθεραπεία. Μέσα από το άρθρο του «Synthetiki Psychotherapy- An

Integrative Psychotherapy for Individual with Schizophrenic Symptoms», που δημοσιεύθηκε το 2001 στο περιοδικό *Journal of Contemporary Psychotherapy*, παρουσιάζεται το μοντέλο αυτό επικεντρωμένο στη θεραπεία ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα.

Ακόμη, οι Πουρκός, Κατέρη και Νέστορος, δημοσίευσαν μία εργασία το 2002, με τίτλο «Πολιτισμός και ψυχοπαθολογία: Συνεπαγωγές των πολιτισμικών διαφορών για την ψυχολογική γνώση και την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση». Ασχολήθηκαν δηλαδή με τις ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές κουλτούρες και πολιτισμούς. Είναι γεγονός ότι η κάθε κουλτούρα έχει τα δικά της χαρακτηριστικά. Πολλοί κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και την ερμηνεία της ως φυσιολογική ή μη. (Πουρκός, Κατέρη & Νέστορος, 2002). Επίσης αυτό εξηγείται και από το γεγονός ότι ο άνθρωπος από τη φύση του γεννιέται για να συνυπάρχει με τους άλλους ανθρώπους. Άρα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του είναι προϊόν, τόσο ατομικό όσο και κοινωνικό.

Έπειτα, οι Νέστορος & Ζγαντζούρη, δημοσίευσαν το άρθρο «Περί Ψυχωσικών Εκδηλώσεων», το 2002, στο οποίο γίνεται εκτενής αναφορά για τα ψυχωσικά συμπτώματα. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, στην ατομική ψυχοθεραπεία των ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα η μεθοδολογία έρευνας θεωρείται ως μοντέλο εκπαίδευσης για την ψυχοθεραπευτική διαδικασία γενικότερα. Στις ψυχώσεις, κύρια μορφή διαταραχής είναι η σχιζοφρένεια με πρωτεύοντα χαρακτηριστικά τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα. Από την εξέταση των αιτιολογικών παραγόντων της φανερώνεται η ύπαρξη πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Αυτό σημαίνει ότι για να δημιουργηθεί και να εκδηλωθεί αυτή η συμπτωματολογία, παίζουν ρόλο πολλοί παράγοντες όπως: βιολογικοί, κληρονομικοί, πολιτισμικοί και περιβαλλοντικοί, μαθημένες συμπεριφορές, υψηλό επίπεδο άγχους, καθώς και διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις.

Άρα αυτή η πολύπλευρη προσέγγιση της αιτίας των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, παραπέμπει στην πολυπαραγοντική θεραπευτική προσέγγιση ώστε να γίνει εφικτή η αντιμετώπιση τους. Δηλαδή σύμφωνα με το συνθετικό μοντέλο, πρέπει να συνδυαστούν στρατηγικές διαφόρου τύπου προερχόμενες από διαφορετικές προσεγγίσεις. (Νέστορος & Ζγαντζούρη, 2002).

Οι συγγραφείς Laurooulos ,Goldfried, Castonguay , Lambert, Stiles και Nestoros

στο άρθρο που δημοσίευσαν με τίτλο «What kind of Research Can We Realistically Expect from the Practitioner» το 2002, εξετάζουν το μοντέλο επιστήμονα- επαγγελματία στην ψυχοθεραπεία, δίνοντας έμφαση στα συστατικά της έρευνας. Ειδικότερα, εξετάζουν τους διαφορετικούς τύπους έρευνας που χρησιμοποιούνται από τους κλινικούς κατά την προσπάθεια να κινητοποιηθούν για τακτική συμμετοχή στην κλινική έρευνα. Όπως αναφέρεται, η έλλειψη ερευνητικής δραστηριότητας από τους επαγγελματίες αποτελεί το χάσμα- κενό ανάμεσα στην επιστήμη και την πρακτική. Οι πέντε συγγραφείς, κάνουν την αναφορά τους σχετικά με το παρακάτω πρόβλημα.

Αρχικά ο Goldfried παρουσιάζει τους βασικούς παράγοντες του μοντέλου scientist-practitioner, εισάγοντας ιδέες προσανατολισμένες στην ανακάλυψη και την έρευνα για μελέτες περίπτωσης καθώς επίσης τονίζει την συνεργασία του κλινικού με τον ερευνητή. Όσον αφορά την καθοδηγητική έρευνα του επαγγελματία, ισχυρίζεται ότι η εμπειρική έρευνα σε αντίθεση με την κλινική, επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων, ασκώντας εμπειρικό έλεγχο. Δηλαδή αν η έρευνα στηρίζεται στην εμπειρική δραστηριότητα και πρακτική, τότε θα είναι εφικτή η εξέταση πιο σχετικών σημαντικών φαινομένων. Αυτό που θεωρείται ιδανικό και αποτελεσματικό είναι μέσα από την συνεργασία των δύο ειδικών (ερευνητή και κλινικού), οι κλινικοί να συμμετέχουν ενεργά στην ερευνητική διαδικασία. Ακόμη ο κάθε κλινικός μπορεί να συμβάλλει στην έρευνα, παρέχοντας ανατροφοδότηση στους ερευνητές σχετικά με τον βαθμό που οι εμπειρικά αποδεικτικές παρεμβάσεις, λειτουργούν σε πραγματικές συνθήκες πρακτικής.

Έπειτα ο Castonguay εξετάζει το λόγο που είναι αποτελεσματική η καθοδηγούμενη έρευνα από τους επαγγελματίες και υποστηρίζει ότι μέσα από τη συμμετοχή τους σ' αυτήν θα αποκτηθούν αξιόπιστα εμπειρικά ευρήματα. Με την καθοδήγηση της έρευνας, όπως υποστηρίζει μπόρεσε να επεξεργαστεί κλινικές και θεωρητικές επιπτώσεις ψυχομετρικών στατιστικών και μεθοδολογικών θεμάτων. Ακόμη τον βοήθησε να έχει πιο ισορροπημένη άποψη, αναφορικά με τους θεωρητικούς ισχυρισμούς, τις κλινικές παρατηρήσεις και τα εμπειρικά ευρήματα. Γενικά ο Castonguay συμπεραίνει ότι η συνεργατική επίδραση της έρευνας και πρακτικής (εξάσκηση), τον ευνόησαν αρκετά. Η έρευνα τον ώθησε στο να γίνει καλύτερος κλινικός και η πρακτική πιο έμπειρος ερευνητής.

Ο Lambert αναφέρεται στην επικεντρωμένη στον ασθενή έρευνα και η οποία ορίζεται ως η αλλαγή στη συμπτωματική κατάσταση του ασθενή (π.χ άγχος και κατάθλιψη, διαπροσωπικά προβλήματα, κοινωνικοί ρόλοι και ποιότητα ζωής). Τέτοιες διαστάσεις περιλάμβαναν πνευματικές καταστάσεις και λειτουργικές ικανότητες, σημαντικές για το

άτομο, το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον και την κοινωνία. Εν κατακλείδι ο Lambert ισχυρίζεται ότι παρά τα προβλήματα που υπάρχουν, η προσανατολισμένη στον ασθενή έρευνα, μπορεί να παρέχει αμοιβή και σε θεραπευτές και θεραπευόμενους και να είναι πληροφοριακή σαν σύνολο.

Ο επόμενος εκ των συγγραφέων της συγκεκριμένης αναφοράς είναι ο Stiles ,ο οποίος αναφέρει την κατάσταση ότι οι επαγγελματίες παράγουν τις ερευνητικές ιδέες και οι ερευνητές τις κατανοούν. Πράγματι, σύμφωνα με αυτόν οι επαγγελματίες είναι οι κύριοι παραγωγοί των ιδεών γύρω από κάποια έρευνα και όχι οι ερευνητές. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι οι περισσότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις δεν ανακαλύφθηκαν στα εργαστήρια και ούτε συζητήθηκαν σε επιστημονικές συσκέψεις. Αντίθετα αυτές οι θεωρίες γύρω από την ψυχή, ερευνήθηκαν από επαγγελματίες, σύμφωνα με την κλινική τους παρατήρηση. Έπειτα όσον αφορά την θεωρία και την παρατήρηση και τα δύο θεωρούνται σαν ανταγωνιστές για την υποταγή του ερευνητή. Η εξισορρόπηση της υποταγής, απαιτεί ότι η θεωρία είναι σαφής, η μέθοδος καθορίζει πώς συνδέονται οι παρατηρήσεις με την θεωρία καθώς και τα αποτελέσματα διαπερνούν τη θεωρία και ενδυναμώνουν κάποια μέρη της.

Τέλος ο Nestoros (2002) με τη σειρά του αναφέρει και εξηγεί την εκπαίδευσή του καθώς και την εμπειρία του στο χώρο της ψυχολογίας. Υποστηρίζει ότι η διάγνωση και η φαρμακοθεραπεία πρέπει να τροποποιηθούν σύμφωνα με την απόκριση του ασθενή καθώς κάθε ατομική μελέτη περίπτωσης είναι διαφορετική. Η εκπαίδευσή του περιλαμβάνει κλινική άσκηση και έρευνα. Κατά την κλινική άσκηση, εξειδικεύτηκε στην ψυχοθεραπεία με σοβαρά ψυχικά ασθενείς, στο πλαίσιο της σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου. Η θεραπεία σχιζοφρένειας ατόμων, έγινε μέσω του συνθετικού μοντέλου, που ήταν πλήρως βασισμένο στην εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία. Η προσέγγισή του αυτή βασίζεται στην φαρμακοθεραπεία και ψυχολογική θεραπεία όσον αφορά τη μείωση του άγχους στους ψυχικά ασθενείς. Μέσα από αυτό φαίνεται ότι η έρευνα και η πρακτική είναι συμβατές και μπορούν να συνδυαστούν. Στο μοντέλο του Nestoros για το άγχος, παρουσιάζονται διαφορετικοί παράγοντες όπως βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικό πλαίσιο καθώς και η αλληλεπίδραση ανάμεσά τους. Ο Nestoros δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην εγκαθίδρυση μιας δυνατής θεραπευτικής σχέσης, ανάμεσα στον θεραπευτή - θεραπευόμενο . Τονίζει ότι ο καλύτερος τρόπος για έρευνα μέσα στην κλινική πράξη , είναι η συνεργασία με τον πελάτη ,δίνοντάς του το ρόλο του συνεργάτη -συνερευνητή.

Κλείνοντας, υποστηρίζει ότι πολλές από τις δεξιότητες του καλού ψυχοθεραπευτή

αποκτώνται μέσω της καθοδήγησης ψυχοθεραπευτικών περιπτώσεων υπό καλή επίβλεψη, όχι τόσο μέσω της έρευνας. Συμπερασματικά ο Lampropoulos δίνει έμφαση στην διεξαγωγή πειραματικών ποσοτικών και ποιοτικών ερευνών. (Lampropoulos, Goldfried, Castonguay, Lambert, Stiles & Nestoros, 2002).

Οι Σταλίκας και Μερτίκας, ασχολήθηκαν διεξοδικά με τον πρώτο κοινό παράγοντα των θεραπευτικών προσεγγίσεων της ψυχοθεραπείας. Το 2004 δημοσίευσαν το σύγγραμμα τους με τίτλο «Θεραπευτική Συμμαχία»- Θεμελιώδη θέματα Ψυχοθεραπείας.

