

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

«ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΙΑΣ
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΤΩΝ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ»

Ευθυμιάδου Εριφίλη
Α.Μ. 1430

Επιβλέπων καθηγητής: Παναγιώτης Σίμος.

Ρέθυμνο, 2007

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟΣ ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ευχαριστώ τον κ. Ιωάννη Νέστορος για την παροχή της ερευνητικής ιδέας, τη διάθεση του μαθήματός του για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, τη συμβολή του στη δημιουργία του ερωτηματολογίου και τη συμμετοχή του στην έρευνα μέσω της διάθεσης των δικών του αξιολογήσεων των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών.

Ευχαριστώ θερμά τον κ. Παναγιώτη Σίμο για την προσαρμογή του στατιστικού πλάνου στον ερευνητικό σχεδιασμό και την καθοδήγησή του στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και την ανιδιοτελή του παρουσία, η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας δε θα ήταν ποτέ εφικτή...

Ευθυμιάδου Εριφίλη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
1.1. Έρευνα διαδικασίας	4
1.2. Μοντέλο διαδικασίας.....	11
1.3. Θεραπευτικοί σκοποί.....	16
1.4. Θεραπευτικές τεχνικές	17
1.5. Αντιδράσεις του πελάτη- συγκαλυμμένες διαδικασίες.....	25
1.6. Συμπεριφορές των πελατών.....	30
1.7. Αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτών και πελατών... ..	33
1.8. Προσέγγιση γεγονότων.....	34
1.9. Φύλο πελάτη και συμβούλου και επίπεδο εμπειρίας συμβούλου.....	36
1.10. Επίδραση και αξιολόγηση.....	39
1.11. Μεθοδολογική εξέταση της χρήσης οπτικοακουστικών μέσων στην έρευνα διαδικασίας.....	40
1.11.1. Εγκυρότητα μεθόδων που βασίζονται στη χρήση οπτικοακουστικών μέσων.....	41
1.11.2. Η επίδραση της διάθεσης στην αξιολόγηση.....	43
2. ΜΕΘΟΔΟΣ	44
2.1. Δείγμα.....	44
2.2. Μέσα συλλογής δεδομένων.....	45
2.2.1. Session Evaluation Questionnaire.....	45
2.2.2. Β' ερωτηματολόγιο.....	47
2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	50
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	52
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	55
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	57
6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	58

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εποχή μας, η «φοιτητική μετανάστευση» είναι ένα φαινόμενο που έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις. Οι νέοι της χώρας είτε λόγω της μη-καρποφόρας προσπάθειάς τους να εξασφαλίσουν την επιθυμητή θέση στα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης της χώρας, είτε λόγω έλλειψης προγραμμάτων σπουδών που να τους ενδιαφέρουν (σε προπτυχιακό ή μεταπτυχιακό επίπεδο) στην ελληνική εκπαιδευτική πραγματικότητα, ταξιδεύουν κυρίως σε χώρες της Ευρώπης και την Αμερική, για να αποκτήσουν το πολυπόθητο χαρτί. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως, η κατάσταση αποδεικνύεται περισσότερο περίπλοκη. Μία τέτοια περίπτωση αφορά το χώρο της Κλινικής Ψυχολογίας. Στην Αγγλία, για να γίνει δεκτός ένας φοιτητής σε αντίστοιχο μεταπτυχιακό πρόγραμμα, πρέπει να πληρούνται κάποια ηλικιακά κριτήρια (κατώτατο όριο ηλικίας), έτσι ώστε να εξασφαλίζεται –υποθετικά– η προαπαιτούμενη για το χώρο ωριμότητα του χαρακτήρα.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί κατά πόσο είναι βάσιμη η υπόθεση ότι η μικρή ηλικία αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην ικανότητα των φοιτητών να συλλάβουν τις έννοιες και να εφαρμόσουν τις πρακτικές εκείνες που είναι συνδεδεμένες με το χώρο της Κλινικής Ψυχολογίας. Στην έρευνά μας, βέβαια, μελετάται μία μόνο από τις επιμέρους αναγκαίες ικανότητες των μεταπτυχιακών φοιτητών Κλινικής Ψυχολογίας: η ύπαρξη συμφωνίας στην αποτίμηση των χαρακτηριστικών μίας ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας μεταξύ αυτών και ενός ψυχοθεραπευτή. Γι' αυτό το λόγο παρουσιάσαμε 6 συνεδρίες από τη μελέτη περίπτωσης ενός πελάτη σε φοιτητές ψυχολογίας και τους ζητήσαμε να τις αξιολογήσουν. Στη συνέχεια συγκρίναμε τις εκτιμήσεις τους με αυτές ενός ψυχοθεραπευτή και συγκεκριμένα του διδάσκοντος του μαθήματος, του κ. Νέστορος.

Έρευνα διαδικασίας (process research)

Η μαγνητοφώνηση των θεραπευτικών συνεδριών, η οποία ξεκίνησε από τον Earl Zinn το 1929, κατέστησε δυνατή την αντικειμενική ανάλυση των συμπεριφορών που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Ο Carl Rogers (1942) περιέγραψε πειστικά τα πλεονεκτήματα που προσφέρουν οι μαγνητοφωνήσεις στους τομείς της εκπαίδευσης και της έρευνας, μετριάζοντας λίγο από τον αρχικό φόβο σχετικά με τη μαγνητοφώνηση. Έτσι, ξεκίνησε η εμπειρική μελέτη της

ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, αποδίδοντας στο Rogers τα εύσημα για τη θεμελίωση της έρευνας διαδικασίας (process research)¹.

Οι σύγχρονες προσεγγίσεις στην έρευνα διαδικασίας διαφέρουν ως προς το φάσμα των υπό μελέτη θεωριών. Κάποιοι ερευνητές διαδικασίας αναζητούν ευρήματα που να μπορούν να ενσωματώνονται σε ένα μεγάλο αριθμό θεωρητικών κατευθύνσεων, προσφέροντας γενικές αρχές σχετικά με τους τρόπους και τους λόγους της εδραίωσης των αλλαγών. Η εμπειρική υποστήριξη μιας γενικής θεωρίας αλλαγής θα προσέφερε στους επαγγελματίες ένα αξιόπιστο πλαίσιο για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με την επιλογή διαφορετικών ειδών θεραπείας, το οποίο θα παρείχε, επιπλέον, κατευθυντήριες γραμμές για την εφαρμογή γενικών στρατηγικών εντός της θεραπείας. Ωστόσο, ένα τέτοιο πλαίσιο δε θα παρείχε λεπτομερείς οδηγίες για τις αποφάσεις της στιγμής ή για την αλλαγή των αποφάσεων από σε συνεδρία σε συνεδρία που ο θεραπευτής καλείται συχνά να πάρει. Γι' αυτόν το λόγο, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν τη χρήση λιγότερο περιεκτικών θεωριών, π.χ. μικρές θεωρίες σχετικά με το πώς αντιμετωπίζονται με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο οι πιο συχνά αναδυόμενες καταστάσεις κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας. Αυτά τα αποτελέσματα προσφέρουν χρήσιμες οδηγίες στους θεραπευτές, οι οποίοι – εκ των πραγμάτων – είναι αναγκασμένοι να προσαρμόζουν συνέχεια τις παρεμβάσεις τους στις νέες ανάγκες του πελάτη. Ωστόσο, η μονόπλευρη εξάρτηση σε μία συλλογή ανάλογων μικρών θεωριών θα σήμαινε ότι αγνοούνται περισσότερο γενικά χαρακτηριστικά της ανθρώπινης λειτουργικότητας, τα οποία πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη όταν προωθείται η ψυχολογική αλλαγή, καθώς επίσης ότι η θεραπεία θα συρρικνωνόταν σε ένα απλό σύνολο αντιδράσεων σε συγκεκριμένες καταστάσεις, με απουσία οποιασδήποτε στρατηγικής κατεύθυνσης².

Οι πρώτες έρευνες διαδικασίας (Bergman, 1951; Porter, 1943; Robinson, 1950; Seeman, 1949; Snyder, 1945, 1963; Strupp, 1955, 1957 στο Hill, 1992) επικεντρώθηκαν στην ανάπτυξη μέσων μέτρησης της ενδό- συνεδριακής συμπεριφοράς των θεραπευτών και των πελατών, αντιπαραβάλλοντας διαφορετικά προφίλ συμπεριφορών των θεραπευτών και εξετάζοντας την άμεση επίπτωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αυτή η πρώιμη ομάδα μελετών χαρακτηριζόταν από την εστίαση στη μέτρηση αισθητών, αλλά όχι πάντοτε κλινικά σημαντικών

¹ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

² Smith E. C. & Grawe K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285.

μεταβλητών. Όχι αναπάντεχα, οι πρώτοι ερευνητές αποθαρρύνθηκαν από τα αποτελέσματα της έρευνας διαδικασίας. Ο Kiesler (1973) σχολίασε ότι το πεδίο της έρευνας διαδικασίας θρυμματίστηκε επειδή οι ερευνητές έτειναν να αναπτύσσουν τα δικά τους μέσα μέτρησης, να τα χρησιμοποιούν μία φορά και μετά να τα εγκαταλείπουν, οδηγώντας, έτσι, σε ελάχιστη συσσώρευση ερευνητικών ευρημάτων³.

Πολλοί ερευνητές διαδικασίας στράφηκαν στη μέτρηση των διευκολυντικών συνθηκών (facilitative conditions) του Rogers (1957). Ο Rogers πίστευε ότι αυτές οι διευκολυντικές συνθήκες (π.χ. ενσυναίσθηση, ζεστασιά, αυθεντικότητα) ήταν στάσεις που οι ψυχοθεραπευτές ήδη διέθεται. Αν και αρχικά το πεδίο αυτό φάνταζε προσοδοφόρο, πολλοί ερευνητές (Gormally & Hill, 1974; Lambert, DeJulio & Stein, 1978; Parloff, Waskow & Wolfe, 1978 στο Hill, 1992) υπέδειξαν μεθοδολογικά ελλείμματα στα μέσα μέτρησης και παρέθεσαν αποδείξεις ότι οι διευκολυντικές συνθήκες, που κάποτε θεωρούνταν αναγκαίες και επαρκείς συνθήκες για όλα τα είδη συμβουλευτικής και θεραπείας, έμοιαζαν να είναι εφαρμόσιμες κυρίως και πρωτίστως στην πελατοκεντρική θεραπεία.

Πολλοί σημαίνοντες εκπαιδευτές πρότειναν ότι οι διευκολυντικές συνθήκες δεν ήταν απλά στάσεις, όπως είχε προτείνει ο Rogers, αλλά ότι επρόκειτο για δεξιότητες που μπορούσαν να διδαχτούν. Πολλές από τις μελέτες που πραγματοποιούνταν από τα αντίστοιχα προγράμματα εκπαίδευσης χρησιμοποίησαν τις κλίμακες αξιολόγησης που είχαν αναπτυχθεί για να ελεγχθεί η θεωρία του Rogers.

Η τρέχουσα γενιά μέσων μέτρησης έχει επιστρέψει στις πρώιμες μεθόδους μελέτης των θεραπευτικών τεχνικών χρησιμοποιώντας ονομαστικές κατηγορίες προτύπων απάντησης, με τη διαφορά ότι τα σύγχρονα μέσα μέτρησης διαθέτουν καλύτερες ψυχομετρικές ιδιότητες^{4, 5}.

Ιδανικά, τα μέσα μέτρησης θα έπρεπε να περιέχουν τις πιο σημαντικές κατηγορίες που υιοθετούνται από διάφορες θεωρητικές κατευθύνσεις⁶ και να είναι παν- θεωρητικά, έτσι ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν σε όλα τα είδη συμβουλευτικής και θεραπείας. Πολύ μικρές διαφορές έχουν βρεθεί ανάμεσα στις

³ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

⁴ Hill, C. E., Thames, T. B. & Rardin, D. K. (1979). Comparison of Rogers, Perls and Ellis on the Hill Counselor Verbal Response Category System. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 198-203.

⁵ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

⁶ Hill, C. E., Thames, T. B. & Rardin, D. K. (1979). Comparison of Rogers, Perls and Ellis on the Hill Counselor Verbal Response Category System. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 198-203.

θεραπείες, γεγονός που υποδεικνύει τη βαρύνουσα σημασία που έχει η εξέταση των κοινών στοιχείων ανάμεσα στις διαφορετικές θεραπείες.

Μία παράλληλη κατεύθυνση που επηρέασε την έρευνα διαδικασίας ήταν η ανάδυση της αναλογικής έρευνας (analogue research). Για περίπου 20 χρόνια πολλοί ερευνητές (Auerswald, 1974; Hill & Gormally, 1977, Waskow, 1962 στο Hill, 1992) χρησιμοποιούσαν αναλογικές μεθοδολογίες, για να καθορίσουν τις επιδράσεις ποικίλων προτύπων απάντησης. Αν και αρχικά ελκυστική αυτού του είδους η έρευνα, εξαιτίας του μεγάλου ελέγχου επί των μεταβλητών, τα αποτελέσματά της δεν μπορούσαν να γενικευθούν στις περισσότερες θεραπευτικές καταστάσεις. Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας διαδικασίας στις μέρες μας χρησιμοποιεί νατουραλιστικά ή ημί- νατουραλιστικά περιβάλλοντα, επειδή αυτά επιτρέπουν στους ερευνητές να παρατηρούν πώς ξεδιπλώνεται η διαδικασία φυσικά, χωρίς τεχνητούς περιορισμούς που μεταβάλλουν τη διαδικασία με τρόπους απρόβλεπτους.

Μία σχετική ιστορική αλλαγή στην έρευνα διαδικασίας είναι η στροφή προς την «κλινική σημασία». Για να γίνει η έρευνα διαδικασίας περισσότερο κλινικά σημαίνουσα, οι ερευνητές έχουν ξεκινήσει να υιοθετούν περισσότερο διερευνητικές, προσανατολισμένες στην ανακάλυψη μεθοδολογίες, που εξετάζουν τη θεραπευτική διαδικασία, ενόσω αυτή εκτυλίσσεται φυσικά⁷. Η έρευνα διαδικασίας διακρίνεται σε δύο κύριες κατηγορίες: τη διερευνητική και τη βασισμένη στη θεωρία έρευνα διαδικασίας.

Η διερευνητική έρευνα διαδικασίας (exploratory process research) –επίσης γνωστή και ως έρευνα προσανατολισμένη στην ανακάλυψη (discovery-oriented research) ή εμπειρική προσέγγιση (empirical approach)- περιγράφει τι συμβαίνει εντός των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών από μία μη- θεωρητική σκοπιά. Οι ερευνητές αναπτύσσουν κλίμακες ή κατηγορίες, ώστε να κωδικοποιήσουν συμβάντα εντός των συνεδριών (π.χ. συμπεριφορά ψυχοθεραπευτή) ή να περιγράψουν τις εμπειρίες των συμμετεχόντων. Ιδανικά, οι ερευνητές διατηρούν μία «ανοιχτή», δεκτική στάση μάθησης σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία μέσω των παρατηρήσεών τους.

Απώτατος στόχος της διερευνητικής έρευνας είναι η ανάπτυξη θεωρίας που να βασίζεται στη συσσώρευση επαναληπτικών ευρημάτων. Η διερευνητική έρευνα, επομένως, ακολουθεί το πνεύμα της επιστημονικής μεθόδου, όπου η παρατήρηση των κλινικών φαινομένων οδηγεί σε σχηματισμό και έλεγχο υποθέσεων, που με τη σειρά

⁷ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

τους οδηγούν στο θεωρητικό «σμίλευμα» των υποθέσεων, την επαναληπτικότητα των αποτελεσμάτων και τελικώς στην ανάπτυξη της θεωρίας.

Επειδή η διερευνητική έρευνα δεν υποστηρίζει καμία συγκεκριμένη κλινική θεωρία, οι ερευνητές μπορούν να ερμηνεύουν τα ευρήματα χρησιμοποιώντας πολλές διαφορετικές θεωρίες. Συνεπώς, αντί να είναι α-θεωρητικός, ο ερευνητής που ακολουθεί αυτήν την κατεύθυνση έρευνας συχνά είναι παν-θεωρητικός και έχει συνείδηση των πολλών όψεων μίας κατάστασης. Με την έλλειψη αποδεδειγμένων διαφορών ως προς τα αποτελέσματα διαφόρων προσεγγίσεων στην ψυχοθεραπεία, η χρήση πολλών προοπτικών για την εξέταση των δεδομένων θεωρείται εύλογη.

Ένας πιθανός κίνδυνος της διερευνητικής έρευνας είναι ότι οι ερευνητές ενίοτε μελετούν ασήμαντα πράγματα ελάχιστου κλινικού ενδιαφέροντος, απλά και μόνο επειδή αυτά είναι εύκολα μετρήσιμα. Παραδείγματος χάριν, ορισμένοι ερευνητές έχουν μελετήσει συμπεριφορές, όπως είναι η χρήση λέξεων στον πληθυντικό αριθμό, χωρίς να συσχετίζουν αυτές τις συμπεριφορές με την κλινική πρακτική. Ένα ακόμα πρόβλημα είναι ότι η διερευνητική έρευνα συχνά παράγει μία τεράστια ποσότητα δεδομένων, καθιστώντας το δύσκολο για τους ερευνητές να συνθέσουν μία ολοκληρωμένη εικόνα από τις επιμέρους λεπτομέρειες. Για παράδειγμα, κάθε λεπτομέρεια σε μία μελέτη περίπτωσης μπορεί να θεωρηθεί κρίσιμη για την κατανόηση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, καθιστώντας το δύσκολο για τον ερευνητή να συμβαδίσει με τις αρχικές του υποθέσεις και να απομονώσει ορισμένες όψεις της προς μελέτης διαδικασίας. Ένας επιπρόσθετος κίνδυνος είναι ότι οι ερευνητές που ακολουθούν τη διερευνητική έρευνα ενδέχεται να έχουν μη-εκφρασμένες προκαταλήψεις, οι οποίες επηρεάζουν τα αποτελέσματα της έρευνας⁸.

Σε αντίθεση με την διερευνητική έρευνα, η βασισμένη στη θεωρία έρευνα διαδικασίας (theory-based process research) ελέγχει υποθέσεις προερχόμενες από την κλινική θεωρία σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας της ψυχοθεραπείας. Ένας πιθανός κίνδυνος στην έρευνα που βασίζεται στη θεωρία είναι ότι οι ερευνητές μπορεί να τη χρησιμοποιούν για να αποδείξουν αυτό που ήδη γνωρίζουν ότι ισχύει. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι αυτού του είδους η έρευνα μπορεί να περιοριστεί από την ίδια τη θεωρία. Οι ερευνητές ενδέχεται να επικεντρωθούν μονομερώς στα στοιχεία που η εκάστοτε θεωρία υπογραμμίζει και επομένως να αγνοήσουν άλλα, πιθανώς σημαντικά ευρήματα. Επιπλέον, αν η θεωρία είναι λάθος στην αρχική της μορφή, χρόνια έρευνας

⁸ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

μπορεί να σπαταληθούν σε μια προσπάθεια να αποδειχθεί ή να απορριφθεί μία ανεπαρκώς σχηματισμένη θεωρητική πρόταση. Τέλος, περιεκτικές και αντιφατικές θεωρίες, όπως η ψυχανάλυση, είναι σχεδόν αδύνατο να απορριφθούν⁹, ¹⁰.

Ουσιαστικά, η διαφορά μεταξύ των δύο αυτών ειδών έρευνας διαδικασίας έγκειται στον τρόπο που χρησιμοποιούν τη θεωρία, ο οποίος εν τέλει καθορίζει και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας. Στην βασισμένη στη θεωρία έρευνα οι ερευνητές προσαρμόζουν την ερευνητική διαδικασία στις ερευνητικές τους υποθέσεις: εκτιμάται ένας μικρός αριθμός θεωρητικών κατασκευών και οι υποτιθέμενες συσχετίσεις μεταξύ αυτών των κατασκευών ελέγχονται με τη χρήση σχετικά άκαμπτων στατιστικών διαδικασιών. Αντίθετα, στη διερευνητική έρευνα διαδικασίας εκτιμάται ένα όσο πιο ευρύ γίνεται πλήθος κατασκευών και εφαρμόζονται στατιστικές διαδικασίες ευαίσθητες στις ιδιαιτερότητες του ερευνητικού σχεδίου και προσαρμοσμένες με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι δυνατή η ανακάλυψη μη προβλεπόμενων συσχετίσεων και προτύπων μεταξύ των δεδομένων¹¹.

Υπάρχουν ερευνητές που δηλώνουν ότι η διερευνητική έρευνα δεν έχει αξία επειδή δεν είναι βασισμένη σε κάποια θεωρία αλλαγής της συμπεριφοράς, και συνεπώς δεν μπορεί να ελεγχθεί η ορθότητα των ευρημάτων της. Ωστόσο, άλλοι (Hill, 1990) υποστηρίζουν ότι τόσο η διερευνητική όσο και η βασισμένη στη θεωρία έρευνα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της γνώσης σχετικά με τις διαδικασίες αλλαγής στην ψυχοθεραπεία. Οι τελευταίοι προσθέτουν αναφορικά με τη βασισμένη στη θεωρία έρευνα ότι είναι σημαντικό να παραδεχτούμε πως οι βάσεις των περισσότερων θεωριών προέρχονται από τις προσωπικές εντυπώσεις και «προκαταλήψεις» χαρισματικών θεραπευτών και όχι από άρτια ανεπτυγμένα πλαίσια που να μπορούν να ενσωματώνουν και να ερμηνεύουν ένα μεγάλο όγκο εμπειρικών ευρημάτων. Αν και ο έλεγχος των παρατηρήσεων από αυτές τις κλινικές θεωρίες είναι χρήσιμος, είναι εξίσου χρήσιμο για τους ερευνητές να παρατηρούν τη θεραπευτική διαδικασία και να παράγουν ελέγξιμες υποθέσεις με απώτερο σκοπό την ανάπτυξη εμπειρικά βασισμένων θεωριών.

Στην πραγματικότητα, ωστόσο, η διάκριση μεταξύ των δύο αυτών ειδών έρευνας δεν είναι εύκολη. Οι ερευνητές που ακολουθούν τη διερευνητική έρευνα

⁹ Smith E. C. & Grawe K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285.

¹⁰ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

¹¹ Smith E. C. & Grawe K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285.

συχνά υιοθετούν πρότυπα κωδικοποίησης που προέρχονται από τη θεωρία, ακόμα κι αν ο σκοπός τους δεν είναι να ελέγξουν συγκεκριμένες θεωρητικές αρχές. Άλλοι ακόλουθοι αυτής της κατεύθυνσης έρευνας έχουν εξερευνήσει τις διαδικασίες συγκεκριμένων θεωρητικών προσανατολισμών, αλλά έχουν διατηρήσει μία στάση δεκτική στην ανακάλυψη του τι είναι παρόν στα υπάρχοντα δεδομένα παρά στον έλεγχο θεωρητικών αρχών¹².

Οι περισσότεροι σύγχρονοι ερευνητές συσχετίζουν επιπλέον τις μεταβλητές της διαδικασίας με το αποτέλεσμα, γεγονός που κάνει την έρευνα να έχει μεγαλύτερη συνάφεια και να είναι περισσότερο εύκολο να εφαρμοσθεί στην κλινική πρακτική. Το είδος του αποτελέσματος με το οποίο οι μεταβλητές της διαδικασίας θα πρέπει να συσχετίζονται βρίσκεται ακόμα υπό συζήτηση. Κάποιοι ερευνητές πιστεύουν ότι το άμεσο αποτέλεσμα (π.χ. αξιολογήσεις χρησιμότητας ενδό- συνεδριακών συμπεριφορών) θεωρείται κατάλληλη ένδειξη αποτελεσματικότητας, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ή τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι σε τελευταία ανάλυση η μόνη σχετική ένδειξη αποτελεσματικότητας¹³.

Η πιο συχνή κριτική που δέχεται η έρευνα της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας αφορά την αδυναμία της να παρέχει κατευθυντήριες γραμμές, που να έχουν κάποια πρακτική χρησιμότητα για τους επαγγελματίες. Η έρευνα κρίνεται ως απλοϊκή, απορροφημένη από την απομόνωση των θεραπευτικών επιδράσεων και τη διατύπωση παγκόσμιων αρχών, ενώ, αντίθετα, η ψυχοθεραπεία χαρακτηρίζεται από σύνθετες και εξατομικευμένες συσχετίσεις μεταξύ των φαινομένων που την αφορούν. Ένας βαθμός απλοποίησης, ωστόσο, θεωρείται σίγουρα αναγκαίος για να προσφέρει στους επαγγελματίες χρήσιμα εργαλεία. Οι θεωρίες που επικεντρώνονται σε γενικές αρχές μπορούν να συμβάλουν στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων πιο αποτελεσματικά σε σύγκριση με άλλες, υπερβολικά περίπλοκες θεωρίες. Παρ' όλ' αυτά, η κριτική αυτή πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, ως μία πρόκληση για τους ερευνητές να βελτιώσουν τη χρηστικότητα και να αυξήσουν την εγκυρότητα των θεωριών αλλαγής που προωθούν.

Εν τέλει, η φιλοσοφία που διαπνέει την ψυχοθεραπεία είναι ότι η τελευταία πρέπει να είναι προσανατολισμένη στην έρευνα. Κάτι τέτοιο σημαίνει ότι τα εμπειρικά δεδομένα από ένα όσο πιο ευρύ γίνεται θεωρητικό υπόβαθρο (συμπεριλαμβανομένων όλων των σχολών ψυχοθεραπείας, αλλά και της βασικής

¹² Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

¹³ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

ψυχολογίας) θα πρέπει να αποτελούν τη βάση για τη δημιουργία ενός συνθετικού πλαισίου για την ψυχοθεραπεία, το οποίο θα αναθεωρείται αενάως σύμφωνα με τα τελευταία εμπειρικά ευρήματα. Συμπερασματικά, όλες οι εμπειρικά και επιστημονικά εγκεκριμένες θεραπευτικές διαδικασίες μπορούν να χρησιμοποιούνται στη θεραπεία, στο σημείο, βέβαια, που η χρήση τους δικαιολογείται από τις ατομικές ανάγκες του πελάτη, με βάση τον οποίον διαμορφώνεται το θεραπευτικό σχέδιο¹⁴.

Μοντέλο διαδικασίας (process model)

Ο Martin (1984) περιγράφει ένα μοντέλο διαδικασίας, το οποίο συσχετίζει την αλλαγή του πελάτη με μία συνεχόμενη εναλλαγή των θεραπευτικών σκοπών και της συμπεριφοράς του θεραπευτή, της αντίληψης, της γνωστικής επεξεργασίας και της συμπεριφοράς του πελάτη. Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι αξιολογήσεις της αποτελεσματικότητας της θεραπείας σχετίζονται με τη σταθερότητα μεταξύ των διαφόρων τμημάτων της προαναφερθείσας αλληλουχίας¹⁵.

Οι Hill & O' Grady (1985) έχουν αναπτύξει ένα μοντέλο διαδικασίας, που περιγράφει την αλληλεπίδραση μεταξύ των συγκαλυμμένων και των φανερών συμπεριφορών των θεραπευτών και των πελατών κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Με άλλα λόγια, το μοντέλο αυτό περιγράφει τη θεραπευτική αλληλεπίδραση. Προϋπάρχουσες της θεραπείας μεταβλητές που αφορούν τους θεραπευτές και τους πελάτες, αλλά και μεταβλητές εντός της θεραπευτικής διαδικασίας καθορίζουν συνδυαστικά τι θα λάβει χώρα μία δεδομένη στιγμή εντός της θεραπείας. Κάθε δεδομένη στιγμή, ο θεραπευτής αντλεί στοιχεία από τη θεωρία, από διαγνωστικές διατυπώσεις και από κλινικές παρατηρήσεις του πελάτη για να αναπτύξει ένα σκοπό-σχέδιο που θα αφορά την επίδραση που ο θεραπευτής θέλει να ασκήσει πάνω στον πελάτη. Για να θέσει σε εφαρμογή το σχέδιο αυτό, ο θεραπευτής αποφασίζει να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένα πρότυπα απάντησης. Με τον όρο «πρότυπα απάντησης» αναφερόμαστε στις συγκεκριμένες λεκτικές και μη-λεκτικές παρεμβάσεις που ο θεραπευτής αποφασίζει να χρησιμοποιήσει. Βασιζόμενος στην αντίληψή του για την απάντηση του πελάτη, ο θεραπευτής διατυπώνει επιπρόσθετους

¹⁴ Smith E. C. & Grawe K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285.

¹⁵ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

σκοπούς και πρότυπα απάντησης, για να καλύψει τις νέες ανάγκες του πελάτη, προωθώντας με αυτόν τον τρόπο μία συνεχόμενα εξελισσόμενη διαδικασία.

Οι θεραπευτικοί σκοποί συσχετίζονται με τα θεραπευτικά πρότυπα απάντησης, αν και κάποιοι σκοποί μπορούν να επιτευχθούν μέσω περισσότερων του ενός προτύπων απάντησης και κάποια από τα πρότυπα απάντησης χρησιμοποιούνται για περισσότερους του ενός θεραπευτικούς σκοπούς. Ο συνδυασμός των θεραπευτικών σκοπών και προτύπων απάντησης παρέχουν την καλύτερη περιγραφή της συμπεριφοράς και των παρεμβάσεων του θεραπευτή, όταν αυτή χρησιμοποιείται για να προβλεφθεί η συμπεριφορά του πελάτη¹⁶.

Εν κατακλείδι, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν έχουν τα ίδια αποτελέσματα σε όλες τις καταστάσεις, γεγονός που επιτάσσει να μάθουμε περισσότερα για τις συνθήκες κάτω από τις οποίες διαφορετικά είδη παρεμβάσεων είναι αποτελεσματικά. Μία από τις σχετικές υποθέσεις (Hill, 1992) είναι ότι διαφορετικά ζεύγη θεραπευτικών σκοπών και προτύπων απάντησης των θεραπευτών οδηγούν σε διαφορετικά ζεύγη συμπεριφορών και αντιδράσεων των πελατών, ανάλογα με την «ταυτότητα» του θεραπευτή (θεωρητική κατεύθυνση, χαρακτηριστικά προσωπικότητας), την «ταυτότητα» του πελάτη (διάγνωση, πρωτογενές πρόβλημα, χαρακτηριστικά προσωπικότητας), καθώς και το πλαίσιο εντός του οποίου εκτυλίσσεται η θεραπεία (στάδιο θεραπείας, επίπεδο συμμετοχής πελάτη και θεραπευτή, θεραπευτική συμμαχία)¹⁷. Άμεσες μετρήσεις της θεραπευτικής διαδικασίας προϋποθέτουν να ληφθεί υπόψη μία τεράστια ποικιλία εκτιμώμενων διαστάσεων, έτσι ώστε αναμένεται μία εξίσου μεγάλη ποικιλία επιδράσεων. Η μέτρηση αυτών των επιδράσεων θα μπορούσε να συνεισφέρει στην κατανόηση των προφανώς πολύπλοκων αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας, μέσω της ποσοτικοποίησης συγκεκριμένων εσωτερικών όψεων της διαδικασίας αλλαγής¹⁸.

Οι Smith & Grawe (2003) μελετούν, σε σχέση πάντα με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, α) τους πόρους του πελάτη, την ποιότητα, δηλαδή της θεραπευτικής συμμαχίας, συμπεριλαμβανομένης και της συνεισφοράς του θεραπευτή στη συμμαχία αυτή, β) τους πόρους που αφορούν τη συμμετοχή του πελάτη στη θεραπεία (όπως η ανταπόκριση του πελάτη στις θεραπευτικές

¹⁶ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

¹⁷ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

¹⁸ Stiles W.B., Reynolds, S., Hardy, G.E., Rees, A., Barkham, M. & Shapiro, D.A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impact Scale. *Journal of Counselling Psychology*, 41(2), 175-185.

παρεμβάσεις και η κινητοποίηση να διαδραματίσει ενεργό ρόλο στη θεραπεία) και γ) τις γενικές δυνάμεις του πελάτη, οι οποίες είναι ανεξάρτητες από τη θεραπεία (όπως θετικοί στόχοι ή θετικές δεξιότητες και υποστηρικτικές διαπροσωπικές σχέσεις). Οι προαναφερθέντες παράγοντες εκτιμώνται τόσο στο βαθμό που συζητούνται ρητά στη θεραπεία όσο και στο βαθμό που λαμβάνουν χώρα και εκτυλίσσονται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Επιπλέον, μελετώνται δ) τα προβλήματα του πελάτη, που περιλαμβάνουν τις συμπεριφορές και τα κίνητρα που σχετίζονται με τις διαταραχές και τα ελλείμματα του πελάτη, ε) τα διαπροσωπικά προβλήματα και στ) τα προβλήματα στη θεραπευτική σχέση. Το μοντέλο που ανέπτυξαν περιγράφεται παρακάτω.

Η ανταπόκριση του πελάτη στις θεραπευτικές παρεμβάσεις αποτελεί τον καλύτερο παράγοντα πρόβλεψης για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Αν οι προτεινόμενες θεραπευτικές διαδικασίες προσαρμόζονται στις ατομικές δεξιότητες και δυνάμεις του πελάτη, έτσι ώστε αυτός να μπορεί να συμμετέχει ενεργά, τότε η πιθανότητα να βιώσει τη συνεδρία ως παραγωγική είναι πολύ υψηλότερη απ' ό, τι αν αισθανόταν ανίκανος να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις προσφερόμενες παρεμβάσεις. Οι πελάτες, δηλαδή, αντλούν περισσότερη ικανοποίηση και κέρδος από εκείνες τις συνεδρίες στις οποίες μπορούν να συμμετέχουν ενεργητικά.

Ο αμέσως επόμενος παράγοντας πρόβλεψης της αποτελεσματικότητας της συνεδρίας είναι η έμφαση που δίνεται στην επίλυση του προβλήματος: αν η έμφαση είναι στραμμένη στη διερεύνηση των τρόπων με τους οποίους η αλλαγή του πελάτη θα επιλύσει το πρόβλημα, ο πελάτης είναι περισσότερο πιθανό να εκλάβει τη συνεδρία ως παραγωγική. Αντίθετα, αν η έμφαση δίνεται στην περιγραφή και την ανάλυση της προβληματικής κατάστασης, ο πελάτης είναι λιγότερο πιθανό να εκλάβει τη συνεδρία ως παραγωγική. Στη δεύτερη περίπτωση, η αποτελεσματικότητα της συνεδρίας μειώνεται κι άλλο αν ο πελάτης δεν είναι κινητοποιημένος γι' αυτό το καθήκον, την ανάλυση, δηλαδή, του προβλήματος. Αν με τη θεραπεία γίνονται τα πρώτα βήματα προς την αλλαγή, τότε είναι σημαντικό οι πελάτες να είναι ταυτόχρονα ενήμεροι για τους θετικούς στόχους που έχουν δρομολογηθεί. Αν, όμως, η έμφαση δίνεται σε αλλαγές που έχουν ήδη δρομολογηθεί, οπότε και τα προβλήματα δεν είναι πλέον ενεργοποιημένα σε μεγάλο βαθμό, τότε ο πελάτης θα βιώσει τη συνεδρία ως περισσότερο παραγωγική.

Αν ο πελάτης δεν είναι ικανός ή είναι μέτρια ικανός να ανταποκριθεί καλά στις προσφερόμενες παρεμβάσεις, η συνεδρία μπορεί ακόμα να εκληφθεί ως παραγωγική, αρκεί να τεθούν ως θέμα συζήτησης οι δεξιότητες του πελάτη. Αν ο

τελευταίος αισθάνεται υποστηριγμένος και επιβεβαιωμένος ως προ τις δεξιότητές του, οι δυσκολίες με τη θεραπευτική διαδικασία θα είναι λιγότερο επιζήμιες στο βίωμα της συνεδρίας, των οποίων η παραγωγικότητα θα κριθεί από το βαθμό στον οποίο οι αλλαγές έχουν ήδη δρομολογηθεί. Αν, ωστόσο, δεν αναγνωρίζονται ρητά οι ικανότητες του πελάτη, το βίωμα της συνεδρίας ως παραγωγικής μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω ενός πολύ καλού θεραπευτικού δεσμού. Κάτω από τέτοιες συνθήκες, η δουλειά που γίνεται πάνω στις προβληματικές διαπροσωπικές συμπεριφορές μπορεί να φέρει θετικά αποτελέσματα, αλλά η πλειοψηφία των συνεδριών εκλαμβάνεται ως μη- παραγωγική. Συμπερασματικά, ως περισσότερο παραγωγικές κρίνονται οι συνεδρίες όπου οι πελάτες ανταποκρίνονται καλά σε παρεμβάσεις προσανατολισμένες προς την αλλαγή του προβλήματος, ενώ ως λιγότερο παραγωγικές κρίνονται οι συνεδρίες όπου οι πελάτες δεν ανταποκρίνονται σε μεγάλο βαθμό σε παρεμβάσεις που χαρακτηρίζονται από ασθενή θεραπευτικό δεσμό και από χαμηλή αναγνώριση των προσωπικών ικανοτήτων του πελάτη.

Ο καλύτερος παράγοντας πρόβλεψης για την αύξηση της ανταπόκρισης τους πελάτη στις παρεμβάσεις είναι η αντιλαμβανόμενη ικανότητα του θεραπευτή. Αν ο θεραπευτής δίνει την εντύπωση ότι είναι ένας ικανός επαγγελματίας, είναι περισσότερο πιθανό ότι ο πελάτης θα ανταποκριθεί καλά στις προσφερόμενες παρεμβάσεις, απ' ό, τι αν ο θεραπευτής φαίνεται αβέβαιος και ανίκανος να προσαρμόσει τη θεραπευτική διαδικασία στις άμεσες ανάγκες του πελάτη. Αν ο θεραπευτής φαίνεται ικανός, ένας καλός θεραπευτικός δεσμός και ένα υψηλό επίπεδο κινητοποίησης του πελάτη να συμμετάσχει ενεργητικά στη θεραπεία αυξάνουν περαιτέρω την πιθανότητα να ανταποκριθεί καλά ο πελάτης στις παρεμβάσεις. Ένας σε μεγάλο βαθμό κινητοποιημένος πελάτης θα ανταποκριθεί καλά στις παρεμβάσεις, ακόμα κι αν ο θεραπευτής φαίνεται λιγότερο ικανός. Για λιγότερο κινητοποιημένους ασθενείς, η ενεργοποίηση του προβλήματος και η προσπάθεια να δουλευτεί η προβληματική συμπεριφορά καθιστούν την ανταπόκριση στις θεραπευτικές παρεμβάσεις ακόμα πιο δύσκολη, ενώ αντίθετα αν δοθεί έμφαση στους διαπροσωπικούς πόρους του πελάτη, συμπεριλαμβανομένου του θεραπευτικού δεσμού, η ανταπόκριση του πελάτη μπορεί να διευκολυνθεί. Συμπερασματικά, μία καλή ανταπόκριση βασίζεται στο συνδυασμό ενός πολύ ικανού θεραπευτή, ενός καλού θεραπευτικού δεσμού και ενός σε μεγάλο βαθμό κινητοποιημένου πελάτη. Αντίθετα, κακή ανταπόκριση στις παρεμβάσεις παρατηρείται όταν και η ικανότητα του θεραπευτή και η κινητοποίηση του πελάτη είναι χαμηλές και παρ' όλ' αυτά γίνονται προσπάθειες να δουλευτεί η προβληματική συμπεριφορά.

Ο καλύτερος παράγοντας πρόβλεψης για την προώθηση της κινητοποίησης του πελάτη να συμμετέχει ενεργητικά στη θεραπεία είναι η δουλειά πάνω στα προβληματικά πρότυπα της θεραπευτικής σχέσης. Αν οι προβληματικοί στόχοι ή συγκρούσεις, που εκδηλώνονται εντός της θεραπευτικής σχέσης, αντιμετωπιστούν εντός της συνεδρίας, τότε ο πελάτης είναι λιγότερο πιθανό να κινητοποιηθεί να συμμετέχει ενεργά. Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχουν προβλήματα στη θεραπευτική σχέση, είναι οι πόροι του πελάτη (τόσο οι θετικοί στόχοι του όσο και οι δεξιότητές του) και η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης που ευνοούν την πρόβλεψη υψηλής κινητοποίησης του πελάτη. Η συζήτηση των συγκρούσεων που αφορούν τη θεραπευτική σχέση δεν οδηγεί αναγκαστικά σε χαμηλή κινητοποίηση του πελάτη, αρκεί ο πελάτης να νιώθει ικανός να ανταποκριθεί καλά στις παρεμβάσεις. Η ύπαρξη ενός καλού θεραπευτικού δεσμού, παρά την ύπαρξη προβλημάτων, μπορεί να προωθήσει περαιτέρω την κινητοποίηση του πελάτη. Συμπερασματικά, ο καλύτερος παράγοντας πρόβλεψης για την κινητοποίηση του πελάτη είναι ο συνδυασμός μίας καλής θεραπευτικής συμμαχίας και της συζήτησης των θετικών στόχων από τον πελάτη, χωρίς την ύπαρξη προβληματικών προτύπων εντός της θεραπευτικής σχέσης που να χρίζουν αντιμετώπισης. Αντιθέτως, η κινητοποίηση του πελάτη βάλλεται από προβληματικές συγκρούσεις και πρότυπα που εκδηλώνονται στη θεραπευτική σχέση και τα οποία συζητούνται χωρίς ο πελάτης να μπορεί να ανταποκριθεί καλά στις παρεμβάσεις¹⁹.

Στη συνέχεια θα γίνει επιμέρους αναφορά στα στοιχεία εκείνα της θεραπευτικής διαδικασίας, τα οποία –συνεργατικά- καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας. Όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως, κάποιοι ερευνητές πιστεύουν ότι το άμεσο αποτέλεσμα (π.χ. αξιολογήσεις χρησιμότητας ενδό- συνεδριακών συμπεριφορών) θεωρείται κατάλληλη ένδειξη αποτελεσματικότητας, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ή τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι σε τελευταία ανάλυση η μόνη σχετική ένδειξη αποτελεσματικότητας²⁰.

Λόγω της φύσης του ερευνητικού σχεδίου της παρούσης εργασίας, θα επικεντρωθούμε σε βιβλιογραφικά στοιχεία που αφορούν την ατομική και όχι την ομαδική ή οικογενειακή θεραπεία.

¹⁹ Smith E. C. & Grawe K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285.

²⁰ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

Θεραπευτικοί σκοποί (therapist intentions)

Οι θεραπευτικοί σκοποί αποτελούν την αιτιολογία του θεραπευτή για την επιλογή μίας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, προτύπου απάντησης, τεχνικής ή παρέμβασης, ώστε να τη χρησιμοποιήσει με κάποιον πελάτη κάποια στιγμή εντός της συνεδρίας. Σε γενικές γραμμές, οι θεραπευτικοί σκοποί αντιπροσωπεύουν τους βαθύτερους στόχους και στρατηγικές που έχουν θέσει οι θεραπευτές για τις παρεμβάσεις τους.

Η Therapist Intentions List (Hill & O' Grady, 1985; Hill, Helms, Tichenor et al., 1988) αποτελεί το μέσο μέτρησης των θεραπευτικών σκοπών, το οποίο μπορεί να εφαρμοστεί σε θεραπευτές από ένα μεγάλο εύρος θεωρητικών κατευθύνσεων, όπως επίσης και σε επόπτες και συμβούλους καριέρας.

Οι πελάτες και άλλοι εξωτερικοί κριτές δεν είναι ακριβείς στον προσδιορισμό των θεραπευτικών σκοπών, καθότι οι σκοποί -ως σκέψεις- εκ των πραγμάτων δεν είναι άμεσα παρατηρήσιμοι, δε σχετίζονται, δηλαδή, άμεσα με τα πρότυπα απάντησης των θεραπευτών. Δεν είναι, συνεπώς, δυνατό να υποθέσει κανείς τους θεραπευτικούς σκοπούς από την παρατήρηση και μόνο της συμπεριφοράς του θεραπευτή.

Πολλές μελέτες έχουν βρει ότι η ενημερότητα του πελάτη για τους θεραπευτικούς σκοπούς δε σχετίζεται ή σχετίζεται αρνητικά με το αποτέλεσμα. Η αιτιολογία αυτού του απρόβλεπτου ευρήματος δεν είναι ακόμα γνωστή, αλλά ίσως όταν οι πελάτες προσπαθούν να καταλάβουν τι πράττουν οι θεραπευτές, δε συμμετέχουν ενεργά στα δικά τους καθήκοντα εντός της θεραπείας. Εναλλακτικά, οι πελάτες μπορεί να μη χρειάζονται να είναι ενήμεροι για τους θεραπευτικούς σκοπούς για συγκεκριμένες παρεμβάσεις, αλλά μπορεί να χρειάζονται να γνωρίζουν τους γενικούς στόχους του θεραπευτή για την πορεία και την έκβαση της θεραπείας.

Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα που συνδέουν τη μεταβίβαση, και δη την αρνητική, με τους θεραπευτικούς σκοπούς. Η ύπαρξη αρνητικής μεταβίβασης δίνει σινιάλο στο θεραπευτή να διευκολύνει την εξερεύνηση των πράξεων και των συναισθημάτων του πελάτη και του τρόπου με τον οποίο αυτός συνδέεται με το θεραπευτή, καθώς και να αποφύγει να χρησιμοποιήσει κατευθυντικές τεχνικές και τεχνικές αναδόμησης. Ίσως να πρέπει να επιλυθεί πρώτα το πρόβλημα της αρνητικής μεταβίβασης πριν οι πελάτες καταστούν δεκτικοί σε κατευθυντικές τεχνικές.