Η θεραπευτική συμμαχία σήμερα, θεωρείται βασικό συστατικό και αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής σχέσης. Η θεραπευτική σχέση, όπως έχει αναφερθεί και από σχεδόν όλους όσους αναφέρονται στην παρούσα εργασία, κατά το κίνημα της σύνθεσης, είναι η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον θεραπευτή και το θεραπευόμενο, στην οποία συνεργάζονται με κοινό σκοπό να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του τελευταίου. Σημειωτέον ότι ο όρος θεραπευτική συμμαχία δεν είναι συνώνυμος με τη θεραπευτική σχέση καθώς η συμμαχία είναι μετρήσιμη και πιο περιορισμένη.

Σύμφωνα με τους Σταλίκας και Μερτίκας, αρχικά ο όρος θεραπευτική συμμαχία εισήχθη και μελετήθηκε στο πεδίο της ψυχοθεραπείας από τον Freud και τους υποστηρικτές της ψυχοδυναμικής σχολής. Παρ' όλα αυτά αποτέλεσε έναν απ' τους κοινούς παράγοντες κοινώς αποδεκτός από όλες τις προσεγγίσεις. Σύμφωνα λοιπόν με την ψυχοδυναμική σχολή, ο θεραπευόμενος, επενδύει στον θεραπευτή του με θετικά συναισθήματα και έτσι τον βάζει σε μία θέση αυθεντίας- μεταβίβαση. Τα συναισθήματα του αυτά προέρχονται από εσωτερικά κίνητρα και συγκρούσεις του παρελθόντος.

Εν συνεχεία, αναφορικά με τη θεραπευτική συμμαχία στην ανθρωπιστική- πελατοκεντρική προσέγγιση, οι συγγραφείς τονίζουν την βοήθεια του θεραπευτή στην εξασφάλιση των απαραίτητων συνθηκών ώστε να νιώσει ο πελάτης ασφαλής, αποδεκτός και προστατευμένος. (Σταλίκας & Μερτίκας, 2004). Αυτά τα συναισθήματα αντιπροσωπεύουν τη φύση της συγκεκριμένης προσέγγισης καθώς προβάλλουν το άτομο να έχει έμφυτη τη τάση για αυτοπραγμάτωση και ελευθερία βούλησης. Ο θεραπευτής, χαρακτηρίζεται από αυθεντικότητα, ειλικρίνεια, αποδοχή του πελάτη του άνευ όρων, και από εκδήλωση ενσυναίσθησης. (Rogers, 1963).

Η άλλη προσέγγιση, στην οποία συναντάται η θεραπευτική συμμαχία είναι η γνωστική- συμπεριφοριστική προσέγγιση. Σύμφωνα με το Newman, (1998) (όπως

αναφέρεται στους Σταλικά και Μερτίκα, 2004) παλαιότερα οι υποστηρικτές του συμπεριφορισμού δεν είχαν ασχοληθεί με τη θεραπευτική σχέση και συμμαχία. Θεωρούσαν τη θεραπεία μόνο διαδικασία μάθησης στην οποία κεντρικές ήταν οι δεξιότητες του ειδικού σε περιβάλλον εργαστηρίου, που μεταφέρονταν στην κλινική πρακτική. Ωστόσο, από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα, καθώς οι γνωστικο-συμπεριφοριστικές τεχνικές ασχολήθηκαν με την αντιμετώπιση διαταραχών που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις, (π.χ. οριακή προσωπικότητα), άρχισε να λαμβάνεται υπόψη ο παράγοντας της θεραπευτικής σχέσης και άλλων που σχετίζονται με τη θεραπευτική αλλαγή. Σημειωτέον, ο Beck, (1979) χρησιμοποίησε τον όρο συνεργατικός εμπειρισμός, για να εξηγήσει το πνεύμα συνεργασίας ανάμεσα στους δύο εμπλεκόμενους της θεραπευτικής σχέσης. Έτσι η θεραπευτική αλλαγή επέρχεται μέσω της αλλαγής των προτύπων συμπεριφοράς, και μαθαίνοντας νέα. (όπως αναφέρεται στους Σταλικά & Μερτίκα, 2004).

Την ίδια χρονολογία, 2004 οι Σταλικά και Χαμοδράκα, δημοσίευσαν το σύγγραμμα με τίτλο *H «Ενσυναίσθηση»*, η οποία θεωρείται βασικό στοιχείο της δημιουργίας της θεραπευτικής σχέσης- ενός από τους παράγοντες που χρησιμοποιούν τα περισσότερα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα.

Η ενσυναίσθηση, είναι μία ασαφής και πολυδιάστατη έννοια και αυτό φαίνεται από το πλήθος ορισμών που προσφέρεται για τον προσδιορισμό της. Μπορεί να γίνει κατανοητή ως το να βλέπει ο θεραπευτής τον κόσμο με τον τρόπο που τον βλέπει ο πελάτης. (Σταλικά & Χαμοδράκα, 2004).

Η ενσυναίσθηση θεωρείται ότι αναδείχθηκε από την πελατοκεντρική θεωρία του Carl Rogers, και έτσι ο τελευταίος την ορίζει σαν «τη δυνατότητα να αντιλαμβάνεται κάποιος το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς κάποιου άλλου με ακρίβεια και με τα συναισθηματικά συστατικά και νοήματα που αφορούν το πλαίσιο αυτό σαν να ήταν ο άλλος άνθρωπος, αλλά χωρίς να ταυτίζεται με αυτόν» (Rogers, 1959 όπως αναφέρεται στους Σταλικά & Χαμοδράκα, 2004).

Όσον αφορά το πλαίσιο την ψυχαναλυτικής προσέγγισης, αξίζει να σημειωθεί ότι ο Freud δεν θεωρούσε την ενσυναίσθηση απαραίτητη κατά τη θεραπεία. Την χαρακτήριζε απλά ως ένα μέσο με το οποίο ο θεραπευτής μπορούσε να εισχωρήσει στο μυαλό του θεραπευόμενου με σκοπό να βγάλει συμπεράσματα για τις ασυνείδητες συγκρούσεις του. (Eagle & Wolitzky, 1998). Ωστόσο, με την ανάπτυξη της ψυχολογίας

του εαυτού η ενσυναίσθηση απέκτησε κυρίαρχο ρόλο στην ψυχαναλυτική προσέγγιση. Σύμφωνα με τον Kohut, θεωρήθηκε σημαντικό να προσπαθεί ο αναλυτής να κατανοήσει ο, τι συμβαίνει στον πελάτη και έτσι να έρθει κοντά στην εμπειρία του (να τοποθετήσει δηλαδή τον εαυτό του μέσα στην εμπειρία του πελάτη). (Bohart & Greenberg, 1997).

Εν συνεχεία η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει κάποια γνωστικά και συμπεριφοριστικά στοιχεία αν και οι συμπεριφοριστικοί θεραπευτές ασχολήθηκαν λίγο με αυτή την έννοια. Γενικά η ενσυναίσθηση του θεραπευτή συντελεί στο κτίσιμο της θεραπευτικής σχέσης και εξασφαλίζει τη θεραπευτική συμμαχία.

Στην ψυχοθεραπεία γενικά, κατά την αλληλεπίδραση θεραπευτή και θεραπευόμενου, όπου λαμβάνει χώρα η ενσυναίσθηση, εμφανίζεται η γνωστική, συναισθηματική και διαπροσωπική πτυχή της που συμβάλλουν στην δημιουργία ενός ασφαλούς κλίματος μέσα στο οποίο δημιουργείται η θεραπευτική σχέση. Έτσι ο θεραπευόμενος νιώθει άνετα να ανοιχτεί περισσότερο και να αποβάλλει τα αισθήματα φόβου και άρνησης, και μέσω της περιγραφής του βιώματος του επέρχεται η αυτοδιερεύνηση και αυτοκατανόηση. Ακόμη, προωθείται ο διάλογος, και η κοινή προσπάθεια για δημιουργία νέων νοημάτων. (Σταλίκας & Χαμοδράκα, 2004).

Ο Castonguay, μέσα από το άρθρο του «Training issues in psychotherapy Integration- A Commentary», που δημοσιεύθηκε το 2005, κάνει κάποια σχόλια γύρω από τις απόψεις των σχετικά με την εκπαίδευση και εξάσκηση των θεραπειών στις συνθετικές προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας.

Το πρώτο θέμα που αναλύει ο Castonguay, στο άρθρο του έχει να κάνει με το εάν είναι προτιμότερο οι θεραπευτές να εκπαιδεύονται από την αρχή της εκπαίδευσης τους στο συνθετικό μοντέλο ή εάν η εξάσκηση πρέπει να λαμβάνει χώρα σε ύστερο στάδιο. Ο συγγραφέας δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο επίπεδο των γνώσεων κάθε θεραπευτή. Ισχυρίζεται ότι είναι απαραίτητη προϋπόθεση να γνωρίζει καλά το πλαίσιο και την εφαρμογή των ποικίλων ειδών ψυχοθεραπείας. Δηλαδή να έχει γνώσεις σε θεωρητικό, κλινικό, εμπειρικό, επιστημολογικό επίπεδο για κάθε μία προσέγγιση. Μόνο τότε είναι ικανός να υιοθετήσει και να αναπτύξει την προσέγγιση του γύρω από την σύνθεση αυτή. Προσθέτει ότι τέτοιου είδους γνώσεις απαιτούν μεγάλη προσπάθεια και αρκετή μελέτη, εμπειρία και πρακτική εφαρμογή. Σημειωτέον ότι χρειάζεται ένα επαρκές χρονικό διάστημα ώστε να μπορέσουν να μαθευτούν σε καλό επίπεδο οι βασικές αρχές των τεσσάρων κυρίαρχων προσεγγίσεων-

ψυχοδυναμική, γνωστικο- συμπεριφοριστική, ανθρωπιστική- υπαρξιστική και συστημική θεωρία.

Συνοψίζοντας τις απαιτήσεις αναφορικά με την προετοιμασία των θεραπευτών ισχυρίζεται ότι το βέλτιστο πρόγραμμα εκπαίδευσης θα περιελάμβανε πέντε φάσεις: 1) προετοιμασία- κατά την οποία οι αρχάριοι φοιτητές- θεραπευτές μαθαίνουν βασικές δεξιότητες και αρχές παρέμβασης που είναι αποδεκτές από τις περισσότερους κλινικούς όπως η θεραπευτική συμμαχία και η διορθωτική εμπειρία. 2) εξερεύνηση- οι εκπαιδευόμενοι σ' αυτή τη φάση ενθαρρύνονται να παρέμβουν χρησιμοποιώντας διαφορετικές προσεγγίσεις. 3) ταυτοποίηση- σ' αυτή, ζητείται από τους πιο ειδικευμένους, να εμβαθύνουν και να βελτιώσουν τις δεξιότητες τους σε μία από τις διαφορετικές σχολές. 4) εμπέδωση/ εδραίωση- όπου οι εκπαιδευόμενοι καλούνται να επεκτείνουν την τεχνογνωσία τους σε επιλεγμένες κατευθύνσεις αναλαμβάνοντας διαφορετικού ρόλους και εξασκώντας το πρότυπο της κατεύθυνσης που έχουν διαλέξει να ειδικευθούν. 5) ενοποίηση/ σύνθεση- στην τελευταία αυτή φάση οι ειδικευόμενοι θεραπευτές καλούνται να διερευνήσουν και τελικά να μετατρέψουν την κατεύθυνση τους ώστε να εδραιώσουν τις εμπειρίες και τα φαινόμενα που δεν μπορούν να εξεταστούν επαρκώς μόνο από την προσέγγιση την οποία έχουν επιλέξει.

Όσον αφορά το δεύτερο θέμα που αναλύει ο Castonguay στο άρθρο του υποστηρίζει ότι η λατρεία κάποιου προτύπου- «ήρωα», καθώς και η υποταγή σε μία μόνο θεραπευτική κατεύθυνση, ίσως υποδηλώνει μία καθολική στρατηγική μείωσης του άγχους και της σύγχυσης. Επίσης αναφέρει ότι πριν την έλευση και γνωστοποίηση του κινήματος της σύνθεσης η τάση για υποστήριξη κάποιας προσέγγισης έδινε έδαφος στους θεραπευτές να κατακρίνουν συναδέλφους που είχαν άλλη προτίμηση. Έτσι σύμφωνα με τον γράφων, ο νέος θεραπευτής ενδείκνυται να βρει πρότυπα να θαυμάζει, αλλά χωρίς να γίνει μέλος κάποιας οργάνωσης. Επίσης πρέπει να ερευνά το πεδίο της ψυχοθεραπείας, να επηρεαστεί και έτσι μέσω μίας μακροχρόνιας διαδικασίας σκέψης, πρακτικής και εμπειρίας σιγά- σιγά, ο καθένας θα αποκτήσει τη δική του χροιά.

Το τρίτο θέμα που αναφέρει ο Castonguay, είναι οι παρανοήσεις σχετικά με την καθαρότητα του μοντέλου. Συγκεκριμένα δηλώνει ότι η εκπαίδευση σε μόνο μία προσέγγιση οδηγεί τους θεραπευτές σε στο δογματισμό και την απόλυτη- μονοδιάστατη σκέψη. Αντίθετα η προσέγγιση που υποστηρίζει την ένωση όλων των μοντέλων τείνει προς τον σχετικιστικό τρόπο σκέψης. Ακόμη, συμφωνεί ότι η η ελευθερία είναι κρίσιμο και απαραίτητο στοιχείο στην εκπαίδευση των θεραπευτών. Σημειωτέον, ότι η ελευθερία

πρέπει να λάβει χώρα σε ένα οργανωμένο εννοιολογικό σύστημα με συνοχή και ευελιξία. (Castonguay, 2005).

Την ίδια εποχή, το 2006, ο Castonguay δημοσίευσε και το άρθρο «Personal Pathways in psychotherapy integration». Περιγράφοντας την σταδιοδρομία του και πώς κατέληξε υποστηρικτής της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας, υποστηρίζει ότι κάθε άτομο χαρακτηρίζεται από μία εσωτερική τάση για αυτοπραγμάτωση και ο κύριος παράγοντας για αυτήν, είναι η ύπαρξη υποστηρικτικών ανθρώπινων σχέσεων.

Ωστόσο, καθώς το άτομο αυτοπραγματώνεται επέρχεται σε μία κατάσταση σύγχυσης. Από αυτήν σταδιακά τείνει προς την ταυτοποίηση. Σύμφωνα με το συγγραφέα το μοντέλο το οποίο επηρέασε την εξέλιξη του, περιέγραφε συστηματικά την εφαρμογή ανθρωπιστικών παρεμβάσεων, που στόχευαν στην διευκόλυνση της εξερεύνησης, ψυχοδυναμικών με στόχο την εις βάθος κατανόηση και γνωστικο- συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων για την απόκτηση δεξιοτήτων προσανατολισμένων στη δράση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Castonguay, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ήταν λανθασμένο να θεωρούνται συνώνυμοι οι όροι κοινοί παράγοντες και μη ειδικοί παράγοντες. Έθεσε λοιπόν σαν στόχο του να υποδείξει τους κοινούς παράγοντες- και να θέσει μαζί τις θεραπευτικές ομοιότητες σε ένα νέο μοντέλο ψυχοθεραπείας. Χαρακτηριστικά παρουσίασε τα εξής: Πρώτον, με πλαίσιο τον θεραπευτή και θεραπευόμενο (δηλαδή τους συμμετέχοντες της θεραπευτικής διαδικασίας), λαμβάνουν χώρα οι διαδικασίες της διαπροσωπικής επιρροής όπως η πειθώ και η συντελεστική εξάρτηση, μέσω της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. Δεύτερον, οι θεραπευτικές συνθήκες- αυτός ο παράγοντας περιλαμβάνει την μοντελοποίηση του θεραπευτή και ως κανόνες της θεραπείας τίθενται η συνοχή και η ακρίβεια. Τρίτον, η διαδικασία αξιολόγησης- σ' αυτή τη διάσταση κυρίαρχη είναι η θεραπευτική σχέση και το περιεχόμενο που αποτελεί το αντικείμενο της θεραπείας, (π.χ. η καταπολέμηση του άγχους). Τέταρτον, το θεραπευτικό συμβόλαιο αποτελείται από τις ενδοπροσωπικές δεξιότητες του θεραπευτή και τις μεθόδους παρέμβασης. Πέμπτον, τα στάδια της θεραπείας που είναι η θεραπευτική συμμαχία, η μεταβίβαση και η σύζευξη θεραπευτή και πελάτη που είναι σημαντικές συναισθηματικές, γνωστικές και συμπεριφοριστικές μεταβλητές.

Κλείνει, ισχυριζόμενος ότι η σύνθεση όλων των διαφορετικών μοντέλων, ανθίζει υπό την πεποίθηση ότι από την ενσωμάτωση των καλύτερων στοιχείων κάθε μοντέλου μπορεί να προκύψει μόνο καλό αποτέλεσμα για την πρόοδο και αποτελεσματικότητα της

ψυχοθεραπείας γενικά. (Castonguay, 2006).

Οδύοντας προς τη σημερινή εποχή, οι Castonguay και Beutler, σε άρθρο τους με τίτλο «Principles of Therapeutic Change: A Task force on participants, Relationships and Techniques Factors», που δημοσιεύθηκε το 2006, παρουσίασαν την δομή και τη λειτουργία μίας ομάδας εργασίας με σκοπό να οριοθετήσει τις βασισμένες στην εμπειρία αρχές αλλαγής- ενός δηλαδή από τους κοινούς παράγοντες στην ψυχοθεραπεία.

Αναφέρουν και αναλύουν τις μεταβλητές των συμμετεχόντων, της θεραπευτικής σχέσης και των τεχνικών, αναγνωρίζουν το ρόλο τους και έτσι προωθούν την ένωση τους. Οι μεταβλητές αυτές αν και συμβάλλουν μεμονωμένα, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Οι συγγραφείς, υποστηρίζουν ότι ιδανικά οι αρχές της θεραπευτικής αλλαγής πρέπει να σχετίζονται με προτάσεις που τέμνουν τα διαφορετικά μοντέλα ψυχοθεραπείας μεταξύ τους.

Εν συνεχεία, πιο αναλυτικά οι Castonguay και Beutler, παρουσίασαν τους παράγοντες αλλαγής που θεωρούνται κοινοί σε όλα τα μοντέλα. Οι μεταβλητές των συμμετεχόντων, χωρίζονται σε δύο μέρη, αυτούς που προβλέπουν την πιθανότητα αλλαγής και που χειρίζονται τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας. Τέτοιες μεταβλητές είναι: τα στάδια αλλαγής, η επιμονή, αυτόνομα πρότυπα, προσδοκίες, αφομοίωση προβληματικών εμπειριών, φύλλο, εθνικότητα, θρησκεία προτιμήσεις και διαταραγμένη συμπεριφορά. Δεύτερον, οι παράγοντες αναφορικά με τη θεραπευτική σχέση, αναφέρονται στην ποιότητα της αλληλεπίδρασης ασθενή με θεραπευτή, στις δεξιότητες των θεραπευτών που τους επιτρέπει να επιδιώκουν την θεραπευτική συμμαχία και να δείχνουν εμπάθεια και κατανόηση κατά την ομαδική θεραπεία. Ακόμη, συνείδηση των στόχων, συνεργασία, θετική προοπτική και ανατροφοδότηση. Τέλος, οι παράγοντες σχετικά με τις τεχνικές και αρχές παρέμβασης είναι η ικανότητα του θεραπευτή για προώθηση της αμεσότητας, εντατικοποίηση της θεραπείας (διάρκεια και συχνότητα), διαπροσωπική και ενδοπροσωπική κατεύθυνση της παρέμβασης. Επίσης παρεμβάσεις σχεδιασμένες για βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης. (Castonguay & Beutler, 2006).

Ο Bradford στο άρθρο του «The play of Unconditioned Presence in Existential- Integrative Psychotherapy» αναλύει το υπαρξιακό –συνθετικό μοντέλο στην ψυχοθεραπεία. Αυτό το μοντέλο προτείνει μια προς τα έσω διαδικασία αναζήτησης που συνδυάζει

τέσσερα κοινά στοιχεία : α) Καλλιέργεια-δημιουργία της θεραπευτικής παρουσίας. Η θεραπευτική παρουσία είναι καταλυτικό κομμάτι της θεραπευτικής σχέσης. Αναφέρεται στο να δίνει ο θεραπευτής όλο του το είναι κατά τη σύνδεσή του με το θεραπευόμενο και με έμφαση στο εδώ και τώρα. Πρέπει να είναι δεκτικός και ανοιχτός. Σημαντικότερη αρχή είναι ότι λαμβάνει μέρος στη θεραπεία, με σκοπό να είναι στις υπηρεσίες του πελάτη, να συνυπάρχει μαζί του και για χάρη του. Η θεραπευτική παρουσία (Geller, Pos & Colosimo, 2012) είναι κάτι παραπάνω από μια ικανότητα για πρόσβαση στις πληροφορίες του ασθενούς και θεωρείται σαν δώρο του εαυτού, η ετοιμότητα να είναι (ο θεραπευτής) εδώ (στη θεωρητική διαδικασία) με κάποιον άλλο (το θεραπευόμενο). Με λίγα λόγια να εκμηδενιστεί το συναίσθημα της μοναξιάς και να πειστεί ο πελάτης ότι σε κάθε περίπτωση έχει σαν στήριγμα την συνεργασία του με τον θεραπευτή β) Επίκληση του πραγματικού. Το δεύτερο κοινό στοιχείο κατά τον Bradford είναι η επίκληση του πραγματικού. Σύμφωνα με αυτό, η ψυχοθεραπεία πρέπει να βοηθάει το άτομο να αισθάνεται την ίδια ασφάλεια και να μεταφέρει την « διορθωμένη προσωπικότητα» που επιτεύχθηκε και στην πραγματική ζωή. Να αποσπαστεί δηλαδή από την υποκειμενικότητα του. γ) Δουλειά μέσω της αντίστασης. Εν συνεχεία, η στρατηγική της θεραπείας μέσω της αντίστασης, είναι το τρίτο κοινό στοιχείο. Αυτό στηρίζεται στην παραδοσιακή έννοια του Freud «αντίσταση- resistance» και έγκειται στην παρότρυνση και ώθηση του θεραπευόμενου από τον θεραπευτή να ξεπεράσει κάθε εμπόδιο που τον κρατά μακριά από τη βελτίωσή του. δ) Αναζήτηση ερμηνείας. Τέλος ο τέταρτος κοινός παράγοντας, η αναζήτηση ερμηνείας σχετίζεται άμεσα με τον στόχο που πρέπει να έχει το άτομο, ώστε να ανακαλύψει ένα τρόπο ζωής, σύμφωνα με την εσωτερική αίσθηση και θέλησή του, αντί να συμπεριφέρεται καθοδηγούμενος και υποτασσόμενος στις υποδείξεις των άλλων. Τέλος, ο Bradford προσθέτει και ένα πέμπτο στοιχείο που είναι η αυθεντικότητα του θεραπευτή. (Bradford 2007).