Θεραπευτικές τεχνικές (therapist techniques)

Οι θεραπευτικές τεχνικές θεωρούνται γενικά σημαντικές στη θεραπευτική προσπάθεια, με μεγάλο μέρος της εκπαίδευσης των νέων θεραπευτών να αφιερώνεται στην εκμάθηση της ορθής χρήσης τους. Σημαντικό ποσοστό της έρευνας διαδικασίας έχει επικεντρωθεί στη μελέτη των θεραπευτικών τεχνικών.

Τα πρώτα συστήματα κατηγοριοποίησης των θεραπευτικών τεχνικών αναπτύχθηκαν από τους Porter (1943), Robinson (1950), Snyder (1945) και Strupp (1955). Σε αυτά τα συστήματα, οι θεραπευτικές τεχνικές χειρίστηκαν ως λεκτικά πρότυπα απάντησης, ονομαστικές, δηλαδή, κατηγορίες που αναφέρονται στη γραμματική δομή της λεκτικής απάντησης του θεραπευτή, ανεξαρτήτως του θέματος ή του περιεχομένου του λόγου του^{21, 22}.

Η επόμενη γενιά μέσων μετρήσεων συμπεριελάμβανε αξιολογήσεις των διευκολυντικών συνθηκών του Rogers (π.χ. ενσυναίσθηση; Truax & Carkhuff, 1967 στο Hill, 1990). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, αν και αρχικά το πεδίο αυτό φάνταζε προσοδοφόρο, εγκαταλείφτηκε γρήγορα, καθότι πολλοί ερευνητές υπέδειξαν μεθοδολογικά ελλείμματα στα μέσα μέτρησης και παρέθεσαν αποδείξεις ότι οι διευκολυντικές συνθήκες έμοιαζαν να είναι εφαρμόσιμες κυρίως και πρωτίστως στην πελατοκεντρική θεραπεία.

Η αμέσως επόμενη και σύγχρονη γενιά μέσων μέτρησης έχει επιστρέψει στην πρώιμη μέθοδο χειρισμού των θεραπευτικών τεχνικών ως ονομαστικών κατηγοριών προτύπων απάντησης και έχουν καλύτερες ψυχομετρικές ιδιότητες (Elliot, 1985; Friedlander, 1982; Hill, 1986; Stiles, 1979 στο Hill, 1990). Παρά το γεγονός ότι κάθε μέσο μέτρησης χρησιμοποιεί διαφορετικούς ορισμούς και διαφορετικές ονομασίες, οι Elliot, Hill, Stiles, Friedlander, Mahrer & Margison, (1987) βρήκαν σημαντική σύγκλιση αν άμεσα σε έξι μέσα μέτρησης για έξι πρωταρχικά πρότυπα απάντησης: ερώτηση, πληροφορία, συμβουλή, αντανάκλαση, ερμηνεία και αυτό- αποκάλυψη. Ένα γνωστό σύστημα μέτρησης των θεραπευτικών τεχνικών είναι το Hill Counselor Verbal Response Category System (HCVRCS, Hill, 1985).

²¹ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

²²Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

Διάφοροι ερευνητές έχουν υποδείξει ότι θεραπευτές από διαφορετικές θεωρητικές κατευθύνσεις χρησιμοποιούν πρότυπα απάντησης, που είναι σύμφωνα με τις απόψεις τους σχετικά με το ποιες θεραπευτικές τεχνικές είναι κατάλληλες. Έχει βρεθεί ότι οι θεραπευτές όχι μόνο χρησιμοποιούν διαφορετικές ποσότητες προτύπων απάντησης, αλλά και ότι τις χρησιμοποιούν σε διακριτές συνέχειες²³.

Χαρακτηριστική του φαινομένου αυτού είναι η έρευνα των Hill, Thames & Rardin (1979), όπου ελέγχθηκε ένα κατηγορικό σύστημα μέτρησης της λεκτικής ανταπόκρισης των θεραπειών, το Hill Counselor Verbal Response Category System (Hill, 1978). Στην αναθεωρημένη μορφή του το σύστημα αυτό αποτελείται από 14 ονομαστικές, αμοιβαία αποκλειόμενες κατηγορίες για τον προσδιορισμό της λεκτικής συμπεριφοράς των θεραπειών. Οι 14 κατηγορίες που μελετώνται είναι οι εξής: στοιχειώδης ενθάρρυνση, επιδοκμασία- επιβεβαίωση, πληροφορίες, άμεση καθοδήγηση, κλειστή ερώτηση, ανοιχτή ερώτηση, περίφραση, αντανάκλαση, ερμηνεία, μη- λεκτικές αναφορές, αντιμετώπιση κατά πρόσωπο, αυτό-αποκάλυψη, σιωπή και άλλο. Το σύστημα της Hill χρησιμοποιήθηκε για να αναλυθούν οι απομαγνητοφωνήσεις των βιντεοσκοπημένων συνεδριών των Rogers, Perls και Ellis, σε καθένα από τους οποίους είχε ανατεθεί η συμβουλευτική της ίδιας πελάτισσας, της Gloria. Οι Rogers, Perls και Ellis βρέθηκε ότι διέφεραν στη λεκτική τους συμπεριφορά και ότι οι διαφορές μεταξύ τους αντιστοιχούν στις θεωρητικές τους θέσεις.

Συγκεκριμένα, η θεωρία του Rogers υποστηρίζει ότι αν ο σύμβουλος μπορέσει να επικοινωνήσει στον πελάτη ένα ελάχιστο βαθμό αυθεντικότητας, ενσυναίσθησης και ενδιαφέροντος, ο πελάτης θα καταστεί περισσότερο ενήμερος για τα εσωτερικά του βιώματα και θα καταφέρει να κινηθεί προς θετικές αλλαγές. Η βαθύτερη φιλοσοφία είναι πελατοκεντρική και ο σύμβουλος τείνει να αποφεύγει τις αξιολογήσεις, τις ερμηνείες, τις ερωτήσεις, την επιβεβαίωση την κριτική, την επιδοκμασία ή την περιγραφή (Meador & Rogers, 1973, p. 129 στο Hill, 1979). Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν τις θεωρητικές επιταγές του Rogers, καθότι ο ίδιος χρησιμοποιούσε κυρίως στοιχειώδη ενθάρρυνση (53%), περιφράσεις (11%) και αντανάκλασεις (7%), αν και χρησιμοποιούσε, επίσης, και ερμηνείες (7%) και πληροφορίες (7%). Σε γενικές γραμμές ο Rogers χρησιμοποιούσε σχετικά λίγες από τις κατηγορίες, ενώ έκανε πολύ μεγάλη χρήση στοιχειώδους ενθάρρυνσης, ιδιαίτερα στην αρχή και το τέλος της συνεδρίας. Χρησιμοποιούσε την περίφραση

²³ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

περισσότερο κατά το μέσο της συνεδρίας. Το στυλ του φαίνεται να βασίζεται στην ενθάρρυνση του πελάτη να μιλήσει.

Η θεωρία Gestalt του Perls (Kempner, 1973 στο Hill, 1979) βασίζεται σε δύο πρωταρχικές σημασίας διαδικασίες στη συμβουλευτική: τη συνειδητοποίηση του βιώματος «εδώ-και- τώρα» και τη λύση των ασυμφωνιών και των πολώσεων. Τα αποτελέσματα της έρευνας αντανακλούν αυτές τις διαδικασίες, καθώς ο Perls ήταν μοναδικός τόσο στη χρήση μη- λεκτικών αναφορών (5%) όσο και στη χρήση των αντιμετώπιση κατά πρόσωπο (6%), έχοντας ως σκοπό να επικεντρωθεί η Gloria στο βίωμα της στιγμής και να συνειδητοποιήσει τις ασυμφωνίες στη συμπεριφορά της. Επιπλέον, χρησιμοποιούσε άμεση καθοδήγηση (19%), ερμηνείες (12%) και πληροφορίες (12%), στοιχειώδεις ενθαρρύνσεις (8%), κλειστές ερωτήσεις (6%) και επιδοκμασία- επιβεβαίωση (5%). Το ρεπερτόριο των θεραπευτικών τεχνικών που χρησιμοποιούσε ήταν πιο ευρύ από αυτό των άλλων δύο συμβούλων και δε βασιζόταν αποκλειστικά σε κανένα είδος απάντησης- τεχνικής.

Η θεωρία του Ellis (Ellis, 1973 στο Hill, 1979) υποστηρίζει ότι οι συμπεριφορικές διαταραχές απορρέουν από το παράλογο σύστημα πεποιθήσεων του ατόμου. Η συμβουλευτική συνίσταται σε μία επανεκπαίδευση του ατόμου, θέτοντας σε αμφισβήτηση αυτές τις παράλογες απόψεις και αντικαθιστώντας τις με νέες, πιο λογικές σκέψεις και πεποιθήσεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας υπέδειξαν ότι ο Ellis χρησιμοποιούσε κυρίως παράθεση πληροφοριών (30%), άμεση καθοδήγηση (21%), στοιχειώδεις ενθαρρύνσεις (14%) και ερμηνείες (12%), στοιχεία που βρίσκονται σε συμφωνία με τον αμφισβητητικό χαρακτήρα και τις εκπαιδευτικές όψεις της θεωρίας του. Ήταν υπερβολικά δραστήριος σε σχέση με τους Perls και Rogers, γεγονός που αντανακλά την εκπαιδευτική παρά τη διερευνητική του στάση απέναντι στη συμβουλευτική²⁴.

Πολλές πρόσφατες μελέτες έχουν εξετάσει τις επιδράσεις των διαφόρων προτύπων απάντησης στο άμεσο αποτέλεσμα εντός της συνεδρίας, χρησιμοποιώντας δομημένες τεχνικές ανάκλησης. Οι πελάτες αξιολόγησαν την ερμηνεία, την αυτό-αποκάλυψη, την επιδοκμασία και την παράφραση ως αρκετά βοηθητικές. Οι ανοιχτές ερωτήσεις, η παροχή πληροφοριών και η αντιμετώπιση κατά πρόσωπο εκλήφθηκαν ως μετρίως βοηθητικές. Τέλος, οι κλειστές ερωτήσεις και η άμεση καθοδήγηση θεωρήθηκαν τα λιγότερο βοηθητικά πρότυπα απάντησης.

²⁴ Hill, C. E., Thames, T. B. & Rardin, D. K. (1979). Comparison of Rogers, Perls and Ellis on the Hill Counselor Verbal Response Category System. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 198-203.

Κάποιες έρευνες βρήκαν ότι οι πελάτες αξιολογούν την αυτό- αποκάλυψη ως το πιο βοηθητικό πρότυπο απάντησης και αυτό που τους παρείχε το μεγαλύτερο βαθμό εμπειρίας της διαδικασίας. Οι πελάτες αξιολόγησαν τις καθησυχαστικές αποκαλύψεις ως περισσότερο βοηθητικές από τις προκλητικές αποκαλύψεις. Δεν έχουν βρεθεί, όμως, διαφορές μεταξύ αποκαλύψεων του «εδώ και τώρα» (self-involving disclosures) και αποκαλύψεων του «εκεί και τότε» (self-disclosing disclosures). Η αυτό- αποκάλυψη διακρίνεται περαιτέρω στις εξής κατηγορίες: άμεση καθησυχαστική (immediate reassuring), άμεση προκλητική (immediate challenging), αποκάλυψη στοιχείων (disclosing facts), αποκάλυψη ομοιοτήτων (disclosing similarities), αποκάλυψη συναισθημάτων (disclosing feelings) και αποκάλυψη στρατηγικών (disclosing strategies).

Όσον αφορά την ερμηνεία, είναι γενικά παραδεκτό ότι έχουν βαρύνουσα σημασία οι χρονικές συγκυρίες και τα πρότυπα χρήσης της. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για την αντιμετώπιση κατά πρόσωπο²⁵. Πλήθος ερευνών υποδεικνύουν ότι το μόνο πρότυπο απάντησης το οποίο έχει αποδειχθεί ότι είναι πάντα αποτελεσματικό είναι η ερμηνεία.

Η επίδραση και η αποτελεσματικότητα των προτύπων απάντησης έχουν περιγραφεί και σε σχέση με το επίπεδο εμπειρίας του πελάτη (client experiencing). Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι πιο βοηθητικές θεραπευτικές παρεμβάσεις σε πελάτες με χαμηλό επίπεδο εμπειρίας είναι η εξερεύνηση των συναισθημάτων του πελάτη εκ μέρους του θεραπευτή, οι προσπάθειες για αλλαγή, η εκπαίδευση, οι ανοιχτές ερωτήσεις και η παροχή πληροφοριών μέσω άμεσης καθοδήγησης. Για πελάτες με μέτριο επίπεδο εμπειρίας, σχεδόν όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις ήταν ισότιμα αποτελεσματικές, έτσι ώστε οι πελάτες μπορούσαν να αξιοποιήσουν τις περισσότερες από αυτές. Δεν έχει μελετηθεί η αλληλεπίδραση προτύπων απάντησης και υψηλού επιπέδου εμπειρίας, καθώς τα δεδομένα που προσφέρει η μέχρι τώρα έρευνα για πελάτες αυτού του επιπέδου εμπειρίας είναι πολύ λίγα για να αναλυθούν.

Τα πρότυπα απάντησης έχουν επίσης συσχετιστεί με τη συμπτωματολογία του πελάτη πριν από την έναρξη της θεραπείας, καθώς και με τα αποτελέσματα των συνεδριών και της θεραπείας. Οι θεραπευτές χρησιμοποιούν περισσότερες κλειστές ερωτήσεις και αντιπαράσταση με περισσότερο καταθλιπτικούς πελάτες και λιγότερο

²⁵ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

παράφραση με περισσότερο αγχωμένους πελάτες²⁶. Εκπαιδευόμενοι θεραπευτές χρησιμοποιούν περισσότερο την παροχή πληροφοριών με πελάτες που παρουσιάζουν ενδοπροσωπικά προβλήματα, ενώ χρησιμοποιούν περισσότερο την αντανάκλαση με πελάτες που παρουσιάζουν διαπροσωπικά προβλήματα²⁷. Η ερμηνεία συσχετίζεται θετικά με το εκτιμώμενο από τους πελάτες Βάθος (το οποίο θεωρείται, όπως έχουμε αναφέρει προηγουμένως, ένα στοιχείο της ποιότητας της συνεδρίας), ενώ οι πληροφορίες συσχετίζονται αρνητικά με το εκτιμώμενο από τους πελάτες Βάθος. Η αντιμετώπιση κατά πρόσωπο συσχετίζεται αρνητικά με το εκτιμώμενο από τους θεραπευτές Βάθος. Όσον αφορά τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της θεραπείας, οι ανοιχτές ερωτήσεις και η παράφραση σχετίζονται με θετικές αλλαγές, ενώ η επιδοκιμασία σχετίζεται αρνητικά με τις αλλαγές.

Οι ατομικές διαφορές μεταξύ των πελατών εξηγούν το μεγαλύτερο μέρος των διαφορών που παρατηρούνται ως προς το άμεσο αποτέλεσμα. Γενικά, η ερμηνεία και η επιδοκιμασία θεωρούνται αποτελεσματικές τεχνικές. Άλλες τεχνικές αποδεικνύονται αποτελεσματικές για κάποιους πελάτες αλλά όχι για όλους. Π.χ. πελάτες με εξαρτητικές προσωπικότητες αξιολόγησαν την άμεση καθοδήγηση και την παροχή πληροφοριών ως βοηθητικές τεχνικές, αλλά όχι και την αντιμετώπιση κατά πρόσωπο. Ευάλωτοι πελάτες με συναισθήματα φόβου αξιολόγησαν τις ανοιχτές ερωτήσεις και την αντιμετώπιση κατά πρόσωπο ως βοηθητικές τεχνικές αλλά και απειλητικές ταυτόχρονα. Μία επαρκής θεραπευτική συμμαχία φαίνεται να είναι απαραίτητη σε όλες τις περιπτώσεις για να μπορέσουν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις να γίνουν δεκτές και να αξιοποιηθούν από τους πελάτες.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι η ερμηνεία εκ μέρους του θεραπευτή σχετίζεται με μειωμένο βαθμό περιγραφής του προβλήματος από τον πελάτη, αλλά και με αυξημένο επίπεδο ενόρασης και βιώματος. Άλλα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι πελάτες αξιολογούν τους συμβούλους ως περισσότερο ενσυναισθητικούς και με κατανόηση, όταν χρησιμοποιούν περισσότερο την εξερεύνηση (ορίζεται ως η ενδιάμεση κατάσταση ανάμεσα στην αντανάκλαση και την ερμηνεία) και λιγότερες συμβουλές, ενώ οι σύμβουλοι αξιολογούν τους εαυτούς τους περισσότερο ενσυναισθητικούς, όταν χρησιμοποιούν περισσότερο την εξερεύνηση και λιγότερες

²⁶ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

²⁷ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

επιβεβαιώσεις²⁸. Η άμεση καθοδήγηση οδηγούσε σε γέλιο εκ μέρους του πελάτη πολύ πιο συχνά απ' ό, τι τα υπόλοιπα πρότυπα απάντησης²⁹.

Αν και τα παραπάνω ευρήματα φαίνονται ενθαρρυντικά, τα πρότυπα απάντησης συμβάλλουν κατά ένα μικρό μόνο ποσοστό στο άμεσο αποτέλεσμα. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι η συνδρομή τους στο άμεσο αποτέλεσμα αντιστοιχεί στο 1%, ενώ η συνδρομή των ατομικών διαφορών μεταξύ των διαφόρων περιπτώσεων στο άμεσο αποτέλεσμα εντός της συνεδρίας υπολογίζεται περίπου στο 40%. Ένα επιπλέον εύρημα είναι ότι οι θεραπευτικοί σκοποί και η εμπειρία του πελάτη που προηγείται της θεραπευτικής παρέμβασης συμβάλλουν περισσότερο στο άμεσο αποτέλεσμα απ' ό, τι τα πρότυπα απάντησης. Τέλος, η προσωπικότητα του πελάτη, η θεωρητική κατεύθυνση και η προσωπικότητα του θεραπευτή, μία επαρκής θεραπευτική σχέση- συμμαχία και γεγονότα που διαδραματίζονται εκτός της θεραπείας επηρεάζουν το αν ή κατά πόσο οι πελάτες θα αφομοιώσουν τις αλλαγές που έχουν ξεκινήσει στη θεραπεία. Συνεπώς, τα πρότυπα απάντησης θεωρούνται ένα μόνο στοιχείο των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Το πλαίσιο φαίνεται να είναι εξαιρετικά σημαντικό στον καθορισμό των επιδράσεων των θεραπευτικών παρεμβάσεων³⁰.

Διαφορές ως προς τη χρήση των προτύπων απάντησης έχουν βρεθεί ανάλογα με το βαθμό εκπαίδευσης και κατάρτισης των θεραπευτών, αν και τα αποτελέσματα των διαφόρων ερευνών δε συμφωνούν μεταξύ τους. Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι με το πέρασμα του χρόνου και την επίδραση της εκπαίδευσης αυξάνεται η παροχή πληροφοριών, ανοιχτών ερωτήσεων, αντιμετώπισης κατά πρόσωπο και παραφράσεων, ενώ μειώνεται η χρήση της ερμηνείας. Άλλες έρευνες βρήκαν ότι με το πέρασμα του χρόνου στους συμβούλους μειώθηκαν οι σκοποί αξιολόγησης και η χρήση ερωτήσεων, ενώ αυξήθηκαν οι σκοποί εξερεύνησης και η χρήση στοιχειώδους ενθάρρυνσης. Οι διαφορές αυτές μεταξύ των ερευνών ενδεχομένως να οφείλονται στις διαφορές του περιεχομένου των εκπαιδευτικών προγραμμάτων³¹.

²⁸ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

²⁹ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

³⁰ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

³¹ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

Μία διαφορετική ερευνητική τάση είναι η έμφαση στην εκπαίδευση των θεραπευτών, στο βαθμό που συγκεκριμένες δεξιότητές τους φαίνεται να διευκολύνουν την εξερεύνηση των συναισθημάτων εκ μέρους του πελάτη.

Η στοιχειώδης ενθάρρυνση (μικρά, δηλαδή, λεκτικά ερεθίσματα, όπως «μμ», «συνέχισε», «καταλαβαίνω») όταν εφαρμόζεται τυχαία αμέσως μετά την έκφραση συναισθημάτων εκ μέρους του πελάτη, έχει βρεθεί ότι ενισχύει αποτελεσματικά τη συμπεριφορά αυτή του πελάτη. Αν και αυτές οι στοιχειώδεις ενθαρρύνσεις εμφανίζονται κατά τη διάρκεια των συνεδριών, δεν είναι αντιπροσωπευτικές, ωστόσο, όλων των προτύπων απάντησης ενός συμβούλου.

Άλλες μελέτες έχουν βρει αλληλοσυγκρουόμενα αποτελέσματα σχετικά με τις επιδράσεις περισσότερο πολύπλοκων, και κάθε άλλο παρά τυχαίων δηλώσεων του θεραπευτή, εκ των οποίων αυτά που συναντώνται περισσότερο είναι η αντανάκλαση, οι παραφράσεις και οι ερωτήσεις. Έρευνες που μελετούσαν την τεχνική της αντανάκλασης βρήκαν αυξήσεις στην έκφραση συναισθημάτων εκ μέρους των πελατών, ενώ άλλες μελέτες δε βρήκαν τέτοιες μετρήσεις. Τα ίδια αντιφατικά αποτελέσματα έχουν σημειωθεί και για τις αναδιατυπώσεις (παραφράσεις, δηλαδή, του περιεχομένου). Όσον αφορά τις ερωτήσεις, δεν έχει αποδειχθεί η ανωτερότητά τους ως προς τις αντανάκλασεις, την αντιπαράσταση ή άλλα πρότυπα απάντησης του συμβούλου.

Και τα τρία προαναφερθέντα λεκτικά πρότυπα απάντησης επικεντρώνουν στο περιεχόμενο των λεγόμενων του πελάτη, αλλά διαφέρουν ως προς το αν ο σύμβουλος αντανάκλασε τα συναισθήματα του πελάτη (αντανάκλαση), ρωτούσε τι νιώθει ο πελάτης (ερώτηση) ή παρέλειπε οποιαδήποτε αναφορά στο συναίσθημα (παραφράση).

Ένας άλλος τομέας ενδιαφέροντος είναι η μελέτη της μη- λεκτικής συμπεριφοράς του θεραπευτή. Σε ορισμένες λεκτικές καταστάσεις, οι θεραπευτές μπορεί να βασίζονται ακούσια στη μη- λεκτική συμπεριφορά τους, για να συμπληρώσουν τη λεκτική συμπεριφορά τους. Η έρευνα υποδεικνύει ότι οι μη- λεκτικές μεταβλητές, όπως οι κινήσεις του κεφαλιού, τα χαμόγελα και η βλεμματική επαφή διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική αλληλεπίδραση.

Σε σχετική έρευνα της Hill (1977) βρέθηκε ότι οι ερωτήσεις προκαλούσαν περισσότερη συζήτηση για τα συναισθήματα απ' ό, τι οι αντανάκλασεις και οι παραφράσεις. Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η άμεση ερώτηση σχετικά με τα συναισθήματα του πελάτη αποτελεί το κρίσιμο στοιχείο για την εκμείωση των συναισθημάτων των πελατών. Ίσως οι ερωτήσεις να εκμειεύουν περισσότερη

συζήτηση συναισθημάτων απλά επειδή επιτάσσουν από τον πελάτη να απαντήσει. Ωστόσο, το ποσοστό των συναισθημάτων που συζητήθηκαν ήταν σχετικά χαμηλό, ακόμα και για τη συνθήκη των ερωτήσεων. Προφανώς, οι πελάτες δεν απαντούσαν στην ερώτηση με το να καταθέτουν τα συναισθήματά τους. Μία ανάλυση των αντίγραφων των απομαγνητοφωνήσεων υποδεικνύει ότι πολλοί από τους πελάτες ανταποκρίνονταν στις ερωτήσεις με το να δίνουν περισσότερες εξηγήσεις περιεχομένου παρά με το να συζητάνε για τα συναισθήματά τους. Από την άλλη πλευρά, με τις αντανάκλασεις και τις παραφράσεις οι πελάτες συνήθως δεν αναγνώριζαν καν τις δηλώσεις του θεραπευτή.

Ακόμα κι αν οι ερωτήσεις είχαν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερα ποσοστά συζήτησης για τα συναισθήματα, θα ήταν ανακριβές να υποστηρίξει κανείς ότι αυτό συνέβη λόγω των ενισχυτικών ιδιοτήτων των ερωτήσεων. Η πιο πιθανή εξήγηση είναι ότι οι ερωτήσεις παρέχουν ένα διακριτικό ερέθισμα στον πελάτη για το ποια είναι η πιο κατάλληλη απάντηση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας³².

Ως κατακλείδα, αν και τα πρότυπα απάντησης δεν αποτελούν το μόνο στοιχείο των θεραπευτικών παρεμβάσεων, ασκούν μία σημαντική, διαφοροποιητική επίδραση στη θεραπευτική διαδικασία. Τα πλέον βοηθητικά πρότυπα απάντησης φαίνεται ότι είναι η ερμηνεία, η αυτό- αποκάλυψη, η παράφραση και η επιδοκιμασία. Το πόσο βοηθητικά θα αποδειχθούν, όμως, τα πρότυπα απάντησης μάλλον βασίζεται στους θεραπευτικούς σκοπούς, το είδος του πελάτη, το πρωτογενές του πρόβλημα και το επίπεδο του βιώματος του πελάτη αμέσως πριν την εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης.

Αυτό που δεν πρέπει να ξεχνάμε είναι ότι όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι κατάλληλες κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Έτσι, αυτό που χρειάζεται να ελεγχθεί είναι ποιες θεραπευτικές τεχνικές είναι περισσότερο κατάλληλες κάτω από διαφορετικές περιστάσεις για διαφορετικούς πελάτες και θεραπευτές³³.

³² Hill, C. E. & Gormally J. (1977). Effects of reflection, restatement, probe and nonverbal behaviors on client affect. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 92-97.

³³ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

Αντιδράσεις του πελάτη- συγκαλυμμένες διαδικασίες (client reactions- covert processes)

Ένα από τα καθήκοντα των θεραπευτών είναι να παρατηρούν και να κατανοούν τα βιώματα του πελάτη στη θεραπεία³⁴. Ως αντιδράσεις ορίζονται οι συγκαλυμμένες απαντήσεις των πελατών στις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η γνωστική επανάσταση επηρέασε και την έρευνα διαδικασίας στην ψυχοθεραπεία, καθιστώντας προφανές ότι η φανερή συμπεριφορά των πελατών δεν αποκαλύπτει όλα όσα συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ο Kagan (1975) εισήγαγε την ιδέα ότι πολλά διαφορετικά γεγονότα συμβαίνουν σε διαφορετικά επίπεδα για τους συμμετέχοντες στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και ότι η μεγαλύτερη ενημερότητα για αυτά τα συγκαλυμμένα γεγονότα προωθεί τη θεραπευτική επιχείρηση. Οι ερευνητές έχουν έκτοτε αφομοιώσει αυτές τις ιδέες σε εύχρηστα συστήματα μέτρησης, χρησιμοποιώντας μεθόδους υποβοηθούμενης ανάκλησης με τη βοήθεια του βίντεο. Για τους θεραπευτές, το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε γύρω από τους θεραπευτικούς σκοπούς ή τους συγκαλυμμένους λόγους ή στόχους για τις παρεμβάσεις τους. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι οι θεραπευτικοί σκοποί μεταβάλλονται τόσο εντός των συνεδριών όσο και κατά τη διάρκεια της θεραπείας και διαφέρουν ανάμεσα σε θεραπευτές διαφορετικών θεωρητικών κατευθύνσεων. Επίσης, βρέθηκε ότι η «καθαρότητα» των θεραπευτικών σκοπών (το πόσο συμπαγείς είναι δηλαδή οι θεραπευτικοί σκοποί και με πόση ευκρίνεια διατυπώνονται) σχετίζονται θετικά με τις αξιολογήσεις αποτελεσματικότητας της θεραπείας από τους πελάτες και τους εξωτερικούς κριτές. Δεν έχει μελετηθεί, ωστόσο, η σχέση της καθαρότητας με το είδος και την καταλληλότητα των θεραπευτικών σκοπών.

Από την οπτική γωνία των πελατών, το ενδιαφέρον στράφηκε στις συγκαλυμμένες αντιδράσεις των πελατών στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ο Stiles ανέγειρε ένα μεθοδολογικό ζήτημα σχετικά με τις συγκαλυμμένες αντιδράσεις, σχολιάζοντας ότι οι θεραπευτικοί σκοποί μπορεί να συμβαίνουν σε διάφορα επίπεδα ενημερότητας. Παραδείγματος χάριν, ο θεραπευτής μπορεί να είναι ενήμερος για το σκοπό του και να σκοπεύει να τον μάθει και ο πελάτης, ο θεραπευτής μπορεί να είναι ενήμερος για το σκοπό του, αλλά να μη σκοπεύει να τον μάθει ο πελάτης και, τέλος, ο

³⁴ Hill C. E. & Stephany A. (1990). Relation of Nonverbal behavior to client reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 22-26.

θεραπευτής μπορεί να μην είναι ενήμερος για το σκοπό του. Τα επίπεδα ενημερότητας ενδεχομένως επιδρούν στις αντιδράσεις των πελατών³⁵.

Ένα γνωστό σύστημα μέτρησης των αντιδράσεων των πελατών είναι το Client Reactions System (Hill, Helms, Spiegel & Tichenor, 1988 στο Hill, 1992)³⁶.

Σχετικά με το επίπεδο ενεργοποίησης- διέγερσης των πελατών, αυτό έχει βρεθεί ότι είναι παροδικό και δεν παραμένει σταθερό στις αλληπάλληλες συνεδρίες. Η διεγερτική επίδραση των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών δεν έχει διερευνηθεί ακόμα εκτεταμένα, αλλά ίσως να συνδέεται με τάσεις να θέσουν οι πελάτες τις θεραπευτικές γνώσεις σε εφαρμογή ή να κινηθούν άμεσα προς προσωπικές αλλαγές³⁷.

Οι αντιδράσεις των πελατών έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με τις αξιολογήσεις του βαθμού βοήθειας των θεραπευτικών τεχνικών και τις αξιολογήσεις της αποτελεσματικότητας της συνεδρίας (Βάθος). Οι θεραπευτικοί σκοποί και η συμπτωματολογία των πελατών πριν από την έναρξη της θεραπείας συσχετίζονται επίσης συστηματικά με τις αντιδράσεις των πελατών. Πιο συγκεκριμένα, η συμπτωματολογία αποδεικνύεται προβλεπτική των αντιδράσεων του πελάτη: όσο πιο διαταραγμένος ο πελάτης τόσο περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις εμφανίζονται. Οι πελάτες εκλαμβάνουν τις συνεδρίες ως λιγότερο πολύτιμες όταν ένιωθαν παρεξηγημένοι, συγχυσμένοι ή μη- συγκεντρωμένοι (αρνητικές αντιδράσεις) και περισσότερο πολύτιμες όταν αποκτούν αυτογνωσία (θεραπευτική δουλειά)³⁸.

Άλλες μελέτες έχουν εξετάσει κατά πόσο οι θεραπευτές χρειάζεται να είναι ενήμεροι για τις αντιδράσεις των πελατών. Έχει βρεθεί ότι οι πελάτες συχνά κρύβουν τις αρνητικές αντιδράσεις τους από τους θεραπευτές, πιθανώς λόγω σεβασμού. Αν και οι θεραπευτές γνωρίζουν ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει, μολαταύτα δεν είναι ακριβείς στο να αναγνωρίσουν ποιες είναι οι συγκαλυμμένες αντιδράσεις. Οι θεραπευτές είναι περισσότερο ικανοί να ανιχνεύσουν τις θετικές αντιδράσεις των πελατών απ' ό, τι τις αρνητικές. Αυτά τα ευρήματα φαντάζουν απαισιόδοξα για τη θεραπεία, καθώς οι θεραπευτές χρειάζεται να είναι ενήμεροι για τις αντιδράσεις των πελατών τους για να

³⁵Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

³⁶ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

³⁷ Stiles W.B., Reynolds, S., Hardy, G.E., Rees, A., Barkham, M. & Shapiro, D.A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impact Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 175-185.

³⁸ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

σχεδιάσουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις³⁹. Ωστόσο, βρέθηκε ότι, όταν οι θεραπευτές γνώριζαν πως οι πελάτες τους αντιδρούσαν συμμετέχοντας ενεργητικά στη θεραπεία τους (θετικές αντιδράσεις), οι επόμενες θεραπευτικές τους παρεμβάσεις ήταν βοηθητικές, ενώ όταν γνώριζαν ότι οι πελάτες τους αντιδρούσαν αρνητικά, οι επόμενες παρεμβάσεις τους ήταν λιγότερο βοηθητικές, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι θεραπευτές δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στην αρνητικότητα των πελατών. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με τις υποδείξεις άλλων μελετών, όπου βρέθηκε ότι η γνώση των θεραπειών για τις συγκαλυμμένες συμπεριφορές των πελατών τους συσχετιζόταν αρνητικά με την ικανοποίηση των πελατών από τη θεραπεία. Οι θεραπευτές μπορεί να χρειάζεται να εκπαιδευτούν στο πώς να επεξεργάζονται τις αρνητικές αντιδράσεις των πελατών^{40, 41}.

Κάποια στιγμή οι ερευνητές άρχισαν να αναρωτιούνται αν οι πελάτες εκπέμπουν στοιχεία, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι θεραπευτές για προβλέψουν τις αντιδράσεις των πελατών. Η μη- λεκτική συμπεριφορά των πελατών φάνηκε καλή πηγή τέτοιων στοιχείων, επειδή προηγούμενες έρευνες είχαν καταδείξει ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική στην επικοινωνία του συναισθήματος και ότι συγκεκριμένες μη- λεκτικές συμπεριφορές έχουν συγκεκριμένο ψυχολογικό νόημα. Η ικανότητα ερμηνείας αυτών των συμπεριφορών θα προσφέρει πολλά στο ρεπερτόριο των δεξιοτήτων του θεραπευτή. Η κατανόηση της μη- λεκτικής συμπεριφοράς θεωρείται ένας άλλος τρόπος να «ακούει» ο θεραπευτής τα συναισθήματα που εκφράζει ο πελάτης.

Οι Highlen & Hill (1984) πρότειναν ότι η μη- λεκτική συμπεριφορά εξυπηρετεί τις εξής λειτουργίες: α) να εκφράσει ή να επικοινωνήσει συναίσθημα, β) να καταδείξει ευαισθησία στις αλλαγές μέσα στη σχέση, γ) να ρυθμίσει την αλληλεπίδραση με κανόνες για τέτοια πράγματα, όπως η αλλαγή σειράς, δ) να παρέχει στοιχεία για την προσπάθεια ενός ατόμου να αποκρύψει συναισθήματα, ε) να επικοινωνήσει τη στάση του ατόμου προς τον εαυτό του και στ) να επαναλάβει, να αντιταχθεί, να συμπληρώσει, να τονίσει ή να ρυθμίσει το νόημα της λεκτικής συμπεριφοράς. Πρότειναν, επίσης, ότι παρατηρώντας τους πελάτες τους, οι θεραπευτές θα μπορούσαν να αποφύγουν να παρερμηνεύουν και να χαρακτηρίζουν λανθασμένα τα μηνύματα των πελατών.

³⁹ Hill C. E. & Stephany A. (1990). Relation of Nonverbal behavior to client reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 22-26.

⁴⁰ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

⁴¹ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η λειτουργία της μη- λεκτικής επικοινωνίας στην απόκρυψη του συναισθήματος. Η έρευνα έχει υποδείξει ότι οι μη- λεκτικές συμπεριφορές μπορούν να αποκαλύψουν πότε τα άτομα εμπλέκονται σε εξαπάτηση. Αν και οι πελάτες μπορεί να μην προσπαθούν συνειδητά να εξαπατήσουν, όταν κρύβουν τις αρνητικές τους αντιδράσεις, μπορεί, ωστόσο, σε μερικές περιπτώσεις να αλλοιώνουν τη συμπεριφορά τους, ώστε οι θεραπευτές να μην μπορούν να διαβάσουν τις αντιδράσεις τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι δυνατό να εφαρμοστεί η θεωρία της ιεραρχίας των διαρροών (leakage hierarchy theory) Ekman & Friesen (1969a, 1969b). Οι τελευταίοι σχολίασαν ότι όλες οι λεκτικές και μη- λεκτικές δίοδοι επικοινωνίας μπορούν να τοποθετηθούν σ' ένα συνεχές ελεγχιμότητας. Το περιεχόμενο του λόγου (δισταγμοί κατά την ομιλία) και οι εκφράσεις του προσώπου (χαμόγελα, κάθετες και οριζόντιες κινήσεις του κεφαλιού) φαίνεται ότι είναι περισσότερο ελέγξιμα, ενώ το σώμα (κινήσεις χεριών και ποδιών, αλλαγές στάσης του σώματος) και ο τόνος της φωνής λιγότερο ελέγξιμα. Έτσι, κάποιος θα περίμενε ότι οι αρνητικές αντιδράσεις θα καταδεικνύονται περισσότερο από τις κινήσεις των χεριών και των ποδιών και λιγότερο από τις κινήσεις του προσώπου.

Στην έρευνα των Hill & Stephany (1990) μελετήθηκαν 9 μη- αλληλό- αποκλειόμενες μη- λεκτικές συμπεριφορές: α) οι δισταγμοί κατά την ομιλία (σιωπές τριών περίπου δευτερολέπτων), β) οι κάθετες κινήσεις του κεφαλιού, γ) οι οριζόντιες κινήσεις του κεφαλιού, δ) οι κινήσεις των χεριών, ε) οι κινήσεις των ποδιών, στ) οι αλλαγές στη στάση του σώματος, ζ) οι κινήσεις προσαρμογής (adaptors), συμπεριφορές, δηλαδή, όπως το δάγκωμα ή το γλείψιμο των χειλιών, το παιχνίδι με τα μαλλιά, το τσίμπημα με τα δάχτυλα, το γρατζούνισμα, το κράτημα του σώματος, το τρίψιμο, το μασάζ ή τα ελαφρά χτυπήματα με τα δάχτυλα, η) οι επεξηγήσεις (illustrators), οποιαδήποτε, δηλαδή, κίνηση του χεριού ή του βραχίονα που είναι άμεσα συνδεδεμένη με το λόγο και τέλος ι) τα χαμόγελα.

Τα ευρήματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι οι αντιδράσεις των πελατών συσχετίζονται με τρεις μη- λεκτικές συμπεριφορές των πελατών: με τις οριζόντιες κινήσεις του κεφαλιού, τις κάθετες κινήσεις του κεφαλιού και τους δισταγμούς κατά την ομιλία. Τα αποτελέσματα διέφεραν, ωστόσο, ανάλογα με το αν οι αντιδράσεις αναφέρονταν από τους πελάτες ή από τους θεραπευτές.

Οι πελάτες και οι θεραπευτές συμφώνησαν ότι οι οριζόντιες κινήσεις του κεφαλιού σχετίζονταν με τις αντιδράσεις της θεραπευτικής δουλειάς, και οι πελάτες συσχέτισαν, επίσης, τις οριζόντιες κινήσεις με συναισθήματα υποστήριξης. Αυτά τα

ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι οριζόντιες κινήσεις του κεφαλιού μπορούν να λειτουργήσουν ως ενδείξεις της συμμετοχής του πελάτη στη θεραπευτική διαδικασία.

Οι κάθετες κινήσεις του κεφαλιού συσχετίστηκαν κι αυτές με συναισθήματα υποστήριξης. Συνεπώς, οι πελάτες έδειχναν σημάδια συμφωνίας όταν ένιωθαν καλά για ό, τι συνέβαινε στη συνεδρία. Προκαλεί έκπληξη, πάντως, το γεγονός ότι οι θεραπευτές δεν αναγνώρισαν ότι οι κάθετες κινήσεις του κεφαλιού σχετίζονταν με θετικές αντιδράσεις.

Αν και οι ερευνητές της παρούσης έρευνας ήλπιζαν να ανακαλύψουν συγκεκριμένες μη- λεκτικές συμπεριφορές που να σχετίζονται με αρνητικές αντιδράσεις, βρήκαν τελικά ότι οι πελάτες ήταν λιγότερο δραστήριοι, ειδικά όσον αφορά τις κινήσεις της κεφαλής τους, όταν είχαν αρνητικές αντιδράσεις. Ίσως, όταν οι πελάτες είναι λιγότερο δραστήριοι, οι θεραπευτές να πρέπει να αναρωτιούνται για πιθανές αρνητικές αντιδράσεις.

Δε βρέθηκαν άλλες συσχετίσεις μεταξύ των υπολοίπων μη- λεκτικών συμπεριφορών που εξετάστηκαν και των αντιδράσεων των πελατών. Τα ευρήματα συμφωνούν με τη θεωρία ιεραρχίας των διαρροών των Ekman & Friesen, τουλάχιστον για τις κινήσεις του κεφαλιού και τα χαμόγελα, που είναι περισσότερο ελέγξιμες συμπεριφορές. Ωστόσο, τα αποτελέσματα δε συνάδουν με τη θεωρία των Ekman & Friesen σχετικά με τις κινήσεις των χεριών και των ποδιών και τις αλλαγές στη στάση του σώματος, που είναι λιγότερο ελέγξιμες συμπεριφορές και, συνεπώς, έπρεπε να αποδειχθούν περισσότερο ενδεικτικές του συναισθήματος των πελατών. Μία πιθανή εξήγηση είναι ότι αυτές οι σωματικές κινήσεις δε συμβαίνουν συχνά κατά τη διάρκεια της θεραπείας και δεν αποτελούν καλούς προγνωστικούς παράγοντες για τις αντιδράσεις των πελατών σε ένα τόσο περιορισμένο περιβάλλον. Μία εναλλακτική εξήγηση είναι ότι οι πελάτες μπορεί να χρησιμοποιούν αυτές τις μη- λεκτικές συμπεριφορές με ιδιοσυγκρασιακούς τρόπους, για να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Ένας πελάτης μπορεί να χαμογελά, ενώ ένας άλλος μπορεί να σαλεύει νευρικά όταν αισθάνεται αρνητικές αντιδράσεις.

Ο Dittmann (1987) συνόψισε ότι η γλώσσα του σώματος είναι μία περιορισμένη μέθοδος επικοινωνίας, επειδή λίγες μη- λεκτικές συμπεριφορές έχουν παγκόσμια σημασία. Πρότεινε ότι οι άνθρωποι τείνουν να επικεντρώνουν πρωταρχικά στη λεκτική επικοινωνία, επειδή – σε σύγκριση με τη μη- λεκτική επικοινωνία- έχει περισσότερη ένταση και παρέχει μεγαλύτερη ποσότητα πληροφοριών. Οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν αν οι θεραπευτές επικεντρώνουν

διαφορετικά σε λεκτικά ή μη- λεκτικά στοιχεία, όταν καλούνται να αποκωδικοποιήσουν αρνητικές αντιδράσεις πελατών⁴².

Συμπεριφορές των πελατών (client behaviors)

Οι συμπεριφορές των πελατών ορίζονται ως οι φανερές δράσεις που οι πελάτες επιδεικνύουν κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών.

Για να κατανοήσουν την αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπειών και πελατών, οι ερευνητές χρειάζονται συστήματα μέτρησης της συμπεριφοράς των πελατών. Ένα τέτοιο σύστημα μπορεί να συμβάλει στην περιγραφή και την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των πελατών, εξακριβώνοντας τους τρόπους με τους οποίους οι πελάτες ανταποκρίνονται στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθώς και τους τρόπους με τους οποίους οι πελάτες αλλάζουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Οι Elliot & James (1989) ολοκλήρωσαν μία λεπτομερή κριτική των βιωμάτων των πελατών στην ψυχοθεραπεία. Κατηγοριοποίησαν τις υπάρχοντες μετρήσεις σε 9 πεδία: σκοποί, συναισθήματα, τρόπος του σχετίζεσθαι με τον εαυτό, τρόπος του σχετίζεσθαι με το θεραπευτή, κεντρικοί προβληματισμοί, αντίληψη των θεραπευτικών σκοπών, αντίληψη των χαρακτηριστικών του θεραπευτή, θεραπευτικές επιδράσεις και βοηθητικές όψεις της θεραπείας.

Δύο από τα καλύτερα μέσα μέτρησης της συμπεριφοράς των πελατών είναι η κλίμακα Experiencing Scale των Klein, Mathieu- Coughlan & Kiesler (1986) και το Client Vocal Quality System των Rice & Kerr (1986). Και τα δύο αυτά μέσα μέτρησης αναπτύχθηκαν αρχικά από την πελατοκεντρική θεραπεία, αλλά έχουν χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα και για άλλες θεωρητικές κατευθύνσεις. Η κλίμακα Experiencing Scale μετράει τη συμμετοχή των πελατών στη θεραπεία. Σε χαμηλά επίπεδα, η συνομιλία είναι απρόσωπη ή επιφανειακή. Σε υψηλά επίπεδα, λαμβάνει χώρα εξερεύνηση συναισθημάτων και ο πελάτης ανατρέχει στα βιώματά του για την επίλυση των προβλημάτων του και την προώθηση της αυτογνωσίας τους. Η Klein, συνοψίζοντας τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, αναφέρει ότι οι νευρώσεις, η γνωστική πολυπλοκότητα και η ενδοσκόπηση των πελατών οδηγούν σε υψηλά επίπεδα βιώματος. Τα τελευταία έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με βοηθητικές θεραπευτικές τεχνικές και με καλύτερα αποτελέσματα, ιδιαίτερα όταν τα υψηλά επίπεδα βιώματος παρατηρούνται σε μεταγενέστερες φάσεις της θεραπείας.