Τον Bradford ακολούθησε ο Livesley, ο οποίος δημοσίευσε ένα άρθρο το 2007 με τίτλο «An Integrated Approach to the Treatment of Personality Disorder». Αφορμή ήταν το γενικότερο πλαίσιο της εποχής που επικρατούσε, το οποίο χαρακτηρίζονταν από ανταγωνισμό ανάμεσα στους διάφορους θεωρητικούς προσανατολισμούς. Υπό αυτές τις συνθήκες ο Livesley εξέτασε τα πλεονεκτήματα που έχει μια συνθετική προσέγγιση, που περιλαμβάνει στοιχεία και τεχνικές από όλες τις προσεγγίσεις, καθώς όλες ισάξια στοχεύουν στη γνώση του ασθενή σχετικά με την ψυχοπαθολογία του, προσφέρουν νέες γνωστικές εμπειρίες,

διευκολύνουν και προωθούν την απόκτηση νέων προτύπων συμπεριφοράς και κατά συνέπεια καταλήγουν στο επιτυχές θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Πιο συγκεκριμένα αναφορικά με τους κοινούς παράγοντες, κατά τον γράφοντα, εντοπίζονται κάποια χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την αντιμετώπιση των διαταραχών της συμπεριφοράς. Αυτά είναι η σημασία της δομημένης προσέγγισης, με το θεραπευτικό συμβόλαιο και το πλαίσιο της θεραπείας καλά ορισμένο, και κάποιες στρατηγικές αλλαγής που βασίζονται στη θεραπευτική σχέση.

Όσον αφορά τη διαταραχή της προσωπικότητας ο θεραπευτής στοχεύει στη δημιουργία της συνεργατικής σχέσης και στην παροχή κινήτρων που προωθούν την αλλαγή. Το στάδιο της αλλαγής, χαρακτηρίζεται από διάφορα στοιχεία. Ο θεραπευτής αρχικά στοχεύει να βοηθήσει τον πελάτη να αναγνωρίσει το πρόβλημά του, έπειτα προωθεί την εξερεύνηση του εαυτού (του πελάτη) και αυτή ενισχύει την αυτοπαρατήρηση και κινητοποίηση. Μέσω αυτών, του παρέχει ελπίδα. Τέλος άλλος κοινός παράγοντας είναι η γενίκευση της νέας μάθησης και νέων προτύπων συμπεριφοράς στην πραγματική ζωή (ομοίως με Νέστορος , 1990 – πρόβα in vivo).

Ο Livesley γενικά προτείνει το πλαίσιο θεραπείας του με τη χρήση είτε ατομικής είτε ομαδικής θεραπείας. Τονίζει ότι η κυριότερη ομοιότητα ανάμεσα στις θεραπείες και τα μοντέλα διαταραχής είναι η ιδέα ότι οι γνωστικοί σχηματισμοί που χρησιμοποιούνται για να παρέχουν ερμηνεία του εαυτού και του κόσμου είναι βασικά συστατικά της προσωπικότητας. Σκοπός της θεραπείας τίθεται έτσι η αναδιοργάνωση των γνωστικών πτυχών. (Livesley 2007).

Οι Pachankis & Goldfried, (2007) αναφορικά με τη διαδικασία έρευνας στην ψυχοθεραπεία υποστηρίζουν ότι το ενδιαφέρον στράφηκε από τη θεραπευτική διαδικασία γενικά στην διαδικασία αλλαγής. Δηλαδή σταμάτησαν να απλά να περιγράφουν το τί συμβαίνει κατά τη θεραπεία, αλλά εξέταζαν ποια είναι τα στοιχεία και με ποιο τρόπο οδηγούν τον ασθενή στην επίτευξη της αλλαγής.

Πιο συγκεκριμένα συζήτησαν τις αρχές της θεραπευτικής αλλαγής που θεωρούνται κοινοί παράγοντες όλων των προσεγγίσεων. Κάποιοι απ' αυτούς είναι α) η προώθηση της πεποίθησης ότι η θεραπεία θα τους βοηθήσει, β) η εγκαθίδρυση της βέλτιστης θεραπευτικής συμμαχίας, γ) η διευκόλυνση της επίγνωσης του πελάτη για τις αιτίες που παραμένουν οι δυσκολίες του, δ) η ενθάρρυνση διορθωτικών εμπειριών και ε) έμφαση στην εφαρμογή αυτών των αρχών στην πραγματική ζωή. Αυτοί οι κοινοί παράγοντες αποτελούν

τα βασικά στάδια της θεραπείας, στα διάφορα θεραπευτικά μοντέλα και εφαρμόζονται με διαφορετικό τρόπο στο καθένα. (Pachankis & Goldfried, 2007)

Εν συνεχεία, οι Weinberger και Rasco, μέσα από το άρθρο τους «Empirically Supported Common Factors», υποστηρίζουν ότι η επιστημονική έρευνα θεωρείται ο ιδανικός τρόπος για τον καθορισμό της βέλτιστης ψυχοθεραπείας. Έτσι αναφέρουν τον όρο Επιστημονικά αποδεδειγμένη θεραπεία, που έλαβε χώρα σαν κίνημα και στηρίζεται μόνο στην επιστημονική και εμπειρικά τεκμηριωμένη γνώση. Εν συνεχεία επεξεργάζονται την προσέγγιση των κοινών παραγόντων και όπως προκύπτει, οι ομοιότητες ανάμεσα στα διαφορετικά θεραπευτικά μοντέλα υπερισχύουν των διαφορών τους. (Weinberger & Rasco, 2007).

Οι O' Hara και Schofield στο δημοσίευσαν το άρθρο «Personal Approaches to Psychotherapy Integration» όπου πραγματοποίησαν μία έρευνα το 2008, με σκοπό να εξετάσουν τη σχέση ανάμεσα στην θεωρία και την πράξη και τον τρόπο που η σύνθεση της ψυχοθεραπείας, εννοιολογείται και εφαρμόζεται.

Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι δύο τάσεις της συνθετικής ψυχοθεραπείας, η θεωρητική σύνθεση και ο τεχνικός εκλεκτικισμός δεν κέρδισαν μεγάλη προσοχή κατά την εξέταση της φύσης της ένωσης των μοντέλων. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους τονίζουν ότι η ουσία της σύνθεσης πρέπει να συνδέεται με τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή. Δηλαδή να είναι παρόν προς τις ανάγκες του πελάτη του. Έμφαση δίνουν ακόμη, στο γεγονός ότι η προσέγγιση των κοινών παραγόντων συμβάλλει απτά στην αναγνώριση της φύσης της συνθετικής προσέγγισης. (O' Hara & Schofield, 2008).

Ανάμεσα σ' αυτούς που συνέβαλαν στο κίνημα της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας ήταν ο Holmes Jeremy μέσα από το άρθρο του «Integration in psychoanalytic psychotherapy- an attachment meta- perspective», το οποίο δημοσιεύθηκε το 2010. Ο Holmes ασχολήθηκε και αυτός με τα κοινά σημεία των διαφορετικών προσεγγίσεων και διακρίνει τρεις κυρίαρχες αρχές του ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπείας με αυτές των άλλων μοντέλων. Αυτές είναι η θεραπευτική σχέση (attachment relationship), η αναζήτηση και εύρεση ερμηνείας (meaning -making) και η διαδικασία αλλαγής (change- promotion).

Όσον αφορά την θεραπευτική σχέση, ο συγγραφέας, όπως έγινε κοινώς αποδεκτό

μέσα από την παρούσα εργασία, υποστηρίζει ότι χαρακτηρίζεται α) από τον θεραπευόμενο-που αναζητά στήριξη, β) από τον θεραπευτή δηλαδή αυτόν που προσφέρει φροντίδα και ασφάλεια και γ) από την σχέση που προκύπτει ανάμεσα τους. Η θεραπευτική διαδικασία που περικλείει τα παραπάνω, συμπεριλαμβάνει εμπειρίες του παρελθόντος και προσδοκίες αναφορικά με τον τρόπο που ο θεραπευτής θα διαχειριστεί την κατάσταση του πελάτη, ορίζεται ως μεταβίβαση. Στη μεταβίβαση ο πελάτης εκφράζει τις ασυνείδητες σκέψεις και εσωτερικά σχήματα. Έτσι ο θεραπευτής και θεραπευόμενος λαμβάνουν μέρος ενεργά σε ένα πλαίσιο εξερεύνησης και επικοινωνίας που στόχο έχει την παγίωση μιας καλής και «ειλικρινούς» αλληλεπίδρασης.

Επίσης, με τη θεραπευτική σχέση σχετίζεται και η συναισθηματική συνεκτικότητα ανάμεσα στον αναζητών βοήθεια και στον προσφέρων βοήθεια, η οποία καθορίζει την ασφαλή βάση της σχέσης. Εάν δεν γίνει εφικτή η σύζευξη ανάμεσα στους δύο και επικρατήσει η υπερβολή και ο περιορισμός, η σχέση τους θα είναι μη ασφαλής γεγονός που επηρεάζει αρνητικά το επιτυχές αποτέλεσμα. Άλλο χαρακτηριστικό της θεραπευτικής σχέσης είναι η διόρθωση του στόχου της θεραπείας προς το καλύτερο (Goal' corrected empathic attunement). Σ' αυτό γίνεται μία διαρκής διαδικασία από κοινού προσαρμογής θεραπευτή και θεραπευόμενου, καθώς προσπαθούν να επηρεάσουν την συναισθηματική κατάσταση του τελευταίου. Με σκοπό να μειωθεί το άγχος του πελάτη, ο θεραπευτής πρέπει όχι μόνο να χαρακτηρίζεται από εμπάθεια αλλά και να μεταδίδει το αίσθημα κυριότητας του έτσι ώστε να ενισχυθεί το αίσθημα αυτοελέγχου του (του πελάτη).

Σύμφωνα με τον Holmes, η ερμηνεία στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας είναι εγγενής σε όλα τα διαφορετικά μοντέλα. Αυτή επιτυγχάνεται μέσω της γλώσσας που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής. Έτσι ο και οι δύο, θεραπευτής και θεραπευόμενος, δημιουργούν μαζί ένα πλαίσιο επικοινωνίας μέσα από το οποίο εξετάζουν τα συναισθήματα, τις συμπεριφορές και τον λόγο από όλες τις οπτικές, σαφείς και μεταφορικές, επηρεασμένες από τη συμπεριφορά, ή προκαλούμενες από άγχος. Η ερμηνεία στην θεραπεία επίσης, λειτουργεί τονίζοντας την σημαντικότητα της φαντασίας και της συνείδησης. Ακόμη, ωθεί τον θεραπευόμενο να αφηγηθεί και να μοιραστεί τα γεγονότα και συναισθήματα που συμβάλλουν στην διαταραγμένη του κατάσταση.