⁴² Hill C. E. & Stephany A. (1990). Relation of Nonverbal behavior to client reactions. Journal of Counseling Psychology, 37(1), 22-26.

Οι Rice & Kerr (1986) ανέπτυξαν το Client Vocal Quality System, που αναλύει τα χαρακτηριστικά της φωνής του πελάτη. Η έρευνα υποδεικνύει ότι ο τρόπος έκφρασης είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στον καθορισμό της παραγωγικότητας ή της συμμετοχής του πελάτη στη θεραπεία.

Μία άλλη προσέγγιση στη μελέτη της συμπεριφοράς των πελατών είναι η εξέταση ως προς το τι συνιστά μία «καλή στιγμή» στη θεραπεία. Οι Mahrer & Nadler (1986) συνέθεσαν μία λίστα από στιγμές εντός της θεραπείας, που οι πελάτες επιδεικνύουν θεραπευτική πρόοδο (π.χ. εξερεύνηση συναισθημάτων, ανάδυση απωθημένου υλικού, έκφραση ενόρασης, έκφρασης ισχυρών συναισθημάτων έναντι του θεραπευτή, έκφραση νέων τρόπων ύπαρξης και συμπεριφοράς). Αν και αυτές οι κατηγορίες έχουν χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα, για να είναι περισσότερο αντιπροσωπευτική όλων των συμπεριφορών των πελατών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η λίστα θα μπορούσε να διευρυνθεί, ώστε να συμπεριλαμβάνει και αρνητικές συμπεριφορές των πελατών, όπως π.χ. η αντίσταση⁴³.

Άλλα συστήματα μέτρησης της συμπεριφοράς των πελατών είναι τα: Client Perceptual Processing (Toukmanian, 1986), Interactional Patterns (Benjamin, 1979), Response Modes (Snyder, 1945; Stiles, 1986; Hill et al., 1981).

Τα περισσότερα από τα προαναφερθέντα μέσα μέτρησης της συμπεριφοράς των πελατών αναπτύχθηκαν από μεμονωμένες θεωρητικές προοπτικές. Αν και χρήσιμα για συγκεκριμένους ερευνητικούς σκοπούς, πλέον είναι απαραίτητα νέα, παν-θεωρητικά συστήματα μέτρησης, έτσι ώστε η συμπεριφορά των πελατών να μπορεί να μελετάται σε όλες τις θεωρητικές κατευθύνσεις, για να καθοριστούν οι επιδράσεις των διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Ένα τέτοιο παν-θεωρητικό σύστημα μέτρησης είναι το Client Verbal Category System από τους Hill, Greenwald et al. (1981), οι οποίοι το δημιούργησαν βασιζόμενοι στο σύστημα μέτρησης της συμπεριφοράς των πελατών του Snyder (1945), το οποίο στη συνέχεια αναθεωρήθηκε (Hill, Corbet et al., in press στο Hill, 1992), δίνοντας τη θέση του στο Client Behavior System (CBS). Η διάκριση μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών συμπεριφοράς των πελατών συχνά απαιτεί τη στροφή της προσοχής σε μη-λεκτικά και παραγλωσσικά στοιχεία, η οποία επιτυγχάνεται με την επιπρόσθετη χρήση βίντεο, εκτός από την απομαγνητοφώνηση των συνεδριών⁴⁴.

⁴³ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

⁴⁴ Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.

Δεδομένου ότι οι πελάτες ενίοτε δυσκολεύονται να διεκπεραιώσουν τα θεραπευτικά τους «καθήκοντά» στις συνεδρίες, είτε εξαιτίας δικών τους ζητημάτων είτε εξαιτίας αναποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, η συμπερίληψη των συμπεριφορών αντίστασης σε ένα μέσο μέτρησης της συμπεριφοράς των πελατών είναι ιδιαίτερα σημαντική. Έχει, γενικά, βρεθεί ότι οικογένειες που έχουν παρατήσει τη θεραπεία είχαν περισσότερα περιστατικά αντίστασης απ' ό, τι οικογένειες που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και ότι οικογένειες που έχουν παραπεμφθεί σε ειδικούς από τρίτους παρουσίαζαν, επίσης, περισσότερη αντίσταση σε σύγκριση με οικογένειες που είχαν πάρει οι ίδιες την πρωτοβουλία να επισκεφθούν κάποιον ειδικό. Έχει, επιπλέον, βρεθεί ότι τα επίπεδα της αντίστασης είναι υψηλά όταν οι θεραπευτές είναι διδακτικοί και χρησιμοποιούν την αντιμετώπιση κατά μέτωπο και χαμηλά, όταν οι θεραπευτές είναι υποστηρικτικοί ή διευκολυντικοί. Περαιτέρω, η αντίσταση παρουσιάζεται υψηλότερη στη μεσαία φάση της θεραπείας, σε σύγκριση με τις αρχικές και τις τελευταίες φάσεις της θεραπείας. Η αντίσταση εκ μέρους των μητέρων σχετίζεται αρνητικά με τη συμπάθειά των μητέρων από τους θεραπευτές, υποδεικνύοντας ότι οι θεραπευτές αντιπαθούν τις μητέρες που αντιστέκονται. Επιπροσθέτως, παιδιά με μητέρες που αντιστέκονται περισσότερο, έχουν πιο φτωχά αποτελέσματα θεραπείας. Πάντως, οι εξωτερικοί κριτές και οι θεραπευτές δυσκολεύονται να διακρίνουν ποιες συμπεριφορές αποτελούν ένδειξη αντίστασης. Αυτό που μοιάζει ως αμυντική συμπεριφορά σε ένα θεραπευτή μπορεί να μην εμφανίζεται ως τέτοια σ' έναν άλλο θεραπευτή. Το κλειδί για τη διάκριση ανάμεσα στην αντίσταση και άλλες συμπεριφορές είναι συχνά τα μη- λεκτικά και τα παραγλωσσικά στοιχεία.

Οι πελάτες, γενικά, συμμετέχουν περισσότερο παραγωγικά όταν επιδεικνύουν γνωστική/ συμπεριφοριστική εξερεύνηση και εξερεύνηση συναισθημάτων, ενόραση και αλλαγές, παρά όταν επιδεικνύουν αντίσταση, συμφωνία, κάνουν παρακλήσεις και εξιστορήσεις.

Οι παρεμβάσεις που προηγούνται των συμπεριφορών της αντίστασης και της γνωστικής/ συμπεριφοριστικής εξερεύνησης αξιολογούνται ως περισσότερο βοηθητικές απ' ό, τι άλλες παρεμβάσεις. Έτσι, όταν οι πελάτες εκλαμβάνουν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις ως πολύ βοηθητικές, οι απαντήσεις τους είναι πιθανό να επιδεικνύουν συμπεριφορές αντίστασης ή εξερεύνησης. Τα αποτελέσματα αναφορικά με τη γνωστική/ συμπεριφοριστική εξερεύνηση είναι λογικά στο βαθμό που οι βοηθητικές θεραπευτικές παρεμβάσεις αναμένεται να οδηγούν σε παραγωγική θεραπευτική δουλειά εκ μέρους του πελάτη. Έκπληξη, ωστόσο, προκαλούν τα

σχετικά με την αντίσταση αποτελέσματα, αν και εικάζεται ότι οι πελάτες είναι πιθανό να αντισταθούν σε μία βοηθητική παρέμβαση, αν αυτή φαντάζει ιδιαίτερα προκλητική ή απειλητική.

Οι συμπεριφορές των πελατών παρουσιάζουν συνάφεια και με τις αξιολογήσεις του βαθμού βοήθειας, αλλά και με το βίωμα των πελατών⁴⁵.

Τέλος, πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη σημασία στα έντονα συναισθήματα των πελατών. Κάποια έρευνα έχει γίνει πάνω στο γέλιο των πελατών, αλλά έχει δοθεί μικρή προσοχή σε άλλα δυνατά συναισθήματα, όπως το κλάμα ή ο θυμός. Αν οι στιγμές που βιώνονται έντονα συναισθήματα σηματοδοτούν στιγμές κάθαρσης ή συγκίνησης στους πελάτες, αξίζουν περαιτέρω έρευνα⁴⁶.

Αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτών και πελατών (interactions between therapists and clients)

Πολλά μέσα μέτρησης έχουν αναπτυχθεί για να μελετηθεί η αλληλεπίδραση ανάμεσα στους θεραπευτές και τους πελάτες. Κάποιοι ερευνητές έχουν μελετήσει τον «έλεγχο επί της σχέσης» (relational control), την αμοιβαία, δηλαδή, επιρροή και το βαθμό στον οποίο κάθε μέλος του συστήματος επιτρέπεται να ορίζει, να ελέγχει ή να αποφασίζει τι θα λάβει χώρα στη συναλλαγή. Κάποια από αυτά τα συστήματα εξετάζουν ποιο πρόσωπο εισάγει τις θεματικές και αν το άλλο πρόσωπο συναινεί στον καθορισμό της συγκεκριμένης θεματικής, ενώ άλλοι εξετάζουν τα μοντέλα των προτύπων απάντησης που έχουν αναπτυχθεί ανάμεσα στους συμμετέχοντες, υποθέτοντας ότι διαφορετικά μοντέλα υποδεικνύουν συμπληρωματικές ή συμμετρικές αλληλεπιδράσεις.

Μία άλλη μέθοδος για την κατηγοριοποίηση των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων είναι το σύστημα Structured Analysis of Social Behavior των Benjamin, Foster, Roberto & Estroff (1986).

Αυτές οι προσεγγίσεις είναι σημαντικές, επειδή δεν εξετάζουν μόνο την ατομική συνεισφορά των συμμετεχόντων στην ψυχοθεραπεία, αλλά εξετάζουν το μοναδικό σύστημα που δημιουργείται από τους συμμετέχοντες. Είναι, επίσης, σημαντικές (από μεθοδολογική σκοπιά), επειδή εξετάζουν πώς η συμπεριφορά του

⁴⁵ Hill, C. E., Corbett, M. M., Kanitz, B., Rios, P., Lightsey, R. & Gomez, M. (1992). Client behavior in counseling and therapy sessions: Development of a Pantheoretical Measure. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 539-549.

⁴⁶ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

ενός συμμετέχοντα επηρεάζει τον άλλο κατά τη διάρκεια αλληλοδιαδοχικών τμημάτων της ίδιας συνεδρίας.

Προσέγγιση γεγονότων (events approach)

Η προσέγγιση γεγονότων είναι παρόμοια με τα μοντέλα διαδικασίας, που έχουν περιγραφεί παραπάνω, εκτός από το ότι η προσοχή εστιάζεται στη διαδικασία αλλαγής εντός συγκεκριμένου είδους γεγονότων κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ο Kelman (1969) πρότεινε ότι υπάρχουν ευοίωνες στιγμές όπου δίδονται ευκαιρίες για ψυχολογική αλλαγή. Ο Elliot (1983) συμφώνησε ότι η έρευνα διαδικασίας οφείλει να εστιάσει την προσοχή της σε αυτά τα ζωτικής σημασίας, κριτικά, αποφασιστικά ή σημαντικά βοηθητικά ή αποθαρρυντικά γεγονότα, που συμβαίνουν στη διάρκεια της θεραπείας. Από αυτήν την άποψη, το σύνολο όλων όσων συμβαίνουν στη θεραπεία δεν είναι τόσο σημαντικό όσο το αν σημαντικά βοηθητικά ή αποθαρρυντικά γεγονότα έχουν λάβει μέρος.

Αρκετοί ερευνητές έχουν ζητήσει από τους πελάτες και τους θεραπευτές να υποδείξουν τα περισσότερο και τα λιγότερο βοηθητικά γεγονότα εντός συγκεκριμένων συνεδριών ή ολόκληρης της θεραπείας. Έχει βρεθεί ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι πιο συχνές βοηθητικές επιδράσεις για τους πελάτες ήταν η επίλυση προβλημάτων, η αυτογνωσία και ο καθησυχασμός, ενώ η περισσότερο συχνή αποθαρρυντική επίδραση για τους πελάτες ήταν οι αθέλητες σκέψεις⁴⁷. Σχετικά θλιμμένοι πελάτες είναι περισσότερο πιθανό να ενοχλούνται από τις σκέψεις τους. Θεωρητικά, κάποια από τα πιο σημαντικά γεγονότα στη θεραπεία, όπως είναι η αποκάλυψη τραυματικών γεγονότων ζωής, μπορεί να είναι ενοχλητικά και με αυτήν την έννοια αθέλητα και μη-ευπρόσδεκτα⁴⁸. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι γεγονότα που συμπεριελάμβαναν έκφραση ενόρασης και κατανόησης, προβολές προσωπικού υλικού, περιγραφές και εξερεύνηση συναισθημάτων και έκφραση νέων τρόπων ύπαρξης και συμπεριφοράς ανακαλούνταν από τους πελάτες αλλά και τους θεραπευτές ως σημαντικές. Οι πελάτες και οι θεραπευτές ανέφεραν τις θεραπευτικές τεχνικές ως βοηθητικές πιο συχνά απ' ό,τι τη διαπροσωπική συμπεριφορά του θεραπευτή, τα καθήκοντα και τη διαπροσωπική συμπεριφορά των πελατών. Τα

⁴⁷ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

⁴⁸ Stiles W.B., Reynolds, S., Hardy, G.E., Rees, A., Barkham, M. & Shapiro, D.A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impact Scale. *Journal of Counselling Psychology*, 41(2), 175-185.

παραπάνω ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι πελάτες και οι θεραπευτές όντως αναγνωρίζουν συγκεκριμένα γεγονότα εντός της θεραπείας ως πολύ σημαντικά.

Επιγραμματικά, αν και έχει παρατηρηθεί σημαντική πρόοδος στην έρευνα διαδικασίας και τη χρησιμοποιούμενη μεθοδολογία όσον αφορά τη μελέτη της θεραπευτικής διαδικασίας και των επιμέρους στοιχείων της, υπάρχουν ακόμα μερικά σημεία στα οποία οι ερευνητές καλούνται να στρέψουν το ερευνητικό τους ενδιαφέρον. Συγκεκριμένα, πρέπει να μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο τα γεγονότα που λαμβάνουν χώρα εκτός της θεραπείας αλληλεπιδρούν με τα ενδό- συνεδριακά γεγονότα, για να προκαλέσουν αλλαγή. Επιπροσθέτως, περισσότερη έρευνα πρέπει να διεξαχθεί σχετικά με τα σταθερά χαρακτηριστικά προσωπικότητας του πελάτη (π.χ. κυριαρχία, εσωστρέφεια), τις θεραπευτικές τεχνικές που προσφέρονται στον εκάστοτε τύπο πελάτη, πώς ο τελευταίος αντιδρά στις θεραπευτικές τεχνικές και πώς ο εκάστοτε πελάτης αντιλαμβάνεται τη θεραπευτική διαδικασία. Ένας άλλος τομέας που χρειάζεται προσοχή είναι η μελέτη του συγχρονισμού των θεραπευτικών τεχνικών και των γεγονότων εντός της θεραπείας. Δεν είναι, δηλαδή, αρκετό να δοθεί μία ερμηνεία εκ μέρους του θεραπευτή, αλλά ο πελάτης πρέπει να είναι έτοιμος γι' αυτήν. Τέλος, ένας ακόμα τομέας που χρειάζεται περισσότερη δουλειά είναι αυτός της ποιότητας ή της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών τεχνικών. Ο Schaffer (1982) έχει υποστηρίξει ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις πρέπει να μετρώνται με βάση 3 διαστάσεις: το είδος, τον τρόπο και την ποιότητα. Αν και πολλά μέσα μέτρησης υπάρχουν για το είδος και τον τρόπο, δεν υπάρχουν πολλά για την ποιότητα. Τα μεθοδολογικά ζητήματα που εγείρονται στην ανάπτυξη τέτοιων μέσων μέτρησης της ποιότητας είναι όντως τρομερά, στο βαθμό που η εκτίμηση της ποιότητας είναι εξαιρετικά υποκειμενική και βασίζεται σε τέτοια πράγματα, όπως η προοπτική (θεραπευτής, πελάτης, εξωτερικός κριτής) και η θεωρητική κατεύθυνση.

Περίληπτικά, αυτό που χρειάζεται είναι να εγκαθιδρυθούν συνδέσεις μεταξύ προ της θεραπείας μεταβλητών (χαρακτηριστικά προσωπικότητας πελάτη και θεραπευτή), τα ενδό- συνεδριακά και έξω- συνεδριακά γεγονότα, καθώς και τα άμεσα και τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα⁴⁹.

⁴⁹ Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

Φύλο πελάτη και συμβούλου και επίπεδο εμπειρίας συμβούλων

Πολλοί σύμβουλοι θεωρούν κατάλληλο να ταιριάζουν το φύλο του πελάτη με αυτό του συμβούλου. Για παράδειγμα, η φεμινιστική συμβουλευτική, η οποία έχει ως στόχο να βοηθήσει τις γυναίκες να αναγνωρίσουν και να χρησιμοποιήσουν το δυναμικό τους, βασίζεται στην πρόταση ότι οι γυναίκες σύμβουλοι είναι περισσότερο ικανές να κατανοήσουν και να συναισθανθούν τις γυναίκες πελάτισσες απ' ό, τι είναι οι άντρες σύμβουλοι. Οι άντρες και οι γυναίκες σύμβουλοι παρουσιάζουν διαφορετικά προβλήματα στη συμβουλευτική και θεωρούνται διαφορετικοί από τους ίδιους τους συμβούλους.

Οι συνδυασμοί του φύλου πελάτη και συμβούλου ενδέχεται να επηρεάσουν τη συμβουλευτική διαδικασία. Αμέσως μετά τη θεραπεία, οι γυναίκες πελάτισσες είναι περισσότερο ικανοποιημένες με τις γυναίκες συμβούλους. Ο Chesner (Chesner, 1971 στο Hill, 1975) υπέθεσε ότι ο συνδυασμός άντρα πελάτη με άντρα θεραπευτή θα ευνοούσε την εμφάνιση επιθετικότητας και ανταγωνισμού, ενώ ο συνδυασμός άντρα θεραπευτή με γυναίκα πελάτισσα θα συνεπαγόταν τη μεγαλύτερη συζήτηση σεξουαλικών ζητημάτων με μικρό ενδιαφέρον για την ταυτότητα της γυναίκας. Ο Carter (Carter, 1971 στο Hill, 1975) πρότεινε ότι οι γυναίκες είναι καλύτερα εξοπλισμένες ως σύμβουλοι, επειδή έχουν ανατραφεί για να δείχνουν κατανόηση και να είναι προστατευτικές.

Μία επιπρόσθετη μεταβλητή που φαίνεται να αλληλεπιδρά με το φύλο του πελάτη και του συμβούλου είναι το επίπεδο εμπειρίας του συμβούλου. Έχουν καταγραφεί διαφορές μεταξύ έμπειρων και μη- πεπειραμένων συμβούλων. Οι μη-πεπειραμένοι σύμβουλοι έδιναν περισσότερες συμβουλές, ήταν φλύαροι και επηρεάζονταν περισσότερο από πελάτες που συμπαθούσαν ή αντιπαθούσαν. Οι έμπειροι σύμβουλοι ήταν περισσότερο σίγουροι για τον εαυτό τους, περισσότερο ευέλικτοι και δεκτικοί, παρείχαν περισσότερες ερμηνείες και επικεντρωνόντουσαν περισσότερο στους πελάτες παρά σε θεραπευτικές τεχνικές.

Η εμπειρία της συμβουλευτικής διαδικασίας επηρεάζεται τόσο από το φύλο του πελάτη όσο και από το φύλο και το επίπεδο εμπειρίας του συμβούλου συνδυαστικά. Όχι μόνο παρατηρούνται διαφορές μεταξύ συμβούλων, αλλά επίσης και μεμονωμένοι σύμβουλοι αντιδρούν διαφορετικά ανάλογα με το φύλο του πελάτη. Η συνδυαστική επίδραση αυτών των μεταβλητών περιγράφεται παρακάτω.

Οι μη- πεπειραμένοι σύμβουλοι, τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες, δείχνουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση, είναι περισσότερο δραστήριοι κατά τη διάρκεια

της συνεδρίας και εκμαιεύουν μεγαλύτερη έκφραση συναισθημάτων με πελάτες του αντίθετου φύλου. Όταν εκπαιδεύονται για πρώτη φορά στις συμβουλευτικές δεξιότητες, οι σύμβουλοι είναι πιθανώς ικανοί να ταυτιστούν περισσότερο με άτομα των οποίων οι εμπειρίες είναι παρόμοιες με τις δικές τους. Με πελάτες του αντίθετου φύλου οι μη- πεπειραμένοι σύμβουλοι μιλάνε περισσότερο για τα δικά τους συναισθήματα, ίσως λόγω του άγχους και της αβεβαιότητάς που νιώθουν όταν πρέπει να επικοινωνήσουν με άτομα αντίθετου φύλου, που, επιπλέον, βρίσκονται κοντά στη δική τους ηλικία. Αυτά τα ευρήματα στηρίζουν την ύπαρξη στερεοτυπικών συμπεριφορών του φύλου, όπως π.χ. ότι οι σύμβουλοι αναλαμβάνουν έναν πιο κατευθυντικό και υποστηρικτικό ρόλο όταν αλληλεπιδρούν με πελάτες του ίδιου φύλου παρά με πελάτες του αντίθετου φύλου.

Όταν έμπειροι σύμβουλοι, ανεξαρτήτως φύλου, τοποθετούνται με πελάτες του ίδιου φύλου, επικεντρώνουν περισσότερο στα συναισθήματα και επιδεικνύουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση, ενώ με πελάτες διαφορετικού φύλου είναι περισσότερο δραστήριοι και κατευθυντικοί, χωρίς να επικεντρώνουν, όμως, στα συναισθήματα. Ενδεχομένως, η εμπειρία στη συμβουλευτική να καθιστά τους συμβούλους ικανούς να ξεπερνούν το άγχος και την αβεβαιότητά τους, αντικαθιστώντας τα με δραστηριοποίηση και κατευθυντικότητα, υποδεικνύοντας, ωστόσο, ακόμα κάποιο βαθμό ανησυχίας, όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν πελάτες αντίθετου φύλου.

Συνεπώς, όλοι οι σύμβουλοι, ανεξαρτήτως επιπέδου εμπειρίας, δυσκολεύονται να επιδεικνύουν ενσυναίσθηση με πελάτες του αντίθετου φύλου στον ίδιο βαθμό με αυτήν που επιδεικνύουν με πελάτες του ίδιου φύλου.

Οι γυναίκες πελάτισσες αξιολογούνται ότι εξερευνούν τον εαυτό τους σε μεγαλύτερα βάθη απ' ό, τι οι άντρες πελάτες. Αυτά τα δεδομένα, ωστόσο, δε συμφωνούν με τον αριθμό των αυτό- αναφορών συναισθηματικού περιεχομένου (affective self- referents), τη συμπεριφορική, δηλαδή, μέτρηση της έκφρασης συναισθημάτων. Ίσως, οι αξιολογητές υιοθέτησαν τη στερεοτυπική αντίληψη ότι οι άντρες δεν εκφράζουν συναισθήματα σε τόσο μεγάλο βαθμό, με αποτέλεσμα να είναι μεροληπτικοί στην αξιολόγηση της εξερεύνησης του εαυτού των αντρών πελατών.

Πελάτες γυναικών συμβούλων ανέφεραν περισσότερη ικανοποίηση με τη συνεδρία απ' ό, τι πελάτες αντρών συμβούλων. Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με τους Howard et al. (1970), που βρήκαν ότι οι γυναίκες πελάτισσες ήταν περισσότερο ικανοποιημένες όταν αναθέτονταν σε γυναίκες συμβούλους απ' ό, τι σε άντρες συμβούλους. Οι πελάτες μπορεί να εκλαμβάνουν τις γυναίκες συμβούλους ως επιδεικνύουσες περισσότερη ενσυναίσθηση και κατανόηση, αν και οι άντρες και οι

γυναίκες σύμβουλοι δε διέφεραν συμπεριφορικά ως προς αυτές τις διαστάσεις. Μία πιθανή εξήγηση είναι ότι οι πελάτες υπέστησαν τις επιδράσεις του φαινομένου της γνωστικής ασυμφωνίας. Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, πριν από την έναρξη της συμβουλευτικής οι πελάτες προτιμούσαν άντρες συμβούλους, ενδεχομένως εξαιτίας προσδοκιών εξουσίας και κύρους. Παρ' όλ' αυτά, κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής, οι πελάτες που ανατέθηκαν σε άντρες συμβούλους ίσως να ανακάλυψαν ότι δεν είναι τόσο ικανοί όσο αναμενόταν, ενώ οι πελάτες που ανατέθηκαν σε γυναίκες συμβούλους μπορεί να εξεπλάγησαν από το γεγονός ότι ήταν περισσότερο ικανές από το αναμενόμενο.

Όταν στις γυναίκες συμβούλους αναθέτονται γυναίκες πελάτισσες, οι έμπειρες σύμβουλοι είναι περισσότερο ικανοποιημένες, συμμετοχικές και επιδεικνύουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση σε σύγκριση με τις μη- πεπειραμένες συμβούλους, οι οποίες επικεντρώνουν περισσότερο σε θεραπευτικές τεχνικές και είναι περισσότερο προσεκτικές. Για ακόμα μία φορά, αυτό το φαινόμενο αντανακλά την αβεβαιότητα που βίωναν οι μη- πεπειραμένες σύμβουλοι. Όταν σε γυναίκες σύμβουλους αναθέτονται άντρες πελάτες, οι ερευνητές βρήκαν ότι οι έμπειρες σύμβουλοι είναι περισσότερο διευκολυντικές και δραστήριες σε σύγκριση με τις μη- πεπειραμένες συμβούλους.

Όσον αφορά τους άντρες συμβούλους, οι μη- πεπειραμένοι σύμβουλοι είναι περισσότερο δραστήριοι και επιδεικνύουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση σε σύγκριση με τους έμπειρους συμβούλους, ανεξαρτήτως του φύλου των πελατών τους.

Οι περισσότεροι ενσυναισθητικοί, δραστήριοι και ικανοποιημένοι σύμβουλοι είναι οι έμπειρες γυναίκες και οι μη- πεπειραμένοι άντρες. Ίσως οι γυναίκες να χρειαστεί να αποκτήσουν εμπειρία πριν αισθανθούν σίγουρες για τις δεξιότητές τους και αυθεντικά ικανές. Οι άντρες, από την άλλη πλευρά, ίσως να χάνουν το ενδιαφέρον τους στις συμβουλευτικές δεξιότητες άμα τη αποκτήσει τους και μπορεί να προχωρήσουν σε άλλους τομείς ενδιαφέροντος, ιδιαίτερα εκείνους που ανταποκρίνονται στις στερεοτυπικές δραστηριότητες που αφορούν το ανδρικό φύλο, όπως η διδασκαλία, η έρευνα και η διοίκηση.

Ένας γόνιμος τρόπος να αξιοποιηθούν αυτά τα ευρήματα θα ήταν να καταστήσει τους συμβούλους ενήμερους ότι συμπεριφέρονται διαφορετικά με διαφορετικούς πελάτες και ότι αυτή η κατάσταση επηρεάζει τη συμβουλευτική διαδικασία. Επιπροσθέτως, συγκεκριμένες προσεγγίσεις σχετικά με την αντιμετώπιση διαφορετικών πελατών θα μπορούσαν να προταθούν και να χρησιμοποιηθούν στην εκπαίδευση συμβούλων επαγγελματιών που μόλις ξεκινούν τη συμβουλευτική τους

καριέρα. Π.χ. μπορεί να εφαρμοστεί οπτικοακουστική ανατροφοδότηση (χρήση βίντεο) με γυναίκες και άντρες πελάτες, χρησιμοποιώντας διαφορετικά πρότυπα απάντησης. Με τεχνικές αντιστροφής ρόλων οι εκπαιδευόμενοι θα μπορούσαν να βιώσουν τα συναισθήματα που βιώνει το αντίθετο φύλο. Τέλος, μία ακόμα προσέγγιση θα ήταν να αναθέτονται αρχικά στους μη- πεπειραμένους συμβούλους πελάτες του ίδιου φύλου και όταν αποκτήσουν κάποιο βαθμό εμπειρίας, να τους επιτραπεί να δουλέψουν και με πελάτες του αντίθετου φύλου⁵⁰.

Επίδραση και αξιολόγηση

Ο όρος «επίδραση» (impact) αναφέρεται στις άμεσες υποκειμενικές εντυπώσεις μιας ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας, συμπεριλαμβανομένων των εκτιμήσεων των πελατών όσον αφορά τη συνεδρία αυτή. Οι μετρήσεις της επίδρασης σχετίζονται με τις εσωτερικές αντιδράσεις των πελατών στα γεγονότα της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας, οι οποίες, λογικά, θεωρείται ότι παρεμβαίνουν μεταξύ των γεγονότων που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων της θεραπείας. Η εμπειρική κατανόηση αυτών των εσωτερικών διαμεσολαβητικών διαδικασιών βασίζεται στο είδος των πληροφοριών που αντλούνται από τους πελάτες, μέσω της χρήσης των αντίστοιχων μέσων μέτρησης. Στην παρούσα έρευνα, η κλίμακα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε είναι το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Ψυχοθεραπευτικής Συνεδρίας (Session Evaluation Questionnaire Form 4 –SEQ-, Stiles, 1980; Stiles & Snow, 1984a, 1984b). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά του SEQ περιγράφονται παρακάτω (βλ. Μέσα Συλλογής Δεδομένων, σελ. 5).

Θεωρητικοί όπως ο Allport (1946), ο Zajonc (1980), ο Skinner (1953) και ο Rogers (1951, 1959) έχουν συμφωνήσει ότι η αξιολόγηση -η οποία ορίζεται ως η απόδοση εκ μέρους των πελατών κάποιου βαθμού θετικής ή αρνητικής βαρύτητας στα γεγονότα- είναι προσαρμόσιμη στις περιστάσεις, αυτόματη και παγκόσμια. Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι αξιολογήσεις είναι κυριαρχικά παρούσες στις εκτιμήσεις εκ μέρους των πελατών αναφορικά με το βαθμό επίδρασης που βιώνεται (π.χ. αν η συνεδρία έμοιαζε καλή ή κακή ή αν οι πελάτες ένιωθαν ωραία ή άσχημα μετά το πέρας της). Ωστόσο, η συνολική αξιολόγηση ολόκληρης της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας από μόνη της φαντάζει ως απλοϊκή βάση για να

⁵⁰ Hill C. E. (1975). Sex of client and sex and experience level of counselor. *Journal of Counselling Psychology*, 22(1), 6-11.

κατανοήσουμε πώς οι πελάτες μεταφράζουν τη θεραπευτική διαδικασία σε όρους αποτελεσματικότητας. Η μεθοδολογική πρόκληση στις περισσότερες έρευνες είναι να εκτιμηθεί αν και πώς οι πελάτες κάνουν διακρίσεις μεταξύ των διαφόρων ψυχοθεραπευτικών συνεδριών με περισσότερο διαφοροποιημένους και περιγραφικούς τρόπους.

Οι ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες κρίνονται αυτόματα ως καλές ή κακές με δύο τουλάχιστον διακριτούς τρόπους: α) ως βαθιές (δυνατές, αποτελεσματικές) ή ρηχές (αδύναμες, ανάξιες) και β) ως ομαλές (ήρεμες, άνετες) ή τραχιές (τεταμένες, οδυνηρές). Το Βάθος και η Ομαλότητα παραλλάσσονται ανεξάρτητα. Δηλαδή, μία ψυχοθεραπευτική συνεδρία μπορεί να εκληφθεί ως βαθιά και ομαλή (χαρακτηριζόμενη ως «ομαλή ιστιοπλοία» -smooth sailing- σύμφωνα με τη ναυτική μεταφορά των Orlinsky & Howard, 1977), ως βαθιά και τραχιά («δύσκολη ιστιοπλοία» -heavy-going-), ως ρηχή και ομαλή («ακτοπλοία» -coasting-) ή ως ρηχή και τραχιά («βούλιαγμα» -foundering-). Η έρευνα που μελετά το φαινόμενο της επίδρασης και η οποία χρησιμοποιεί ως κλίμακες μέτρησης το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Ψυχοθεραπευτικής Συνεδρίας (SEQ) ή την Αναφορά Θεραπευτικής Συνεδρίας (Therapy Session Report, Orlinsky & Howard, 1975) έχει αποδείξει ότι αυτές οι δύο διαστάσεις αξιολόγησης είναι κυρίαρχες στις εκτιμήσεις τόσο των θεραπευτών όσο και των πελατών και συνδέονται ποικιλοτρόπως και διακριτά με καταστάσεις που προηγούνται της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας (π.χ. χαρακτηριστικά προσωπικότητας πελάτη ή εκπαίδευση συμβούλου), με φανερές διαδικασίες εντός της συνεδρίας, με συγκαλυμμένες διαδικασίες εντός της συνεδρίας, με την εποπτεία, καθώς και με τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας. Η έρευνα υποδεικνύει ότι οι αξιολογήσεις των θεραπευτών και της επίδοσής τους εκ μέρους των πελατών παραμένει σταθερή στις συνεδρίες, παρά τις διακυμάνσεις που παρατηρούνται στις αξιολογήσεις άλλων όψεων των συνεδριών ⁵¹.

Μεθοδολογική εξέταση της χρήσης οπτικοακουστικών μέσων στην έρευνα διαδικασίας

Ένα από τα μακροβιότερα ζητήματα στην έρευνα διαδικασίας είναι η επίδραση που ασκούν οι μέθοδοι και τα μέσα μέτρησης που χρησιμοποιούνται στη

⁵¹Stiles W.B., Reynolds, S., Hardy, G.E., Rees, A., Barkham, M. & Shapiro, D.A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impact Scale. *Journal of Counselling Psychology*, 41(2), 175-185.

συλλογή των δεδομένων και την επαγωγή των συμπερασμάτων. Παραδείγματος χάριν, μία συνεχόμενη ανησυχία είναι ότι η συλλογή των δεδομένων ενδέχεται να είναι υπερβολικά αυθαίρετη και ενδεχομένως να αλλοιώνει την ποιότητα ή τη φύση της θεραπευτικής αλληλεπίδρασης. Επιπρόσθετες ανησυχίες έχουν εκφραστεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των μέσων μέτρησης της διαδικασίας και τις επιδράσεις της παρείσφρησης «τρίτων» μεταβλητών στα δεδομένα. Επειδή τα αποτελέσματα μίας έρευνας είναι μόνο τόσο καλά όσο καλή είναι η ποιότητα των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί, οι ερευνητές χρειάζεται να έχουν αποδείξεις που να στηρίζουν την αποτελεσματικότητα των μεθόδων και των συστημάτων μέτρησης που χρησιμοποιούν.

Στην παρούσα ερευνητική εργασία για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο μέσα μέτρησης. Το πρώτο είναι το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Ψυχοθεραπευτικής Συνεδρίας (Session Evaluation Questionnaire Form 4, Stiles & Snow, 1984) και το δεύτερο πρόκειται για ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, το οποίο συστάθηκε από τη γράφουσα για της ανάγκες της παρούσας εργασίας. Λεπτομερέστερη αναφορά των δύο αυτών μέσων μέτρησης γίνεται στο κομμάτι της Μεθόδου.

Εγκυρότητα των μεθόδων που βασίζονται στη χρήση οπτικοακουστικών μέσων (βίντεο)

Ένας ολοένα αυξανόμενος αριθμός ερευνών χρησιμοποιεί μεθόδους ανάκλησης και αξιολόγησης των στοιχείων των συνεδριών, που βασίζονται στη χρήση οπτικοακουστικού υλικού, για να συλλέξει δεδομένα σχετικά με τα βιώματα των θεραπευτών και των πελατών κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας (Elliot, 1985, 1986; Hill, 1989; Hill, Thompson & Corbett, 1992; Kivlighan, 1990; Martin, Martin, Meyer & Slemon, 1986; Thompson & Hill, 1991 στο Hill, 1994). Η χρήση τέτοιων μεθόδων θεωρείται ως μία μεγάλη μεθοδολογική καινοτομία, επειδή οι συμμετέχοντες μπορούν να παρέχουν υποκειμενικές πληροφορίες σχετικά με το τι λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια των συνεδριών, χωρίς την ανάγκη «εισβολής» και διακοπής της θεραπευτικής διαδικασίας.

Ο Elliot (1986) πρότεινε η έκθεση των υποκειμένων- κριτών στο οπτικοακουστικό υλικό να γίνεται εντός 48 ωρών από το τέλος της συνεδρίας, έτσι ώστε να αυξηθεί η πιθανότητα οι συμμετέχοντες να μπορέσουν να επιστρέψουν στο βιωματικό πλαίσιο της εκάστοτε συνεδρίας.

Έχει βρεθεί ότι υπάρχει υψηλή συνάφεια μεταξύ των αυθεντικών και των βιντεοσκοπημένων συνεδριών όσον αφορά τις αξιολογήσεις των πελατών και των θεραπειών για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, τις εκτιμήσεις των θεραπευτικών σκοπών και των αντιδράσεων των πελατών, εντός ενός διαστήματος 2- 3 εβδομάδων. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν την εγκυρότητα των βιντεοσκοπημένων συνεδριών ως μέσου αξιολόγησης των ενδό- συνεδριακών βιωμάτων. Τα πορίσματα αυτά δε φαίνεται να είναι απλά το αποτέλεσμα της ανάκλησης εκ μέρους των συμμετεχόντων των αξιολογήσεων τους κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, κάτι που θα υποδείκνυε την ύπαρξη φαινομένου επίδρασης της επανάληψης στα δεδομένα (rehearsal effect). Αντίθετα, το ερέθισμα της βιντεοσκοπημένης συνεδρίας είναι αρκετό για να μπορέσουν οι συμμετέχοντες να αναβιώσουν τις συνεδρίες. Ο Kagan (1975) σχολιάζει ότι η παρακολούθηση της βιντεοσκοπημένης συνεδρίας δημιουργεί μία αίσθηση οικειότητας, που επιτρέπει στους θεατές να αναβιώσουν την εμπειρία, σαν να βρίσκονταν εκεί ξανά. Ωστόσο, αυτά τα ευρήματα είναι δύσκολο να γενικευθούν και στη χρήση μαγνητοφωνημένων ή απομαγνητοφωνημένων συνεδριών, καθώς οι συμμετέχοντες μπορεί να είναι λιγότερο ικανοί να αναβιώσουν τα βιώματά τους όταν χρησιμοποιούνται λιγότερα αισθητηριακά κανάλια και συνεπώς δεν μπορούν να παρατηρήσουν τις λεπτές διαφοροποιήσεις της συμπεριφοράς τόσο των πελατών όσο και των θεραπειών.

Αν και οι συμμετέχοντες αξιολογούν τις αυθεντικές και τις βιντεοσκοπημένες συνεδρίες το ίδιο, ωστόσο, η διάθεσή τους διαφέρει ύστερα από τις αυθεντικές και ύστερα από τις βιντεοσκοπημένες συνεδρίες. Συγκεκριμένα, οι συνεδρίες δημιούργησαν τόσο για τους θεραπευτές όσο και για τους πελάτες ένα άμεσο θετικό συναίσθημα, το οποίο ατόνησε από την εμπειρία της βιντεοσκοπημένης συνεδρίας. Για τους πελάτες, η αύξηση στη θετική διάθεση συνοδεύεται από μείωση στην αρνητική διάθεση μετά τις συνεδρίες, και αυτή η μείωση διατηρείται και μετά την εμπειρία των βιντεοσκοπημένων συνεδριών. Οι θεραπευτές δε σημειώνουν αλλαγή στην αρνητική τους διάθεση, αλλά σπανίως εκφράζουν αρνητική διάθεση. Αυτές οι αλλαγές στη διάθεση βρίσκονται σε συμφωνία με τις αναφορές των συμμετεχόντων ότι βαριούνται και ότι νιώθουν λιγότερο ενεργοποιημένοι κατά τη θέαση των βιντεοσκοπημένων συνεδριών και επιβεβαιώνουν τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, ότι, δηλαδή, δεν είναι αποτελεσματικές όλες οι περιπτώσεις αντιπαράστασης του εαυτού (self- confrontation) μέσω της χρήσης οπτικοακουστικού υλικού. Δεδομένων αυτών των μεταβολών στη διάθεση, οι ερευνητές καλό θα ήταν να είναι προσεκτικοί στο μέλλον να μην υποβάλουν τους συμμετέχοντες στην

εμπειρία των βιντεοσκοπημένων συνεδριών τόσο συχνά, έτσι ώστε να προληφθεί και να αποφευχθεί η κόπωση και η κακή διάθεση των συμμετεχόντων.

Επιπλέον, οι θεραπευτές αξιολογούν τις συνεδρίες περισσότερο αρνητικά αφού τις παρακολουθήσουν στο βίντεο απ' ό,τι μετά το τέλος τους. Αυτό το εύρημα υποδεικνύει ότι η παρακολούθηση της βιντεοκασέτας έχει μία τρομακτική επίδραση στους θεραπευτές όσον αφορά την αξιολόγηση της επίδοσής τους, ίσως γιατί γίνονται περισσότερο αυτό-κριτικοί και αγχωμένοι, όταν παρακολουθούν τον εαυτό τους στο βίντεο. Οι πελάτες δεν αξιολογούν τις συνεδρίες περισσότερο αρνητικά αφού παρακολουθήσουν τη βιντεοσκοπημένη συνεδρία, ίσως γιατί οι ίδιοι δεν είναι, σε τελική ανάλυση, το επίκεντρο της αξιολόγησης.

Η επίδραση της διάθεσης στην αξιολόγηση

Η επίδραση της διάθεσης στην αξιολόγηση της διαδικασίας είναι αρκετά διαφορετική για τους πελάτες και τους θεραπευτές. Η θετική διάθεση των πελατών συσχετίζεται με τις αξιολογήσεις του πελάτη σχετικά με την αποτελεσματικότητα του θεραπευτή και την ποιότητα (βάθος) της συνεδρίας, ενώ –αντίθετα– η αρνητική διάθεση των θεραπευτών είναι εκείνη που συσχετίζεται με τις αξιολογήσεις της επίδοσής τους και της ποιότητας της συνεδρίας. Όταν οι πελάτες αισθάνονται θετικά πριν από τη συνεδρία, γενικεύουν αυτό το θετικό συναίσθημα στις υπόλοιπες αξιολογήσεις. Οι διαφοροποιητικές επιδράσεις των θετικών έναντι των αρνητικών συναισθημάτων ενδεχομένως να αποδίδεται στο γεγονός ότι οι θεραπευτές ήταν αυτοί που αξιολογούνταν, και όχι οι πελάτες. Οι θεραπευτές, γενικά, τείνουν να είναι αυτό-κριτικοί και αγχωμένοι, καταστάσεις που μπορεί να οξύνθηκαν από προ της συνεδρίας αρνητικά συναισθήματα. Το γενικά χαμηλό επίπεδο αρνητικών συναισθημάτων που αναφέρουν οι θεραπευτές, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της πεποίθησης των θεραπευτών ότι τα δικά τους συναισθήματα δεν πρέπει να εισέρχονται στη θεραπευτική διαδικασία⁵².

⁵² Hill, C. E., O' Grady K. E., Balenger V., Busse W., Falk D. R., Hill M., Rios P. & Taffe R. (1994). Methodological Examination of Videotape- assisted reviews in brief therapy: Helpfulness ratings, therapist intentions, client reactions, mood and session evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 236-247.

ΜΕΘΟΔΟΣ

ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα αποτελείται από 24 φοιτητές του Τμήματος Ψυχολογίας Ρεθύμνου, που παρακολουθούσαν το μάθημα «Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες» του κ. Ιωάννη Ν. Νέστορος κατά τη διάρκεια του εαρινού εξαμήνου του ακαδημαϊκού έτους 2004-2005. Από τους συμμετέχοντες οι 19 είναι γυναίκες και οι 5 άντρες. Η μεταβλητή της ηλικίας δε λήφθηκε υπόψη, καθότι το 87,5% των συμμετεχόντων ήταν από 20 έως 21 χρόνων. Αποτελεί δε κλασσική περίπτωση συμπτωματικού δείγματος. Την προτίμηση της συγκεκριμένης μεθόδου δειγματοληψίας δικαιολογεί η μη υποχρεωτική φύση της παρακολούθησης του μαθήματος, καθώς και η φύση των κινήτρων που δόθηκαν για τη συμμετοχή στην έρευνα. Συγκεκριμένα, η παρακολούθηση τουλάχιστον τριών μαθημάτων και η συμπλήρωση τουλάχιστον τεσσάρων ερωτηματολογίων (τρία ερωτηματολόγια SEQ και το τελικό αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο) ισοδυναμούσε με προσθετική εργασία αξίας 3 μονάδων στην τελική βαθμολογία, ύστερα από απόφαση του κ. Νέστορος. Συνεπώς, όλοι οι φοιτητές που είχαν δηλώσει το μάθημα θα έπρεπε να έχουν ίση μεταχείριση ως προς τη δυνατότητά τους να βελτιώσουν το βαθμό τους.