Όσον αφορά τώρα την εύρεση της σωστής ερμηνείας κατά την θεραπευτική διαδικασία, ο Holmes περιγράφει κάποια στάδια από τα οποία προκύπτει: αρχικά λαμβάνει χώρα η αντιμεταβίβαση που είναι οι συναισθηματικές αντιδράσεις και η προσωπική κατάσταση του θεραπευτή κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Έπειτα, η

γνώση του ιστορικού του ασθενή και σχετική κατανόηση και γνώση της ψυχαναλυτικής θεωρίας μέσα από ένα πρότυπο που αποτυπώνει τον εσωτερικό κόσμο του (ασθενή), όπως αυτός γενικεύεται στην πραγματική ζωή μέσα από τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Το σημαντικότερο που πρέπει να τονισθεί είναι ότι η εύρεση της κατάλληλης ερμηνείας προκύπτει από την συνεργασία θεραπευτή – θεραπευόμενου. Μόνο με τη συμβολή και των δύο προάγεται η θεραπευτική αλλαγή.

Η τελευταία κοινή αρχή κατά τον Holmes, στην θεραπευτική διαδικασία είναι η προώθηση της αλλαγής. Σε γενικές γραμμές, ο συγγραφέας θεωρεί ότι η θεραπευτική διαδικασία μπορεί να γίνει κατανοητή μέσα από θεωρητικές προοπτικές. Επίσης τα αποτελέσματα από θεραπείες όπου χρησιμοποιήθηκε μεμονωμένα μία προσέγγιση, όπως για παράδειγμα η γνωστικο- συμπεριφοριστική δεν επέδειξαν επιτυχία. Έτσι αυτό που προκύπτει είναι ότι το ιδανικό για την κατάλληλη και πιο αποτελεσματική θεραπεία, είναι ο συνδυασμός των διαφορετικών προσεγγίσεων σε ένα μοντέλο που εξετάζει όλες τις πλευρές του ασθενούς σε επίπεδο προσωπικότητας και συμπεριφοράς. (Holmes, 2010).

5. ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ψυχοθεραπεία, όπως την ορίζει ο Νέστορος, (1990) «είναι μία διαδικασία, που μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιείται όχι μόνο για να μειώσει τα βάσανα της ζωής αλλά και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής». Από τη διαδικασία σύνθεσης, οι ειδικοί του Συνθετικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας θεωρούν ως ειδικά (specific) χαρακτηριστικά μόνο αυτά που είναι κοινά σε όλα τα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα, ενώ ως μη ειδικά (non specific) θεωρούνται τα σημεία στα οποία διαφέρουν.

Η Συνθετική ψυχοθεραπεία, όπως παρουσιάζεται στην ελληνική εκδοχή της, δέχεται τους κοινούς παράγοντες. Ακόμη, αποδέχεται τη θεωρητική σύνθεση όχι μόνο των θεωριών ψυχοθεραπείας και νευροεπιστήμης, αλλά προσεγγίζει την ελληνική φιλοσοφία και τον πολιτισμό. Γι' αυτό επικρατεί η άποψη ότι η ψυχοθεραπεία δανείζεται και χρησιμοποιεί την μαιευτική μέθοδο του Σωκράτη. Ο τελευταίος βοηθά τον συνομιλητή του να καταλήξει στη λύση του προβλήματος, μόνος του (βγάζοντας τη από μέσα του). Έτσι ο πελάτης πείθεται για την ικανότητα του να γνωρίσει τον εαυτό του, εισπράττει ελπίδα και αυτοπεποίθηση.

Οι κοινόι παράγοντες (specific variables) που ασπάζεται το Συνθετικό μοντέλο, και είναι αποδεκτοί από όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας, ισχύουν ως εξής:

1) **Θεραπευτική σχέση.** Δημιουργείται ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο, και περιλαμβάνει την θεραπευτική συμμαχία, θεραπευτικό συμβόλαιο, μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση. Θεωρείται μία πραγματική διαπροσωπική σχέση στην οποία ρόλο παίζουν τα χαρακτηριστικά τόσο του θεραπευτή όσο και του θεραπευόμενου. (Νέστορος, 2012α). Ειδικότερα, ο Luborsky και σε μία μελέτη εξέτασε 166 μελέτες περίπτωσης συμπεριλαμβανομένου και ατομικής ψυχοθεραπείας. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι γενικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου (δηλαδή, φύλο, ηλικία και κοινωνικοοικονομική τάξη) δεν σχετίστηκαν άμεσα με το αποτέλεσμα της θεραπείας. Όμως έχει παρατηρηθεί η τάση για καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα σε θεραπείες όπου οι θεραπευόμενοι έχουν πιο ικανοποιητική λειτουργικότητα και υψηλότερες ακαδημαϊκές επιδόσεις. (Luborsky και συν, 1971).

Πολλές μεταβλητές του πρώτου επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την αλληλεπίδραση τους, όπως η κοινωνική θέση και η φυσική εμφάνιση του θεραπευτή και ο χώρος στον οποίο διεξάγεται η θεραπεία (ο οικείος και φιλικός χώρος συμβάλλουν θετικά). Ακόμη, όπως τονίζει ο Νέστορος, η ψυχοθεραπεία είναι εθελοντική διαδικασία,

όπου κανείς δεν επιβάλλει την αλλαγή στον πελάτη. Πρέπει να είναι διατεθειμένος και να θέλει να θεραπευτεί και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του. Ειδάλλως δεν μπορεί να βοηθηθεί.

2) **Μείωση του άγχους και συναισθηματική υποστήριξη.** Κύριος στόχος του θεραπευτή είναι να βοηθήσει το θεραπευόμενό του, στη μείωση του άγχους το οποίο μπορεί να οφείλεται σε θετικά ή αρνητικά συναισθήματα. Σύμφωνα με τη διορθωτική συναισθηματική εμπειρία (corrective emotional experience), (Alexander, 1946), ο θεραπευτής μέσω της αναφοράς στα αγγαρόνα γεγονότα, βοηθάει τον πελάτη να γνωρίσει καλύτερα αυτά, αποκτώντας έτσι σωστή αντίληψη της πραγματικότητας και να δει με αισιοδοξία την κατάστασή του. Επίσης ο ψυχοθεραπευτής καλείται να μένει ήρεμος για να αντέξει τις ποικίλες συναισθηματικές καταστάσεις, τις δικές του και του θεραπευόμενου.

3) **Γνωστικό πλαίσιο.** Όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις ασχολούνται με το γνωστικό πλαίσιο στο οποίο γίνεται η ερμηνεία και κατανοείται η συμπεριφορά του θεραπευόμενου και των άλλων εμπλεκόμενων με τη θεραπεία. Γενικά σημαντικό ρόλο παίζει η μάθηση καθώς ο θεραπευόμενος καταλήγει να μάθει να ερμηνεύει τη ζωή και την κατάσταση του με αισιοδοξία και ελπίδα. Συγκεκριμένα συμβάλλουν όλα τα είδη μάθησης και κυρίως η κλασική εξαρτημένη, συντελεστική και γνωστική μάθηση, η παρατήρηση και μίμηση προτύπου.

4) **Πειθώ του θεραπευτή – υποβολή του θεραπευόμενου.** Η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας εξαρτάται κατά μεγάλο ποσοστό στην αύξηση του ηθικού και της αυτοπεποίθησης του θεραπευόμενου. Να πείσει δηλαδή ο θεραπευτής το άτομο ότι η θεραπεία θα πετύχει και να του εμφυσήσει ελπίδα. Με αυτό τον τρόπο του δείχνει ότι νοιάζεται και ότι αξίζει τον κόσμο να προσπαθήσει και αυτός με την σειρά του ανταποκρινόμενος στην θετική στάση του. Τα χαρακτηριστικά που προβάλλει ο θεραπευτής λοιπόν είναι η ενσυναίσθηση, ζεστασιά και γνησιότητα.

5) **Ταύτιση με το θεραπευτή.** Αυτός ο παράγοντας είναι σημαντικός στις θεραπείες όλων των μοντέλων. Ο θεραπευτής αποτελεί πρότυπο προς μίμηση, καθώς βοηθάει τον θεραπευόμενο να αποκτήσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς, επιθυμητά, που μέχρι τώρα δεν είχε υιοθετήσει, να αξιοποιήσει ήδη υπάρχουσες συμπεριφορές με αποτελεσματικότερο τρόπο, και να σταματήσει να αποφεύγει κάποιες οι οποίες του προκαλούσαν φόβο/ άγχος. Εν συνεχεία ο θεραπευτής αποτελεί πρότυπο μίμησης προς τον θεραπευόμενο, και όσον αφορά τη σφαίρα των αξιών του. Έτσι ο δεύτερος, μέσω της θετικής αντιμετώπισης του, και

την ελευθερία και ευελιξία του θεραπευτή επιτυγχάνεται η ασφαλής πορεία της θεραπείας.

6) **Απόκτηση αυτοελέγχου και αυτονομίας.** Ο αυτοέλεγχος και η αυτονομία, θεωρούνται στόχος όλων των προσεγγίσεων, κατά τη θεραπεία. Παραπέμπουν, στην αίσθηση κυριαρχίας του εαυτού, ικανότητα διαχείρισης, επάρκεια και ανεξαρτησία, και περιγράφουν την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία όπου το "εκείνο" καταλήγει να γίνει "εγώ". Σε πραγματικές συνθήκες ο θεραπευόμενος πρέπει να αφηθεί υπό τον έλεγχο του θεραπευτή και να τον εμπιστευθεί. Ακόμη σ' αυτό τον παράγοντα διαφαίνονται στοιχεία του συμπεριφοριστικού αυτοελέγχου, δηλαδή, αυτοπαρατήρηση και αυτοκαταγραφή της συμπεριφοράς, έλεγχος των ερεθισμάτων που προκαλούν την συμπεριφορά, παρεμβολή ασυμβίβαστων δραστηριοτήτων, και αυτοενίσχυση.

7) **Πρόβα- αντιμετώπιση του πραγματικού προβλήματος in vivo.** Ο συγκεκριμένος παράγοντας αναφέρεται και εφαρμόζεται σε όλα τα μοντέλα θεραπείας. Έγκειται στη μεταφορά των καταστάσεων που λαμβάνουν χώρα στο γραφείο του θεραπευτή, σε συνθήκες της πραγματικής ζωής. Δηλαδή, έλεγχος της πραγματικότητας μέσω της εξάσκησης των νέων προσαρμοστικών συμπεριφορών και την αντιμετώπιση του φόβου του- στοιχείο της ψυχαναλυτικής θεραπείας. Επίσης, αυτός ο παράγοντας είναι παρόν και στην συμπεριφοριστική προσέγγιση κατά την συστηματική απευαισθητοποίηση για την καταστολή του άγχους και την αντιμετώπιση φοβογόνων ερεθισμάτων. Γενικά ο ψυχοθεραπευτής, για να αυξήσει την πιθανότητα επιτυχίας της θεραπείας, καλείται να ιεραρχήσει τους φόβους του θεραπευόμενου, και έπειτα να τον καθοδηγήσει ώστε να τους αντιμετωπίσει αρχικά στη φαντασία ου και στη συνέχεια στην πραγματική ζωή. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η μείωση του άγχους ενισχύει τις γνωστικές λειτουργίες, όπως τη συγκέντρωση, προσοχή αντίληψη και μνήμη.