Συνολικά, ερωτηματολόγια δόθηκαν σε 113 φοιτητές, εκ των οποίων οι 92 ήταν γυναίκες και οι 21 άντρες. Ωστόσο, τα δεδομένα της πλειοψηφίας εξ αυτών δε λήφθηκαν υπόψη στην παρούσα έρευνα, καθότι οι περισσότεροι συμπλήρωσαν λιγότερα από τα συνολικά 6 ερωτηματολόγια SEQ που ήταν απαραίτητα για τη διεξαγωγή της έρευνας, είτε έχοντας πιθανώς ως μοναδική βλέψη τις προσθετικές μονάδες και όχι την εμπειρία της συμμετοχής στην έρευνα καθαυτή, είτε για άλλους λόγους, που σχετίζονται περισσότερο με την παρακολούθηση του μαθήματος (π.χ. δυνατότητα παρακολούθησης ή αποφυγή παρακολούθησης μαθήματος κ.τ.λ). Τα δεδομένα των φοιτητών που συμπλήρωσαν λιγότερα από 6 ερωτηματολόγια αποκλείστηκαν από τη στατιστική ανάλυση, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι ασταθείς εκτιμήσεις. Τα εναπομείναντα 24 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα μέχρι τέλους, αποτελούν μεροληπτικό δείγμα, καθότι επέδειξαν –σε σύγκριση με τους υπόλοιπους φοιτητές- μεγαλύτερο ενδιαφέρον, μεγαλύτερη επιμέλεια ή/ και μεγαλύτερο βαθμό εμπλοκής στη διαδικασία.

Λόγω του συμπτωματικού δείγματος, τα ευρήματά μας μπορούν να γενικευθούν μόνο σε πληθυσμό που αντιστοιχεί στα χαρακτηριστικά της ομάδας μας.

Η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος περιορίζεται περαιτέρω από το μικρό του μέγεθος.

ΜΕΣΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Session Evaluation Questionnaire

Το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Ψυχοθεραπευτικής Συνεδρίας (Session Evaluation Questionnaire Form 4, Stiles & Snow, 1984) είναι μία ευρέως χρησιμοποιούμενη μέτρηση αυτοαναφοράς για την εκτίμηση μιας ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας από την οπτική των θεραπειών και των πελατών και περιλαμβάνει 24 στοιχεία-επταβάθμιες κλίμακες τύπου Likert, στα δύο άκρα των οποίων υπάρχουν δύο αντίθετα χαρακτηριστικά (π.χ. καλή-κακή). Δεν ανήκει σε μία συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, αλλά καταγράφει σύντομα και περιεκτικά τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας-ατομικής ή ομαδικής-, καθώς και τη διάθεση θεραπευτή και θεραπευόμενου αμέσως μετά το τέλος της συνεδρίας. Τα ίδια χαρακτηριστικά αξιολογούνται σε σχετικές ερευνητικές εργασίες και από εξωτερικούς παρατηρητές-κριτές⁵³. Το SEQ έχει τέσσερις υποκλίμακες, που προκύπτουν από παραγοντικές αναλύσεις (factor analyses): Βάθος (depth) (αφορά στην ποιότητα), Ομαλότητα (smoothness), Θετικότητα-θετική διάθεση- (Positivity) και Διέγερση-διεγερμένη διάθεση- (Arousal). Υψηλότερη βαθμολογία σε κάθε κλίμακα υποδεικνύει υψηλότερα επίπεδα της αντίστοιχης μεταβλητής. Οι Stiles & Snow ανέφεραν δείκτη εσωτερικής συνέπειας alpha (internal consistency alphas) για θεραπευτές και πελάτες .91 και .87 για το Βάθος, .89 και .93 για την Ομαλότητα, .86 και .89 για τη Θετική διάθεση και .82 και .78 για τη Διεγερμένη διάθεση αντίστοιχα⁵⁴.

Το Βάθος και η Ομαλότητα αποτελούν διαστάσεις μέτρησης που αφορούν στην εκτίμηση της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας. Αντίθετα, η Θετική διάθεση και η Διεγερμένη διάθεση αποτελούν διαστάσεις μέτρησης της μετά-θεραπευτικής διάθεσης των συμμετεχόντων (θεραπευτών και πελατών). Οι τελευταίες θεωρούνται

⁵³ Ζγαντζούρη Α. Κ. (2000). *Ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες στις ψυχώσεις: η γένεση των παραληρηματικών ιδεών στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου και στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή*. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

⁵⁴ Hill C.E., O'Grady K.E., Balenger V., Busse W., Falk D.R., Hill M., Rios P. & Taffe R. (1994). Methodological Examination of Videotape-assisted reviews in brief therapy: Helpfulness ratings, therapist intentions, client reactions, mood and session evaluation. *Journal of Counselling Psychology*, 41(2), 236-247.

ευρέως ως βασικές διαστάσεις της εκτίμησης της διάθεσης και εξηγούν το μεγαλύτερο μέρος της μεταβλητότητας των εκτιμήσεων σε μία ευρεία ποικιλία μέσων μέτρησης της διάθεσης εντός μίας ευρείας ποικιλίας συνθηκών.

Σε μια άλλη πρόσφατη μορφή του (Version 4) –και η οποία δεν είναι αυτή που χρησιμοποιήσαμε στη δική μας έρευνα- το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Ψυχοθεραπευτικής Συνεδρίας συμπεριλαμβάνει 27 επταβάθμιες, διπολικές κλίμακες ζευγών αντιθετικών επιθέτων. Τα δύο πρώτα σκέλη είναι κοινά για τους δύο τύπους του SEQ και έτσι δε θα καταγραφούν στο παρόν σημείο της εργασίας τα στοιχεία από τα οποία αποτελούνται, καθότι αυτές οι πληροφορίες διατίθενται στο παράρτημα της παρούσης εργασίας, όπου είναι δυνατή η επισκόπηση του ερωτηματολογίου. Ωστόσο, θα σημειώσουμε ότι το πρώτο σκέλος περιλαμβάνει 12 στοιχεία, που αφορούν την εκτίμηση και αξιολόγηση της θεραπευτικής συνεδρίας και το δεύτερο σκέλος περιλαμβάνει επίσης 12 στοιχεία, που αφορούν τη διάθεση των ερωτηθέντων μετά το πέρας της θεραπευτικής συνεδρίας. Το τελευταίο, επιπρόσθετο σκέλος περιλαμβάνει 3 στοιχεία, έτσι ώστε να εκτιμηθεί η αξιολόγηση του θεραπευτή εκ μέρους του πελάτη. Συγκεκριμένα, το τρίτο σκέλος αφορά στη δήλωση: «Σήμερα αισθάνομαι ότι ο θεραπευτής μου ήταν», η οποία ακολουθείται από τα 3 εξής στοιχεία: «επιδέξιος-μη επιδέξιος» (skillful- unskillful), «ψυχρός- θερμός» (cold- warm) και «αξιόπιστος-αναξιόπιστος» (trustworthy- untrustworthy). Οι κλίμακες αντιθετικών ζευγών επιθέτων εντός κάθε σκέλους επιλέχθηκαν ώστε να αντιπροσωπεύουν μείζονες διαστάσεις της αξιολόγησης και της διάθεσης και έτσι ώστε να αποφευχθεί η σκέβρωση στη διασπορά των μετρήσεων⁵⁵.

Η έλλειψη εργαλείων στην Ελληνική γλώσσα για την αξιολόγηση της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας, ως παράγοντα εκτίμησης των μικρών αποτελεσμάτων (micro- outcomes) στη διάρκεια του χρόνου, που οδηγούν στη συνολική αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας, έκανε αισθητή την ανάγκη εντοπισμού και προσαρμογής στα ελληνικά ενός τέτοιου εργαλείου. Έτσι δημιουργήθηκε η ελληνική έκδοση του Ερωτηματολογίου Αξιολόγησης της Ψυχοθεραπευτικής Συνεδρίας (Ζγαντζούρη, & Νέστορος, 1999^a).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει υψηλό δείκτη Άλφα Cronbach για τις αξιολογήσεις του θεραπευτή ($r_{ΑΛΦΑ} = .942$), τις αξιολογήσεις των εξωτερικών κριτών από την πλευρά του θεραπευτή ($r_{ΑΛΦΑ} = .938$), τις αξιολογήσεις των θεραπευομένων ($r_{ΑΛΦΑ} = .891$)

⁵⁵ Stiles W.B., Reynolds, S., Hardy, G.E., Rees, A., Barkham, M. & Shapiro, D.A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impact Scale. *Journal of Counselling Psychology*, 41(2), 175-185.

και τις αξιολογήσεις των εξωτερικών κριτών από τη πλευρά του θεραπευόμενου ($r_{ΑΛΦΑ} = .941$)⁵⁶.

Β' ερωτηματολόγιο

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε πρόκειται για ένα αυτοσχέδιο ψυχομετρικό μέσο, που συστάθηκε από τη γράφουσα για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, με σκοπό να ανακαλύψει πιθανές συσχετίσεις ανάμεσα στην επίδοση των υποκειμένων της έρευνας στο Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Ψυχοθεραπευτικής Συνεδρίας (SEQ) και σε άλλες μεταβλητές. Εφεξής, όταν μιλάμε για επίδοση των συμμετεχόντων αναφερόμαστε στην αξιολόγηση των στοιχείων των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών, όπως αυτή καταγράφηκε στα SEQ. Δεν έχουν εκτιμηθεί δείκτες εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

Κατ' αρχάς, ζητήθηκαν πληροφορίες για δημογραφικά χαρακτηριστικά στις ερωτήσεις 1 έως και 9. Περαιτέρω, οι ερωτήσεις 4 και 5 διερευνούν αν και κατά πόσο η προηγούμενη ακαδημαϊκή εξειδίκευση και επαγγελματική πορεία του ατόμου (ιδιαίτερα στον τομέα της Ψυχικής Υγείας) συνέβαλε στην επίδοση των συμμετεχόντων στο SEQ.

Με τις ερωτήσεις 10 και 11 θέλαμε να δούμε αν οι συμμετέχοντες είχαν έρθει στο παρελθόν σε επαφή με το περιεχόμενο των βιντεοσκοπημένων ψυχοθεραπευτικών συνεδριών της κ. Σωκράτους, επηρεάζοντας πιθανώς την επίδοσή τους. Αυτό μπορεί να συνέβη είτε μέσα από άλλα μαθήματα όπου έγινε προβολή των εν λόγω συνεδριών είτε μέσω του βιβλίου «Συνθετική Ψυχοθεραπεία» (Νέστορος, & Βαλλιανάτου, 1990/ 1996), όπου παρατίθενται απομαγνητοφωνημένες (και αξιολογούνται από το συγγραφέα) όλες οι συνεδρίες.

Οι ερωτήσεις 12 και 13 εξετάζουν τη συνεισφορά της παρακολούθησης άλλων κλινικών μαθημάτων στην επίδοση των συμμετεχόντων, μέσω της ενδεχόμενης αλληλοεπικάλυψης θεμάτων μεταξύ αυτών και του παρόντος μαθήματος. Στο σημείο αυτό να αναφέρουμε ότι στην ερώτηση 12 υπάρχει διάκριση μεταξύ «παρακολούθησης» του μαθήματος και «εξέτασης» στο ίδιο μάθημα, καθώς δεχόμαστε ότι οι αντίστοιχες συμπεριφορές και οι συνδυασμοί τους υποδηλώνουν διαφορετικές στάσεις των φοιτητών. Π.χ. ένας φοιτητής που παρακολούθησε και εξετάστηκε στο μάθημα πιθανόν να δείχνει περισσότερη «επιμέλεια» από ένα

⁵⁶ Ζγαντζούρη Α. Κ. (2000). *Ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες στις ψυχώσεις: η γένεση των παραληρηματικών ιδεών στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου και στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή*. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

φοιτητή που απλά εξετάστηκε στο μάθημα, αλλά δεν το παρακολούθησε. Βέβαια, στο θέμα τόσο της παρακολούθησης όσο και της εξέτασης υπεισέρχονται πλείστοι άλλοι παράγοντες, πρακτικοί και μη (π.χ. δυνατότητα παρακολούθησης και έλλειψη σύμπτωσης με τον καθηγητή αντίστοιχα). Ένα μειονέκτημα, λοιπόν, της ερώτησης είναι ότι δε διερευνά τους παράγοντες αυτούς που παρεισφρύουν. Ένα άλλο μειονέκτημα είναι ότι στις οδηγίες δε διευκρινίζεται τι συνιστά «παρακολούθηση» του μαθήματος. Δηλαδή, σε πόσα μαθήματα είναι υποχρεωτική η παρουσία του φοιτητή για να θεωρηθεί ότι έχει παρακολουθήσει το μάθημα. Οι παραλείψεις αυτές βάλλουν την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου και οφείλονται στην απειρία της γράφουσας.

Η ερώτηση 14 διερευνά την αντίληψη των φοιτητών για τη συμβολή άλλων μαθημάτων στην επίδοσή τους, στο βαθμό που μεταξύ των διαφορετικών μαθημάτων υπήρξαν αλληλοεπικαλυπτόμενα θέματα.

Η ερώτηση 15 θεωρήθηκε ενδεικτική της επιμέλειας των φοιτητών, καθώς και της ενεργητικής συμμετοχής και δέσμευσης στις σπουδές τους, αν και δεχόμαστε ότι ο μέσος όρος της βαθμολογίας ενός φοιτητή αντανακλά σαφώς και άλλες συνθήκες εκτός από αυτές που μόλις αναφέρθηκαν.

Η ερώτηση 16 μελετά το κατά πόσο η διεκπεραίωση πρακτικής άσκησης – λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη το είδος και τη διάρκειά της- βοήθησε τους φοιτητές να εκτιμήσουν τις παραμέτρους των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών της κ. Σωκράτους στο SEQ.

Οι ερωτήσεις 17 και 18 εξετάζουν την πιθανότητα η παρακολούθηση συνεδριών και σεμιναρίων ψυχολογικού περιεχομένου (ζητείται να καταγραφεί ο αριθμός και το είδος τους) να ευνόησαν τους φοιτητές ως προς την επίδοσή τους στο SEQ.

Η ερώτηση 19 διερευνά πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στην επίδοση στο SEQ και την επαφή των συμμετεχόντων με άτομα με ψυχολογικές διαταραχές. Φοιτητές που έχουν έρθει σε επαφή με αντίστοιχο πληθυσμό ίσως να βρίσκονται σε πλεονεκτικότερη θέση όσον αφορά την εκτίμηση της ποιότητας των συμπεριφορών και συναισθημάτων των θεραπευομένων, σε σύγκριση με φοιτητές που δε διαθέτουν αυτού του είδους την κλινική εμπειρία. Αν ισχύει, αυτή η συνθήκη αναμένεται να έχει επιδράσει στην αξιολόγηση (εκ μέρους της πρώτης ομάδας φοιτητών) τόσο της θεραπευτικής συνεδρίας όσο και του θεραπευτή. Περαιτέρω, ο φοιτητής καλείται να απαντήσει σε ποιο/-ους χώρο/-ους έλαβε μέρος η επαφή αυτή. Με αυτόν τον τρόπο εξετάζεται η ποιότητα και το ύψος της αλληλεπίδρασης των φοιτητών και των

ατόμων με ψυχολογικές διαταραχές (π.χ. επαγγελματική, κοινωνική κ.τ.λ) και αν οι διαφορές στο είδος της αλληλεπίδρασης επηρεάζουν την επίδοση στο SEQ.

Η ερώτηση 20 αναζητά προηγούμενη επαφή του φοιτητή με ψυχολογικές/ψυχιατρικές δομές και –αν έχει υπάρξει- το είδος της «επισκεπτόμενης» δομής και το λόγο της «επίσκεψης». Διαφορές στις επιμέρους αυτές μεταβλητές αναμένεται να ασκούν διαφορετική επίδραση στην επίδοση των συμμετεχόντων.

Στις ερωτήσεις 21, 22, 23 μελετάται η πιθανότητα ο φοιτητής να έχει ακολουθήσει προσωπική ψυχοθεραπεία και -αν ναι- η θεωρητική κατεύθυνση της θεραπείας που έχει ακολουθήσει. Φοιτητές που έχουν ακολουθήσει προσωπική θεραπεία θεωρούνται περισσότερο «εξοπλισμένοι» να εκτιμήσουν την ποιότητα των συμπεριφορών και συναισθημάτων των θεραπευομένων, καθώς και την ποιότητα των δεξιοτήτων του θεραπευτή και συνεπώς του κλίματος της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας, σε σύγκριση με φοιτητές που δε διαθέτουν αυτού του είδους την εμπειρία. Επιπροσθέτως, η θεωρητική κατεύθυνση της ψυχοθεραπείας αναμένεται να επηρεάζει την επίδοση των συμμετεχόντων, στο βαθμό που διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις «εκπαιδεύουν» σε διαφορετικά επίπεδα το θεραπευόμενο να ανιχνεύει και να αναλύει προσωπικά συναισθήματα και συμπεριφορές. Τον ίδιο σκοπό εξυπηρετεί και η ερώτηση 27, όπου ο φοιτητής καλείται να απαντήσει ποια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση υποστηρίζει.

Σε αυτό το σημείο να σημειώσουμε ότι η ερώτηση 23 διαμορφώθηκε με βάση αντίστοιχη ερώτηση (συγκεκριμένα τις ερωτήσεις 4.4 – 4.7, σελ. 8) του «Ερωτηματολογίου Για Τα Κοινά Βασικά Σημεία Της Ανάπτυξης Και Εξέλιξης Των Ψυχοθεραπευτών» της Εταιρείας Για Την Έρευνα Στην Ψυχοθεραπεία (Society For Psychotherapy Research). Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα.

Οι ερωτήσεις 24, 25, 28 είναι ενδεικτικές του ενδιαφέροντος του συμμετέχοντα για τη συνέχιση των σπουδών του στον κλάδο της Ψυχολογίας. Φοιτητές που επιδεικνύουν μεγαλύτερο ζήλο για τις σπουδές τους αποτελούν διαφοροποιημένη ομάδα και ενδεχομένως να είναι ήδη περισσότερο ικανοί ως προς την αποκωδικοποίηση συναισθημάτων και συμπεριφορών, επηρεάζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την επίδοσή τους στο SEQ. Εναλλακτικά, οι φοιτητές αυτοί μπορεί να επιδεικνύουν περισσότερη προσοχή και επιμέλεια και να καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια στις δραστηριότητες που αφορούν τις σπουδές τους, με σκοπό τη βελτίωσή τους, η οποία θα διευκολύνει τις πιθανότητες που έχουν να συνεχίσουν τις σπουδές τους.

Οι ερωτήσεις 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 καταγράφουν την άποψη των συμμετεχόντων για τη συμβολή του μαθήματος «Ψυχοθεραπευτικές Δεξιότητες» στις δεξιότητες, τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους. Δεν αφορά άμεσα την επίδοση τους στο SEQ. Περαιτέρω, οι ερωτήσεις 29 και 33 διαμορφώθηκαν με βάση τις ερωτήσεις 3.38 – 3.51, σελ. 7 και 5.23 – 5.52, σελ. 9 αντίστοιχα του «Ερωτηματολογίου Για Τα Κοινά Βασικά Σημεία Της Ανάπτυξης Και Εξέλιξης Των Ψυχοθεραπευτών» της Εταιρείας Για Την Έρευνα Στην Ψυχοθεραπεία (Society For Psychotherapy Research).

Οι ερωτήσεις 40, 41, 42, 43, 44 καταγράφει τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με τα αρνητικά και τα θετικά σημεία του μαθήματος «Ψυχοθεραπευτικές Δεξιότητες», τη γενικότερη ικανοποίησή τους και τις σκέψεις τους ως προς τη βελτίωση του μαθήματος. Όπως και η προηγούμενη ομάδα ερωτήσεων, έτσι και αυτή δεν αφορά άμεσα την επίδοση των συμμετεχόντων στο SEQ.

Το β' αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δε χρησιμοποιήθηκε τελικά στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος, οι τιμές των υπό μελέτη μεταβλητών βρέθηκαν αδιαφοροποίητες μεταξύ των φοιτητών, με αποτέλεσμα να μην έχουν κάποια στατιστική σημασία.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στις δύο πρώτες συναντήσεις έγινε αναφορά από τον κ. Νέστορος στη διεξαγωγή της έρευνας στα πλαίσια του μαθήματος και στην εθελοντική φύση της συμμετοχής των φοιτητών. Επιπλέον, ο κ. Νέστορος δήλωσε ότι οι φοιτητές που θα παρακολουθούσαν τουλάχιστον τρία μαθήματα και θα συμπλήρωναν τουλάχιστον τέσσερα ερωτηματολόγια (τρία ερωτηματολόγια SEQ μετά το τέλος των μαθημάτων και το τελικό αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο) θα λάμβαναν προσθετικό βαθμό τριών μονάδων στην τελική βαθμολογία του μαθήματος. Τέλος, δόθηκαν διαβεβαιώσεις από τον ίδιο τον καθηγητή για την τήρηση της δεοντολογίας. Εζητείτο μόνο το Α.Φ.Μ. των φοιτητών στα ερωτηματολόγια SEQ (για να ξέρουμε ποιοι θα είναι οι φοιτητές που θα λάβουν τον προσθετικό βαθμό), ενώ στο τελικό αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο οι φοιτητές προσέθεσαν έναν ατομικό κωδικό με βάση τον οποίο θα αναλύονταν τα δεδομένα τους στο στατιστικό κομμάτι της έρευνας. Παρ' όλ' αυτά, η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών –και στα δύο ερωτηματολόγια- προσέθεταν πάντα το όνομά τους, για να επιβεβαιώσουν μάλλον ότι έλαβαν μέρος στην έρευνα και να μη χάσουν τις 3 προσθετικές μονάδες. Αυτό όμως ίσως να επέδρασε αρνητικά στην

εγκυρότητα των απαντήσεων, αφού η δυνατότητα ταυτοποίησης του περιεχομένου των ερωτηματολογίων με τα στοιχεία των υποκειμένων να απέτρεψε τους συμμετέχοντες να απαντούν ειλικρινά.