Γενικά σύμφωνα με τους Νέστορος, το συνθετικό μοντέλο, στην ελληνική εκδοχή του, τονίζει τα σημεία επικάλυψης της φυσιολογικής και παθολογικής συμπεριφοράς. Η εφαρμογή του κρίνεται εφικτή σε άτομα υγιά καθώς και σε άλλα με ελαφριές ή σοβαρότερες διαταραχές. Ακόμη, η συνθετική ψυχοθεραπεία, γίνεται κατανοητή ως θεραπευτική στρατηγική που στοχεύει στο να δημιουργήσει κίνητρα για βελτίωση στον πελάτη. Έτσι ο τελευταίος δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως άρρωστος και προβληματικός αλλά ως φυσιολογικό άτομο, που βρίσκεται υπό ψυχολογική πίεση. Κατακρίνει δηλαδή την στιγματοποίηση, και θεωρεί όλα τα ανθρώπινα όντα ανεξάρτητα από την μόρφωση και την ψυχοπαθολογία τους, προσβάσιμα στις αλήθειες και αξίες της ανθρώπινης ζωής που τους

οδηγούν στην ψυχική υγεία, και στον απώτερο στόχο - το ευ ζήν. (Νέστορος, 2012α).

5.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΘΕΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

Το ιδεαλιστικό και φιλόδοξο Συνθετικό Μοντέλο του 1990, ώθησε τη δημιουργία και τη διατύπωση ενός νέου μοντέλου που αποτελεί την πλέον εφαρμόσιμη Συνθετική ψυχοθεραπεία σήμερα. Μετά από είκοσι χρόνια αυτή αποτελείται από δεκαέξι βασικές αρχές, παρόμοιες με αυτές του προηγούμενου θεωρητικού μοντέλου αλλά πιο ανεπτυγμένες και μελετημένες:

Η πρώτη είναι φιλοσοφική και ιδεαλιστική και υιοθετεί την άποψη του Ηράκλειτου ότι οι θεραπευόμενοι αναζητούν θεραπεία όντας απελπισμένοι, άρα η ψυχολογική τους κατάσταση βελτιώνεται με την εμφύσηση σ' αυτούς της ελπίδας για την επίτευξη του βέλτιστου θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η δεύτερη αρχή, υποστηρίζει ότι οι ποικίλες θεωρίες για την συμπεριφορά και ψυχοπαθολογία του ανθρώπου δεν είναι αντίθετες μεταξύ τους αλλά συμπληρωματικές, καθώς η επίτευξη της αλήθειας για τη ζωή είναι εφικτή και πολύπλευρη- όχι ακραία. Το νέο μοντέλο της σύνθεσης της ψυχοθεραπείας, περιλαμβάνει έτσι και συνδυάζει αρμονικά το ψυχοδυναμικό, συμπεριφοριστικό, υπαρξιστικό- ανθρωπιστικό και βιολογικό. Σύμφωνα με το Νέστορος, το βιολογικό μοντέλο, καθώς προκύπτει από την φύση της λειτουργίας του ατόμου, δηλαδή το νευρικό και φυσιολογικό σύστημα δεν συγκρούεται με κανένα άλλο από τα προαναφερθέντα μοντέλα. Το συμπεριφοριστικό, δεν αντιτίθεται στο ψυχοδυναμικό, αφού έχει αποδειχθεί (Marmor, 1975) ότι η ψυχανάλυση μοιάζει με εκπαιδευτική διαδικασία. Εν συνεχεία, όπως είναι γνωστό το μοντέλο της μάθησης χρησιμοποιείται στη νευροεπίστημη με σκοπό την αλλαγή νευρωνικών συστημάτων του οργανισμού άρα δεν αντικρούεται το βιολογικό μοντέλο. Ακόμη, αν και παλαιότερα η ανθρωπιστική προσέγγιση ήταν αντίθετη με την ψυχοδυναμική, πλέον αυτή η άποψη αναιρείται. Αυτό εξηγείται διότι η ψυχανάλυση εκφράζει ως ένα βαθμό την ελευθερία βούλησης αφού σκοπός είναι να γίνουν οι ασυνείδητες πλευρές του εαυτού, συνειδητές, δηλαδή το Εκείνο να γίνει Εγώ, το οποίο λειτουργεί με βάση την πραγματικότητα. Τέλος, δίνεται έμφαση στο συστημικό μοντέλο το οποίο λαμβάνει υπόψη το άτομο σε άμεση αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον του.

Η τρίτη στρατηγική του μοντέλου αυτού στην πράξη είναι η αύξηση των προσδοκιών του πελάτη για επιτυχία της θεραπείας μέσω της αισιοδοξίας του θεραπευτή. Αυτό το φαινόμενο έχει κοινά στοιχεία με την θεραπεία με placebo, όπως

εξηγεί ο Frank, 1991, παραπάνω στην παρούσα εργασία, καθώς το φαινόμενο αυτό παρέχει ελπίδα και προσδοκία για ίαση στους ασθενείς.

Οι αρχές της θεραπευτικής σχέσης, της μείωσης του άγχους της αντίστασης στην αλλαγή και η αλλαγή γνωστικού πλαισίου αναφέρονται και στην πρώτη θεωρητική εκδοχή του Συνθετικού μοντέλου το 1990, και είναι καθοριστικής σημασίας. Στην συνέχεια ο Νέστορος τονίζει τον απώτερο στόχο της θεραπείας και την προώθηση θετικής σκέψης και ισορροπίας του ατόμου. Μία άλλη αρχή είναι η έμφαση και διατήρηση των κοινωνικών παραμέτρων που πηγάζει από το συστημικό μοντέλο. Επίσης, η ψυχοθεραπεία καθώς είναι πολύπλοκη διαδικασία χρήζει προσεκτικού σχεδιασμού και ακρίβειας σε όλο το πλαίσιο της θεραπείας. Τέλος, ο θεραπευτής πρέπει να επιμένει στην εφαρμογή των στρατηγικών του κατά τη θεραπεία, με σκοπό να καταφέρει να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του εκάστοτε ασθενή. (Νέστορος , 2012α).

6. ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΕΝΟ ΣΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Νέστορος, οι ασθενείς ανήκαν είτε στην κατηγορία της σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου είτε της σχιζο- συναισθηματικής. Το μοντέλο το οποίο ανέπτυξε προέρχεται από την ελληνική λέξη «Σύνθεση», αντανακλά την εκδοχή του Νέστορος, για την προσέγγιση της ενοποίησης της ψυχοθεραπείας. Αποτελείται από στοιχεία της αρχαίας ελληνικής φιλοσοφίας και της σύγχρονης νευροεπιστήμης. Η συγκεκριμένη θεραπεία λαμβάνει χώρα σε ένα γραφείο με εξωτερικούς ασθενείς με μακροπρόθεσμη διάρκεια στις περισσότερες περιπτώσεις πάνω από δύο χρόνια. Αυτό που τονίζεται στο συγκεκριμένο μοντέλο είναι ότι η θεραπεία των ψυχώσεων και συγκεκριμένα της σχιζοφρένειας δεν μπορεί να περιοριστεί μόνο στην φαρμακολογική χορήγηση αλλά στον συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας.

Σύμφωνα με τον Νέστορος, (2001, 2012β), οι αρχές και εφαρμογές στην κλινική πράξη του συγκεκριμένου μοντέλου αναφορικά με την σχιζοφρένεια είναι οι εξής: Μία πρώτη αρχή είναι ότι η σχιζοφρένεια επιδέχεται ψυχοθεραπεία. Αυτή η αρχή θεωρείται ότι προέρχεται από την φιλοσοφία και τονίζεται ότι για να ανακαλύψει το άτομο τα απρόβλεπτα γεγονότα της ζωής πρέπει να ελπίζει. Την ελπίδα αυτή καλείται να του προσδώσει ο θεραπευτής που κυρίως από αυτόν πρέπει να πηγάζει η αισιόδοξη αντίληψη για θεραπευτική επιτυχία.

Δεύτερον, η σύνθεση των διαφορετικών προσεγγίσεων προς την θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι δυνατή και έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με τις συμβατικές-μονού προσανατολισμού κατευθύνσεις. Κάποια χαρακτηριστικά αυτής της αρχής είναι η δυσαρέσκεια με τις παραδοσιακές προσεγγίσεις και η συνειδητοποίηση ότι ο συνδυασμός διαφορετικών προσεγγίσεων αυξάνει την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας είτε μέσω του συνεργιστικής επίδρασης που έχουν οι συνδυασμένες θεραπείες είτε με την καταλυτική επίδραση που ασκεί η μία στην άλλη. (Νέστορος, 2001). Ακόμη, όπως τονίζει ο Νέστορος, (2012β) μέσω αυτής της ενοποίησης είναι εφικτός ο συνδυασμός βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών- πολιτισμικών παρεμβάσεων. Οι βιολογικές αναφέρονται στην φαρμακευτική αγωγή κατά των ψυχωσικών συμπτωμάτων, οι ψυχολογικές σε ατομική, οικογενειακή και ομαδική θεραπεία και οι κοινωνικές- πολιτισμικές στην εξάλειψη της στιγματοποίησης για τις ψυχικές ασθένειες. Έπειτα, (Νέστορος, 2012α) η ανακάλυψη των

κοινών παραγόντων όπως η θεραπευτική σχέση, η συναισθηματική υποστήριξη, νέο γνωστικό πλαίσιο κατανόησης του εαυτού και του κόσμου, παροχή προτάσεων, ταυτοποίηση με το θεραπευτή, πρόβα και δοκιμή στην πραγματική ζωή, απόκτηση αυτοελέγχου και αυτονομίας επαληθεύουν την ανάγκη αυτής της σύνθεσης.

Σύμφωνα με μια τρίτη αρχή, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας προσδιορίζονται από πλήθος διαφορετικών παραγόντων. Με βάση λοιπόν την διάγνωση της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, απαιτούνται στρατηγικές όπως μείωση του άγχους, γνώση του μηχανισμού δημιουργίας των συμπτωμάτων, εξάσκηση των κοινωνικών δεξιοτήτων για επίτευξη κοινωνικοποίησης και διόρθωση του αρνητικού κλίματος και συναισθημάτων που προέρχεται από την οικογένεια. Ακόμη άλλες σημαντικές αρχές είναι ότι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας από μόνα τους δεν είναι τόσο κακά όσο οι αντίδραση του ατόμου και της κοινωνίας προς αυτά και ότι το άτομο με συμπτωματολογία σχιζοφρένειας δεν είναι στο σύνολο του διαταραγμένο και γι' αυτό και έχει μία λογική πλευρά που συνεργάζεται και επικοινωνεί με το θεραπευτή. (Νέστορος, 2012β).

Σ' αυτό το σημείο ο Νέστορος, εξηγεί ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι μία ψυχική ασθένεια που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με κανένα τρόπο, αλλά μία προσαρμοστική στρατηγική του οργανισμού με σκοπό να διαχειριστεί τα υψηλά επίπεδα άγχους του ατόμου. Έτσι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας στοχεύει στη μείωση του άγχους και ενισχύει την εννοιολόγηση του (άγχους) όπως παρουσιάζεται από τις ψυχολογικές παραδοσιακές προσεγγίσεις όπως η ψυχοδυναμική, η υπαρξιστική και η γνωστική. (Νέστορος, 2001).

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από την παρούσα εργασία διαφαίνεται ότι η ψυχοθεραπευτική διαδικασία, παρουσιάζει εξέλιξη κατά το πέρασμα των χρόνων, χρησιμοποιώντας πιο συνδυαστικούς και γενικευμένους τρόπους αντιμετώπισης των ατόμων.

Ένας απ' τους κυριότερους λόγους για αυτό το βήμα είναι η εξερεύνηση και κατάληξη σε κάποια στοιχεία που όπως παρατηρήθηκε μοιράζονται, όλα τα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα. Αυτοί οι λεγόμενοι κοινοί παράγοντες παρατηρούνται ευρύτατα στις ψυχοδυναμικές, συμπεριφοριστικές, ανθρωπιστικές- υπαρξιστικές θεραπείες καθώς και σε άλλες όπως η συστημική, η οικογενειακή και η θεραπεία ζεύγους. Γενικά η ψυχοθεραπεία έφτασε στο σημείο να φιλοξενεί μία πληθώρα θεραπευτικών προσεγγίσεων, οι οποίες χρησιμοποιούσαν διαφορετικές τεχνικές υποδεικνύοντας διαφορετικό τρόπο προσέγγισης του προβλήματος και αντικρουόμενες μεταξύ τους. Πράγματι οι κυρίαρχες σχολές ψυχοθεραπείας με την πρώτη ματιά έμοιαζαν άκρως αντίθετες μεταξύ τους. Η μεν ψυχοδυναμική προσέγγιση θεωρούσε τις εσωτερικές συγκρούσεις και το ασυνείδητο ως αιτία της αποκλίνουσας και παθολογικής συμπεριφοράς. Η δε συμπεριφοριστική απέδιδε τις διαταραχές σε λανθασμένη μάθηση. Αυτό αποδείχθηκε να μην ισχύει τόσο, όταν πλήθος θεραπευτών και κλινικών με κυρίαρχο τον Margmοr, (1964) απέδειξαν και ερμήνευσαν τα ψυχαναλυτικά πρότυπα συμπεριφοράς με όρους των θεωριών της μάθησης. Εν συνεχεία, όλοι οι ενασχολήσαντες με την ψυχική υγεία, καθοδηγούσαν και καθοδηγούν την έρευνα και τη θεραπεία τους με ένα και μοναδικό σκοπό, την βελτίωση της ψυχικής κατάστασης και την αλλαγή του θεραπευόμενου. Με βάση αυτό βρήκε υποστήριξη η προσέγγιση των κοινών παραγόντων, η οποία θεωρεί ότι όλες οι διαφορετικού προσανατολισμού προσεγγίσεις και οι ανάλογες θεραπείες τους πετυχαίνουν τον στόχο τους- την επίτευξη της αλλαγής- με την καλή εφαρμογή αυτών των παραγόντων και αρχών. Ξεκίνησε έτσι η τάση σύνθεσης και ένωσης των διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Όπως παρουσιάστηκαν διεξοδικά και παραπάνω, οι κοινοί παράγοντες είναι το χτίσιμο και η εγκαθίδρυση μίας καλής θεραπευτικής σχέσης, η μείωση του άγχους του θεραπευόμενου, η αλλαγή του γνωστικού πλαισίου, η πειθώ του θεραπευτή και η υποβολή- ανταπόκριση του πελάτη, η ταύτιση με το θεραπευτή, η απόκτηση αυτοελέγχου και κυριότητας του εαυτού και τέλος η πρόβα και αντιμετώπιση του προβλήματος σε

πραγματικές συνθήκες- στην ζωή.

Αναφορικά με την θεραπευτική σχέση, όπως αποδείχθηκε κατά την μελέτη του κινήματος της σύνθεσης των διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, μπορούμε να πούμε ότι είναι ο σημαντικότερος κοινός παράγοντας. Εκτός απ' το γεγονός ότι εμφανίζεται σε όλα τα μοντέλα αποτελεί ίσως και την βάση για όλους τους άλλους. Γιατί εξασφαλίζει την ασφαλή βάση για να λάβει χώρα η αλληλεπίδραση των δύο εμπλεκόμενων στην ψυχοθεραπεία. Η καλή και ειλικρινής θεραπευτική σχέση σημαίνει ότι ο πελάτης μπορεί να νιώσει ασφαλής και να δείξει εμπιστοσύνη στον θεραπευτή. Ακόμη μέσω της μεταβίβασης ο πελάτης εκφράζει τα συναισθήματα του και ο θεραπευτής ανταποκρίνεται με την αντιμεταβίβαση. Ο τελευταίος αφού τον κάνει να νιώσει άνετα δείχνει ενσυναίσθηση και αυθεντικότητα. Σημαντική είναι η έμφαση στο εδώ και τώρα, εξετάζοντας την παροντική συναισθηματική κατάσταση του θεραπευόμενου. Καθοριστικής σημασίας για την ποιότητα της σχέσης των δύο είναι η εμφύσηση ελπίδας ότι η κατάσταση είναι υπό έλεγχο και ότι και ο ίδιος ο θεραπευτής πιστεύει πραγματικά στο θετικό αποτέλεσμα της θεραπείας. Έτσι σιγά σιγά καταφέρνει να μειώσει το άγχος του πελάτη το οποίο αποτελεί και την σοβαρότερη αιτία της σύγχυσης του. Έχει αποδειχθεί ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους συμβάλλουν στην κακή λειτουργικότητα των ατόμων και στην επιδείνωση της ψύχωσης όταν αυτή υπάρχει. Παράλληλα, ο θεραπευτής πρέπει να επεξεργαστεί συνεργατικά με το θεραπευόμενο τις συμπεριφορές του που είναι δυσπροσαρμοστικές και μη λειτουργικές και να καταλήξουν στην υιοθέτηση νέων που αποδεικνύονται ότι βοηθούν το άτομο να νιώσει καλύτερα. Εδώ εμφανίζεται η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας όπου θεραπευτής και θεραπευόμενος από κοινού αποσκοπούν στην επίτευξη του στόχου. Ο πελάτης καταφέρνει να δει πιο θετικά τα πράγματα και αποκτάει σταδιακά τον έλεγχο του εαυτού του και αυτοπεποίθηση. Νιώθει πιο σίγουρος και ότι μπορεί να «πατήσει στα πόδια του». Τέλος ο θεραπευτής αφού εξασκήσει το θεραπευόμενο σ' αυτά τα νέα επιτεύγματα και ενισχύοντας του πάντα την ελπίδα και την αίσθηση ότι τον νιώθει απόλυτα και βιώνει μαζί του όλα τα συναισθήματα, τον προετοιμάζει για να τα εφαρμόσει στην ζωή και την καθημερινότητα του.

Αξίζει να τονισθεί για ακόμη μία φορά, ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, δεν εξαρτάται τόσο από το αν θα εφαρμοσθούν τεχνικές της μάθησης, ή εάν το βάρος θα δοθεί σε εσωτερικές συγκρούσεις που υποβόσκουν στην ψυχή του πελάτη. Αντίθετα το να γνωρίζει ο θεραπευτής πώς να προσεγγίσει το θεραπευόμενό του, ώστε να τον κάνει συνεργάτη και το πώς θα χρησιμοποιήσει σωστά τις τεχνικές και μεθόδους και σε ποιο σημείο της θεραπείας, αυξάνουν την εμπιστοσύνη του ατόμου και την πιθανότητα για θετικό

θεραπευτικό αποτέλεσμα. (Reisner, 2005). Σημειωτέον, ότι δεν υπάρχει μία θεραπεία που να έχει αποδειχθεί καλύτερη και αποτελεσματικότερη από όλες. Αντίθετα οι περισσότερες καταλήγουν σε παρόμοια θεραπευτικά αποτελέσματα. Ακόμη, καθώς όλα τα άτομα είναι διαφορετικά, όπως δήλωσε ο Marmor, (1971) καμία θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική για όλα τα άτομα, όπως κανένας τρόπος διδασκαλίας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματικός για όλους τους μαθητές. Έτσι, κατά τον Bordin, (1979) ο θεραπευτής πρέπει να διαμορφώνει την θεραπεία στα μέτρα και τα χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου και όχι τον θεραπευόμενο σύμφωνα με τη θεραπεία.

Σύμφωνα λοιπόν με τις τόσες ομοιότητες ανάμεσα στα μοντέλα, η τάση για σύνθεση αυτών, έχει κερδίσει πολύ έδαφος, προς μία προσέγγιση που απευθύνεται στην ολιστική και πολυπαραγοντική αντιμετώπιση και αξιολόγηση των θεραπευόμενων, εφαρμόζοντας τεχνικές και αρχές που προέρχονται από όλες σε μία συνδυασμένη μορφή. Άλλωστε η ανθρώπινη προσωπικότητα και συμπεριφορά είναι πολύπλοκη και πολυδιάστατη. Καθορίζεται και επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες και πτυχές της ανθρώπινης λειτουργίας. Το ψυχοπαθολογία του ατόμου επηρεάζεται από βιολογικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς, καθώς και ατομικούς παράγοντες, οι οποίοι πρέπει να εξετάζονται και μεμονωμένα αλλά και στην αλληλεπίδραση τους. Ακόμη έχει αποδειχθεί αποτελεσματικός ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας με φαρμακοθεραπεία, καθώς μπορεί να μειώσει το άγχος όταν αυτό αυξάνεται σε υπερβολικά όρια κυρίως στην σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Προς αυτό το σκοπό κινείται το συνθετικό μοντέλο που προτάθηκε από τον Νέστορος Ι. και έχει αποδειχθεί αποτελεσματικότερο σε ποικιλία ασθενών, με διαταραχές που κυμαίνονται από απλές διαταραχές μέχρι βαριάς μορφής ψυχώσεις.

Το παρόν και το μέλλον της ψυχοθεραπείας, προβλέπεται μεγαλειώδες, εάν οι ενδιαφερόμενοι και εμπλεκόμενοι σ' αυτήν, θέσουν σαν μείζονα σκοπό την ψυχική γαλήνη και το την ποιοτική και καλή ζωή.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alexander, F. M.D. (1963). The Dynamics of Psychotherapy in the Light of Learning Theory. In J. Marmor and S. Woods (Eds.), *The interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. New York: Plenum.
- Appelbaum, S. A. (1978). Pathways to change in psychoanalytic therapy. In M. R. Goldfried (Ed.), *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in psychodynamic, Humanistic, and behavioral practice*. New York: Springer
- Beitman, B. D. (1987). *The Structure of Individual Psychotherapy*. New York: Guilford.
- Beitman, B. D., Goldfried, M. R., Norcross, J. C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An Overview. *American Journal of Psychiatry*, 146, 138- 147.
- Birk, L. M. D. (1970). Behavior therapy- Integration with Dynamic Psychiatry. In J. Marmor and S. Woods (Eds.), *The interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. New York: Plenum.
- Birk, L., M.D. & Brinkley- Birk, Ph. D. (1974). Psychoanalysis and Behavior therapy. In M. R. Goldfried (Ed.), *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in psychodynamic, Humanistic, and behavioral practice*. New York: Springer
- Bohart, A. C. & Greenberg, (1997). Empathy: Where are we and where do we go from here? In A. C Bohart & L. S Greenberg (Eds.) *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, D. C: American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy theory and practice*. 16(3), 252- 260
- Bradford, G. K. (2007). The Play of unconditioned presence in existential- integrative

- psychotherapy. *The Journal of Transpersonal Psychology*.
- Brady, J. P. (1968). Psychotherapy by a combined behavioral and dynamic approach. In M. R. Goldfried (Ed.), *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in psychodynamic, Humanistic, and behavioral practice*. New York: Springer.
- Castonguay, L. G. (1993). Common Factors and Nonspecific Variables: Clarification of the two concepts and Recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol. 3, No. 3
- Castonguay, L. G. (2005). Training issues in Psychotherapy Integration: A Commentary. Pennsylvania State University. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol. 15, 4, 284-391
- Castonguay, L. G. (2006). Personal Pathways in Psychotherapy Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol. 16, 1, 36- 58
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). Principles of Therapeutic Change: A Task Force on Participants, Relationships, and Techniques Factors. *Journal of Clinical Psychology*, Vol62(2), 631-638
- Dollar, J. & Miller N. E. (1950). Techniques of therapeutic intervention. In M. R. Goldfried (Ed.), *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in psychodynamic, Humanistic, and behavioral practice*. New York: Springer
- Dryden, W. (1996). *Developments in Psychotherapy: Historical Perspectives*. London: SAGE
- Eagle, M. & Wolitzky, D.L. (1997) Empathy: A Psychoanalytic Perspective. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy Reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 217-244) American Psychological Association.
- Feather, B. W., M.D., Ph.D. & Rhoads, J. M., M.D. (1972a). Psychodynamic behavior

- therapy. I. Theory and Rationale. In J. Marmor and S. Woods (Eds.), *The interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. New York: Plenum.
- Feather, B. W., M.D., Ph.D. & Rhoads, J. M., M.D. (1972b). Psychodynamic behavior therapy. II. Clinical Aspects. In J. Marmor and S. Woods (Eds.), *The interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. New York: Plenum.
- Frank, J. D. & Frank, (1961). *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy* (3rd edn). Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American journal of Psychotherapy*, 25, 350- 361
- Garfield, S. L. (1973). What are the the therapeutic variable in psychotherapy? In M. R. Goldfried (Ed.), *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in psychodynamic, Humanistic, and behavioral practice*. New york: Springer
- Garfield, S. L. (1980). *Psychotherapy: An Eclectic Approach*. New York: Wiley
- Garfield, S. L. (1982). Eclecticism and integration in psychotherapy. *Behavior Therapy*, 13(5), 610- 625
- Garfield, S. L. (1994). Eclecticism and integration in psychotherapy: developments and issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(2), 123- 137
- Geller, S., Ph.D, Pos, A., Ph.D., & Colosimo, K., Ph.D (2012) Therapeutic Presence: A Fundamental Common Factor in the Provision of Effective Psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin* 47(3): 6- 13
- Goldfried, M. R. (Ed.) (1982). *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in psychodynamic, Humanistic, and behavioral practice*. New york: Springer
- Hawkins, P. J. & Nestoros, J. N. (1997). Beyond the Dogmas of Conventional Psychotherapy: the integration movement. In P. J. Hawkins & J.N. Nestoros

- (Eds.), *Psychotherapy: New perspectives on Theory, Practice and Research*. (pp. 23- 67). Athens: Ellinika Grammata
- Holmes, J. (2010). Integration in psychoanalytic psychotherapy- an attachment meta-perspective. School of Psychology, University of Exeter, UK. *Psychoanalytic Psychotherapy*, Vol. 24,3, 183-201
- Κατέρη, Ε. Πουρκός, Μ. & Νέστορος, Ι. Ν. (2002). Πολιτισμός και ψυχοπαθολογία: Συνεπαγωγές των πολιτισμικών διαφορών για την ψυχολογική γνώση Και την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Στο Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα & Φ. Καλαβάσης (Επιμ.), *Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία. Τόμος Α': Θέματα Ψυχοπαθολογίας σε Παιδιά και Εφήβους* (σσ. 366- 387). Αθήνα: Ατραπός
- Κουστίνη, Ι. Δ. (2012). *Επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία. προβληματική, εφαρμογές και κριτική προσέγγιση*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Lazarus, A. A. (1976). Has behavior therapy outlived its usefulness? In M. R. Goldfried (Ed.), *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in psychodynamic, Humanistic, and behavioral practice*. New York: Springer
- Lazarus, A. A. (1981). *The Practice of Multimodal Therapy: Systematic, Comprehensive and Effective Psychotherapy*. New York: Mc-Graw- Hill.
- Lazarus, A. A & Beutler, L. E. (1993). On Technical Eclecticism. *Journal of Counseling & Development*, 71, 381- 385
- Lampropoulos, G. K., Goldfried, M. R., Castonguay, L. G, Lambert, M. J, Stiles, W. B. & Nestoros, J. N. (2002) What kind of research can we expect from the practitioner? *Journal of Clinical Psychology*, 58(10), 1241- 1264.
- Lebow, J. (1997). The integrative revolution in couple and family therapy. *Family Process*. 36(1), 1- 17.

- Livesley, J.W. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, Canada. *Journal of Mental Health*, 16(1): 131-148
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H., Cohen, J., & Bachrach, H. M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75, 145-185
- Marks, I. M., M.D. & Gelder, M. G. MD. Common ground between behavior therapy and psychodynamic methods. In J. Marmor and S. Woods (Eds.), *The interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. New York: Plenum.
- Marmor, J. (1964). Psychoanalytic therapy and theories of learning. In J. Marmor and S. Woods (Eds.), *The interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. New York: Plenum.
- Marmor, J. (1969). Neurosis and the psychotherapeutic process: Similarities and differences in the behavioral and psychodynamic conceptions. In J. Marmor and S. Woods (Eds.), *The interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. New York: Plenum.
- Marmor, J. M.D. (1971). Dynamic psychotherapy and behavior therapy: Are they irreconcilable? In M. R. Goldfried (Ed.), *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in psychodynamic, Humanistic, and behavioral practice*. New York: Springer
- Marmor, J., & Woods, S. M. (Eds.) (1980). *The interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. New York: Plenum.
- Murray, M. E., Ph. D. (1976) A dynamic synthesis of analytic and behavioral approaches to symptoms. In J. Marmor and S. Woods (Eds.), *The interface Between the*

Psychodynamic and Behavioral Therapies. New York: Plenum.

Nestoros, J. N. (1997^a). Integrative psychotherapy of individuals with schizophrenic symptoms. In P. J. Hawkins & J.N. Nestoros (Eds.), *Psychotherapy: New perspectives on Theory, Practice and Research*. (pp. 321- 363). Athens: Ellinika Grammata

Nestoros, J. N. (1997b). A model of training in the methodology of individual psychotherapy research: the case of schizophrenia as a paradigm. In P. J. Hawkins & J.N. Nestoros (Eds.), *Psychotherapy: New perspectives on Theory, Practice and Research*. (pp.633- 681). Athens: Ellinika Grammata

Νέστορος, Ι. Ν. (1998). Μεθοδολογία έρευνας στην ψυχοθεραπεία: Σύγχρονες τάσεις. *Ψυχολογία*.5(2), 179- 188

Νέστορος, Ι. Ν. (2000^a). Σύγχρονες απόψεις για το ρόλο των συναισθημάτων στην ψυχική υγεία. Στο Μ.Ι. Βάμβουκας & Α. Δ. Πεδιάδης (Επιμ.), *Δύσκολες μορφές συμπεριφοράς στη σχολική τάξη* (82- 103). Ρέθυμνο

Νέστορος, Ι. Ν. (2000b). Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου: ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές παράμετροι. Στο Ι. Νέστορος, Β. Πεσμαζόγλου & Μ. Σαματάς (Επιμ.). *Σύγχρονα ρεύματα στις Κοινωνικές Επιστήμες*. (σσ. 389- 410). Αθήνα: Τυπωθήτω.

Nestoros, J. N. (2001). Synthetiki Psychotherapy: An integrative psychotherapy for individuals with schizophrenic symptoms. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31(1), 51-59

Νέστορος Ι. Ν. (2012α). *Συνθετική Ψυχοθεραπεία*. (2η εκδ.). Αθήνα: Πεδίο.

Νέστορος, Ι. Ν. (2012β). *Στον Κόσμο της Ψύχωσης*. (2η έκδ. Βελτιωμένη και επαυξημένη).Αθήνα: Πεδίο.

Νέστορος, Ι. Ν. & Βαλλιανάτου, Ν. Γ. (1990). *Συνθετική Ψυχοθεραπεία με στοιχεία*

ψυχοπαθολογίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Νέστορος Ι. Ν & Ζγαντζούρη, Α. (2002). Περί Ψυχωσικών εκδηλώσεων. Στο Μ. Καΐλα (επιμ.), *Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ατραπός.

Norcross, J. C. & M. R. Goldfried. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford: Oxford University Press.

O' Hara, D. & Schofield, M. (2008). Personal approaches to psychotherapy integration. *Counseling and Psychotherapy Research*, 8(1): 53-62

Pachankis, J. E. & Goldfried, M. R. An integrative principle- based approach to psychotherapy. In S. Hoffman and J. Weinberger (Eds.) *The art and science of psychotherapy*. New York: Tailor & Francis Group

Prochaska, J. O. (1984). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (2nd edn.) Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole

Reisner, A. D. (2005). The common factors, empirically validated treatments and recovery models of therapeutic change. *The Psychological Record*, 55, 377- 399

Rogers, C. R. (1963). *Client- Centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rosenweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. In M. R. Goldfried (Ed.), *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in psychodynamic, Humanistic, and behavioral practice*. New york: Springer

Ryle, A. (1978). A common language for the psychotherapies? In M. R. Goldfried (Ed.), *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in psychodynamic, Humanistic, an behavioral practice*. New york: Springer

Sloane, B. R., M.D., (1969). The Converging paths of behavior therapy and psychotherapy. In J. Marmor and S. Woods (Eds.), *The interface Between the Psychodynamic and*

Behavioral Therapies. New York: Plenum.

Sloane, B. R., Staples, F. R., Gristol, A. H., Yorkston, N. J. & Whipple, K. (1975)

Psychotherapy VS behavior therapy. Cambridge: *Harvard University Press*

Σταλίκας, Α. & Μερτίκας, Α. (2004) *Η θεραπευτική συμμαχία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σταλίκας, Α. & Χαμοδράκας, Μ. (2004). Η Ενσυναίσθηση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Stricker, G. & Gold, J. R. (1996). Psychotherapy integration: An assimilative, psychodynamic approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 3, 47- 58

Strupp, H. H. (1973) *Psychotherapy: Clinical, Research and Theoretical Issues*. New York:

Jason Aronson

Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.

Weinberger, J. (1995). Common factors aren' t so common: the common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and practice*, 2, 45- 69

Weinberger, J. & Rasco, C. (2007). Empirically supported common factors. In S. Hoffman and J. Weinberger (Eds.) *The art and science of psychotherapy*. New York: Taylor & Francis Group.

Weitzman, B., Ph. D. (1967) Behavior therapy and psychotherapy. In J. Marmor and S. Woods (Eds.), *The interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. New York: Plenum.

Woodworth, R. S. (1948). *Contemporary schools of psychology*. New York: Ronald