Αρχικά, οι φοιτητές καλούνταν να παρακολουθήσουν το μάθημα, όπου γινόταν παρουσίαση οπτικό- ακουστικού υλικού. Ο καθηγητής διέκοπτε το βίντεο, όπου έκρινε απαραίτητο, και σχολίαζε διάφορα στοιχεία της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας (π.χ. συναισθηματική κατάσταση και αντιδράσεις πελάτη, δεξιότητες ψυχοθεραπευτή κ.τ.λ.). Συγκεκριμένα, κλήθηκαν να βαθμολογήσουν έξι βιντεοσκοπημένες ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες (την 8^η, τη 2^η, την 3^η, τη 15^η, τη 16^η και την 5^η) της Έλλης Σωκράτους (ψευδώνυμο), η οποία έπασχε από έντονα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους (Νέστορος, & Βαλλιανάτου, 1990/ 1996). Για το σκοπό αυτό τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν επί τόπου και ομαδικώς το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Ψυχοθεραπευτικής Συνεδρίας. Οι αξιολογήσεις γίνονταν αμέσως μετά το τέλος της προβολής της βιντεοσκοπημένης συνεδρίας στο τέλος του μαθήματος, οπότε και οι φοιτητές είχαν όσο χρόνο ήθελαν στη διάθεσή τους για τη συμπλήρωση του SEQ. Στα δύο τελευταία μαθήματα δόθηκε και το τελικό αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, το οποίο οι φοιτητές μπορούσαν να πάρουν στο σπίτι τους. Όφειλαν να το επιστρέψουν την ημέρα εξέτασής τους στο μάθημα, αρκετές βδομάδες μετά το τέλος των μαθημάτων. Λόγω της έκτασης του ερωτηματολογίου (12 σελίδες) κρίθηκε φρόνιμο να παραχωρηθεί αρκετός χρόνος στους φοιτητές για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου, έτσι ώστε να μην υπεισέλθουν παράγοντες κόπωσης στις απαντήσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όπως αναμενόταν οι δείκτες συνάφειας μεταξύ δεικτών αρνητικών και θετικών κρίσεων (ή συναισθημάτων αντίστοιχα) ήταν πολύ υψηλοί γεγονός που υποδεικνύει την καλή εσωτερική συνοχή των δύο κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα (βλ. Πίνακα 1 και 2).

Πίνακας 1. Δείκτες συνάφειας μεταξύ Δεικτών Θετικού και Αρνητικού συναισθήματος (φοιτητές)

	Αρνητικό Συναίσθημα: Συν 1	affne g2	affneg3	affneg4	affneg5	affneg6
Θετικό Συναίσθημα: Συν. 1	,65					
affpos2		,83				
affpos3			,92			
affpos4				,89		
affpos5					,80	
affpos6						,96

	Αρνητικό Συναίσθημα: Συν 1	affne g2	affneg3	affneg4	affneg5	affneg6
Θετικό Συναίσθημα: Συν. 1	,61					
affpos2		,70				
affpos3			,86			
affpos4				,86		
affpos5					,82	
affpos6						,86

Πίνακας 2. Δείκτες συνάφειας μεταξύ Θετικών και Αρνητικών Κρίσεων για τη συνεδρία (φοιτητές)

Οι Μέσοι όροι (και η τυπική απόκλιση) των ατομικών βαθμολογιών των φοιτητών στις επιμέρους κλίμακες των δύο ερωτηματολογίων για κάθε συνεδρία παρατίθενται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Δείκτες κεντρικής τάσης για τις εκτιμήσεις των φοιτητών ανά συνεδρία.

	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	ΜΟ	ΤΑ
synneg1*	25	17,00	34,00	26,1200	3,92980
synpos1**	25	18,00	34,00	24,6400	4,98230
synneg2	25	12,00	41,00	30,1200	5,60744
synpos2	25	12,00	37,00	29,2800	5,37370
synneg3	25	12,00	39,00	30,9600	4,98732
synpos3	25	12,00	39,00	30,4000	5,87367
synneg4	25	12,00	38,00	29,1200	6,71019
synpos4	25	12,00	38,00	30,0400	6,66758
synneg5	25	8,00	32,00	17,4400	6,13786
synpos5	25	8,00	34,00	18,2000	5,73004
synneg6	25	14,00	38,00	28,3200	4,65224
synpos6	25	15,00	36,00	26,8400	4,87921
affneg1†	25	25,00	44,00	33,8400	5,09640
affpos1§	25	16,00	32,00	23,1600	4,34626
affneg2	25	12,00	46,00	37,4800	6,44929
affpos2	25	11,00	32,00	25,3200	4,56180
affneg3	25	13,00	49,00	38,2000	7,68657
affpos3	25	13,00	34,00	25,8800	5,15040
affneg4	25	18,00	46,00	34,0400	6,36056
affpos4	25	13,00	32,00	23,6000	4,67262
affneg5	25	24,00	41,00	31,2400	5,03554
affpos5	25	15,00	30,00	21,8800	4,18649
affneg6	25	11,00	48,00	34,4000	7,82091
affpos6	25	8,00	35,00	24,1600	5,75674

* Σύνολο βαθμών στην κλίμακα Αρνητικών χαρακτηριστικών συνεδρίας (αντεστραμμένη)

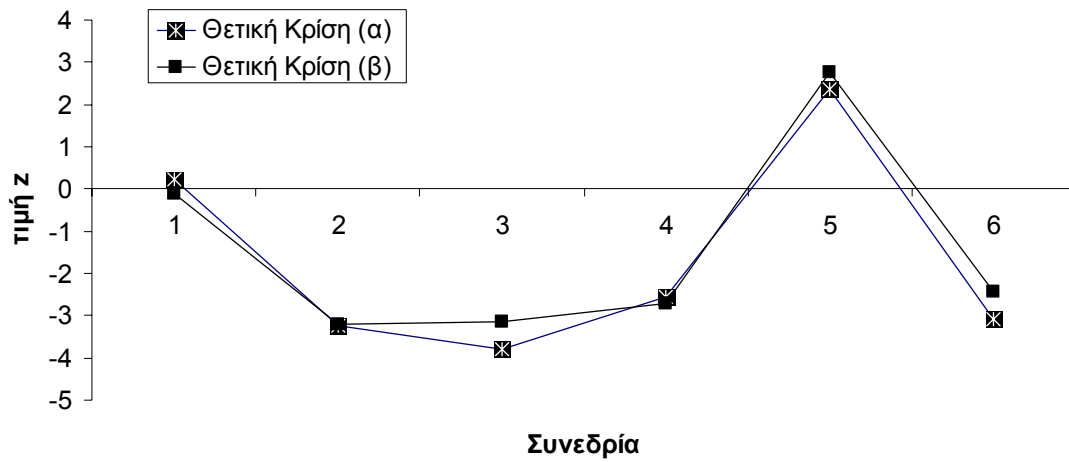
** Σύνολο βαθμών στην κλίμακα Θετικών χαρακτηριστικών συνεδρίας

†Σύνολο βαθμών στην κλίμακα Αρνητικών Συναισθημάτων (αντεστραμμένη)

§Σύνολο βαθμών στην κλίμακα Θετικών Συναισθημάτων

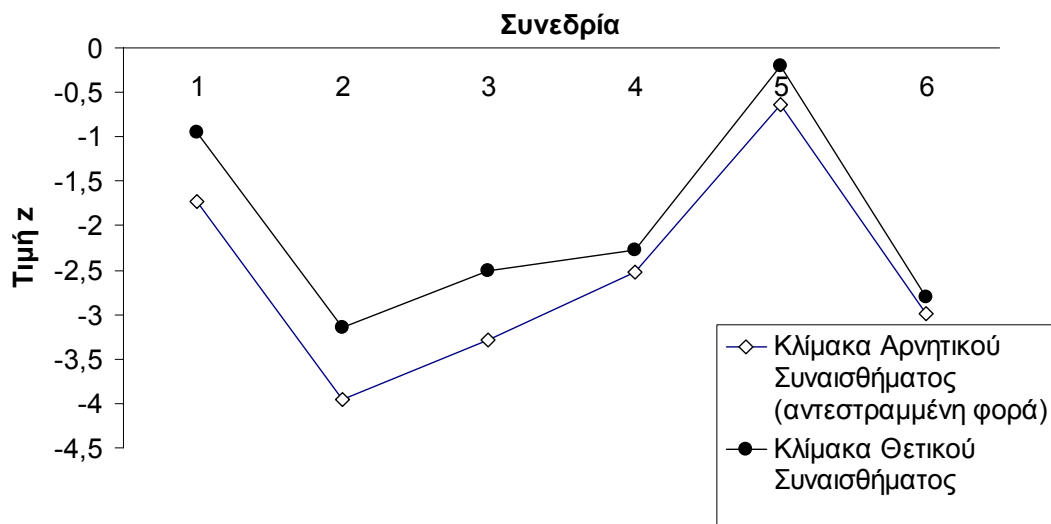
Η σχέση μεταξύ των εκτιμήσεων του θεραπευτή και της ομάδας των φοιτητών αξιολογήθηκε με την μετατροπή των βαθμολογιών στις κλίμακες του θεραπευτή σε τυπικούς βαθμούς με βάση την κατανομή των ατομικών βαθμολογιών των απαντήσεων των φοιτητών στις ίδιες κλίμακες. Οι Εικόνες 1 και 2 παρουσιάζουν την εξέλιξη των αποκλίσεων των εκτιμήσεων του θεραπευτή από εκείνες των φοιτητών σε κάθε μία από τις δύο κλίμακες ανά συνεδρία.

Απόκλιση Κρίσεων Θεραπευτή από Φοιτητές



Εικόνα 1

Απόκλιση Συναισθήματος Θεραπευτή από Φοιτητές



Εικόνα 2.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η υπόθεση της έρευνας δεν επιβεβαιώθηκε. Οι κρίσεις των φοιτητών σχετικά με την ποιότητα των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών βρέθηκαν να είναι συστηματικά καλύτερες από τις αντίστοιχες του κ. Νέστορος για όλες τις συνεδρίες. Το ίδιο ισχύει και ως προς τα αναφερόμενα συναισθήματα. Οι φοιτητές ανέφεραν σε όλες τις συνεδρίες συστηματικά περισσότερο θετική και διεγερμένη διάθεση σε σύγκριση με τον κ. Νέστορος. Μία πιθανή εξήγηση είναι ότι ο ενθουσιασμός των φοιτητών, που δεν είχαν παρακολουθήσει ποτέ προηγουμένως πολλές ή και καμία ψυχοθεραπευτική συνεδρία σε πραγματικές συνθήκες, τους προδιάθεσε θετικά απέναντι στον ψυχοθεραπευτή, αλλά και την ίδια τη θεραπεία. Η θετική αξιολόγηση του ψυχοθεραπευτή ίσως να ήταν το αποτέλεσμα της επίδρασης του κύρους του καθηγητή και του σεβασμού που εμπνέει στους φοιτητές του, καθώς στην περίπτωση αυτής της έρευνας ο υπό αξιολόγηση κριτής και ο διδάσκων του μαθήματος είναι το ίδιο πρόσωπο. Τα δεδομένα αυτά συμφωνούν με τη γνώση ότι τα συναισθήματα- θετικά ή αρνητικά- επηρεάζουν την αντικειμενικότητα των κρίσεων. Επιπλέον, τα δεδομένα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα των Hill et al. (1994) ότι η οι θεραπευτές ως προς την αξιολόγηση και τη διάθεσή τους γίνονται περισσότερο αυτό- κριτικοί και αρνητικοί, όταν παρακολουθούν τον εαυτό τους στο βίντεο. Άλλοι εξωτερικοί κριτές (όπως οι φοιτητές στο δικό μας παράδειγμα) δεν αισθάνονται και δεν αξιολογούν τις συνεδρίες περισσότερο αρνητικά αφού παρακολουθήσουν τη βιντεοσκοπημένη συνεδρία, ίσως γιατί οι ίδιοι δεν είναι, σε τελική ανάλυση, το επίκεντρο της αξιολόγησης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας και η ερμηνεία τους πρέπει να αξιολογηθούν προσεκτικά, λόγω μιας σειράς περιορισμών της εργασίας αυτής. Κατ' αρχάς, προβληματικά αποδεικνύονται το μικρό και αδιαφοροποίητο ως προς διάφορες μεταβλητές δείγμα (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση κ.τ.λ.), καθώς και η μεροληπτικότητα του δείγματος, καθώς οι φοιτητές των οποίων τα δεδομένα συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα επέδειξαν μεγαλύτερο βαθμό επιμέλειας σε σύγκριση με τους υπόλοιπους φοιτητές που δε συμπλήρωσαν τον προαπαιτούμενο αριθμό ερωτηματολογίων. Ένας άλλος περιορισμός είναι η απουσία ομάδας ελέγχου. Τέλος, καλό θα ήταν να έχουν αξιολογήσει τις συνεδρίες περισσότεροι του ενός ψυχοθεραπευτές (κάτι που δε συνέβη στη δική μας έρευνα), έτσι ώστε να μπορούσε να εκτιμηθεί η εγκυρότητα της αξιολόγησης εκ μέρους του θεραπευτή. Αν και το β' ερωτηματολόγιο δε

χρησιμοποιήθηκε τελικά, το γεγονός ότι δεν έχει σταθμιστεί και η προβληματική διατύπωση κάποιων ερωτήσεων θα μπορούσαν να αποδειχθούν εξίσου προβληματικά για εξαγωγή των συμπερασμάτων και την ερμηνεία τους. Ένας τελευταίος περιορισμός είναι ότι υπήρχε δυνατότητα αντιστοίχισης των απαντήσεων των φοιτητών με την ταυτότητά τους, γεγονός που μπορεί να τους ώθησε να παραθέσουν περισσότερο θετικές κρίσεις σχετικά με την ποιότητα των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hill, C. E., Corbett, M. M., Kanitz, B., Rios, P., Lightsey, R. & Gomez, M. (1992). Client behavior in counseling and therapy sessions: Development of a Pantheoretical Measure. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 539-549.
2. Hill, C. E., Thames, T. B. & Rardin, D. K. (1979). Comparison of Rogers, Perls and Ellis on the Hill Counselor Verbal Response Category System. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 198-203.
3. Hill, C. E. & Gormally J. (1977). Effects of reflection, restatement, probe and nonverbal behaviors on client affect. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 92-97.
4. Hill C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.
5. Hill, C. E., O' Grady K. E., Balenger V., Busse W., Falk D. R., Hill M., Rios P. & Taffe R. (1994). Methodological Examination of Videotape- assisted reviews in brief therapy: Helpfulness ratings, therapist intentions, client reactions, mood and session evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 236-247.
6. Hill C. E. & Stephany A. (1990). Relation of Nonverbal behavior to client reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 22-26.
7. Hill C. E. (1975). Sex of client and sex and experience level of counselor. *Journal of Counselling Psychology*, 22(1), 6-11.
8. Hill, C. E. (1992). Tests and Assessment. An Overview of Four Measures Developed to Test the Hill Process Model: Therapist Intentions, Therapist Response Modes, Client Reactions and Client Behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 70, 728-739.
9. Smith E. C. & Grawe K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285.
10. Stiles W.B., Reynolds, S., Hardy, G.E., Rees, A., Barkham, M. & Shapiro, D.A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impact Scale. *Journal of Counselling Psychology*, 41(2), 175-185.
11. Ζγαντζούρη, Α. Κ. (2000). Ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες στις ψυχώσεις: η γένεση των παραληρηματικών ιδεών στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου και στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

(Session Evaluation Questionnaire, SEQ, Stiles, 1980)

Μετάφραση & Προσαρμογή στα Ελληνικά: Ζηταντζούρη Κ.Α. & Νέστορας Ι.Ν.
Εργαστήριο Κλινικής & Κοινωνικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης
Ρέθυμνο, © 1999

ΦΥΛΛΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Θεραπευτής.....Κωδικός Θεραπευόμενου

ΗμερομηνίαΑριθμός Συνεδρίας

Παρακαλώ σημειώστε με κύκλο τον κατάλληλο αριθμό που δείχνει πώς αισθάνεστε για τη σημερινή συνεδρία.

Αυτή η συνεδρία ήταν:

Κακή	1	2	3	4	5	6	7	
Ασφαλής	1	2	3	4	5	6	7	Καλή
Δύσκολη	1	2	3	4	5	6	7	Επικίνδυνη
Αξιόλογη	1	2	3	4	5	6	7	Εύκολη
Επιφανειακή	1	2	3	4	5	6	7	Άνευ Αξίας
Ήρεμη	1	2	3	4	5	6	7	Βαθιά
Δυσάρεστη	1	2	3	4	5	6	7	Τεταμένη
Πλήρης	1	2	3	4	5	6	7	Ευχάριστη
Ανίσχυρη	1	2	3	4	5	6	7	Κενή
Εξαιρετική	1	2	3	4	5	6	7	Ισχυρή
Ανώμαλη	1	2	3	4	5	6	7	Συνηθισμένη
Άνετη	1	2	3	4	5	6	7	Ομαλή
								Ενοχλητική

Αυτή τη στιγμή αισθάνομαι:

Χαρούμενος/η	1	2	3	4	5	6	7	
Θυμωμένος/η	1	2	3	4	5	6	7	Αυπημένος/η
Κινητοποιημένος/η	1	2	3	4	5	6	7	Ευχαριστημένος/η
Αβέβαιος/η	1	2	3	4	5	6	7	Ακίνητοποιημένος/η
Αδιάφορος/η	1	2	3	4	5	6	7	Σίγουρος/η
Ήρεμος/η	1	2	3	4	5	6	7	Συνεπαρμένος/η
Αφυπνισμένος/η	1	2	3	4	5	6	7	Φοβισμένος/η
Φιλικός/η	1	2	3	4	5	6	7	Νυστάγμένος/η
Αργός/η	1	2	3	4	5	6	7	Εχθρικός/η
Ενεργοποιημένος/η	1	2	3	4	5	6	7	Γρήγορος/η
Επηρεασμένος/η	1	2	3	4	5	6	7	Αδραντοποιημένος/η
Σε καταστολή	1	2	3	4	5	6	7	Ανεπηρέαστος/η
								Σε διέγερση

ΚΩΔΙΚΟΣ:-----

1. ΦΥΛΟ Α Θ

2. ΗΛΙΚΙΑ

3. Τμήμα Ψυχολογίας Άλλο (προσδιορίστε)

.....

4. Τρόπος εισαγωγής Πανελλήνιες

Κατατακτήριες

5. Αν έχετε εισαχθεί με κατατακτήριες, από τι είδους σχολή προέρχεστε;

ΑΕΙ

ΤΕΙ

ΙΕΚ

Άλλο (προσδιορίστε)

.....

_ Αναφέρατε συγκεκριμένα το όνομα της σχολής

.....

_ Ολοκληρώσατε τις σπουδές σας στο

εσωτερικό

εξωτερικό

_ Έχετε τελειώσει κάποιο μεταπτυχιακό ή διδακτορικό;

ναι όχι αναφέρατε συγκεκριμένα

.....

_ Έχετε δουλέψει στο παρελθόν ως Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας;

ναι όχι

_ Αν ναι, ποια ήταν (ή είναι) η ιδιότητά σας; (προσδιορίστε)

.....

_ Σε ποιο χώρο; (προσδιορίστε)

.....

_ Για πόσο χρονικό διάστημα; Χρόνια Μήνες Μέρες

6. Έτος φοίτησης:

3^ο 4^ο επανεγγραφή

7. Εξάμηνο φοίτησης:

8. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

ανύπανδρος/ ελεύθερος συζείτε με ένα σύντροφο

παντρεμένος διαζευγμένος (ή ζείτε μακριά από το σύντροφό/

σύζυγός σας)

- χήρος άλλο (προσδιορίστε).....

9. Έχετε παιδιά;

- ναι όχι

_ Αν ναι, πόσα και τι ηλικίας;

.....
.....

10. Έχετε παρακολουθήσει κατά το παρελθόν κάποιο άλλο μάθημα του κ. Νέστορος (υποχρεωτικό/ επιλεγόμενο/ σεμινάριο/ εργαστήριο) ή ακόμα και το μάθημα «Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες» σε προηγούμενο εξάμηνο, όπου έγινε παρουσίαση των συνεδριών της κ. Σωκράτους;

- ναι όχι

_ Αν ναι, ποιο και σε ποιο εξάμηνο; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες εξάμηνο

Εργαστήριο Συνθετικής Ψυχοθεραπείας εξάμηνο

Άλλο /-α (προσδιορίστε)

.....εξάμηνο.....
.....εξάμηνο.....
.....εξάμηνο.....

11. Είχατε διαβάσει το βιβλίο του κ. Νέστορος «Συνθετική Ψυχοθεραπεία», όπου αναλύονται οι συνεδρίες της κ. Σωκράτους, πριν έρθετε σε επαφή με το αντίστοιχο οπτικό-ακουστικό υλικό στα πλαίσια του μαθήματος «Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες»;

- ναι όχι

12. Σε πόσα μαθήματα Κλινικής Ψυχολογίας (υποχρεωτικά/ επιλεγόμενα/ σεμινάρια/ εργαστήρια) έχετε **εξεταστεί** μέχρι τώρα στις σπουδές σας και ποια από αυτά έχετε **παρακολουθήσει**;

Εξέταση Παρακο- Εξ/νο
λούθηση

Θεωρίες Προσωπικότητας (ΚΛΙΨ105) ...

Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων (ΚΛΙΨ108)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων (ΚΛΙΨ118)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες (ΚΛΙΨ115)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Θεωρίες Προσωπικότητας και Ψυχοθεραπείας:			
Κλινικές Εφαρμογές (ΚΛΙΨ245)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Θετικά και Αρνητικά Ψυχωσικά Συμπτώματα (ΚΛΙΨ437)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Σωματικός και Ψυχικός Πόνος: Ψυχαναλυτική			
Προσέγγιση (ΚΛΙΨ438)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Συνθετική Ψυχοθεραπεία (ΚΛΙΨ539)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Εφαρμογές Γνωσιακής Συμπεριφοράς (ΚΛΙΨ540)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Rorschach Test: Προβολικές Διαδικασίες Τεστ Κηλίδων			
Μελάνης (ΚΛΙΨ537)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Άλλο (προσδιορίστε).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

13. Πράγματα που ακούσατε στις «Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες», τα είχατε ακούσει προηγουμένως και σε άλλα μαθήματα;

ναι όχι

_ Αν ναι, σε ποια; (προσδιορίστε)

.....εξάμηνο.....
.....εξάμηνο.....
.....εξάμηνο.....
.....εξάμηνο.....
.....εξάμηνο.....
.....εξάμηνο.....

_ Τι επίδραση πιστεύετε ότι είχε η εμπειρία σας αυτή στην ικανότητά σας να αξιολογείτε μία ψυχοθεραπευτική συνεδρία; [-3 πολύ αρνητική...+3 πολύ θετική]

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

14. Πράγματα που ακούσατε σε άλλα μαθήματα και όχι σε αυτό, τι επίδραση πιστεύετε ότι είχαν στην ικανότητά σας να αξιολογείτε μία ψυχοθεραπευτική συνεδρία; [-3 πολύ αρνητική...+3 πολύ θετική]

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

15. Ποιος είναι ο μέσος όρος του βαθμού του πτυχίου σας μέχρι στιγμής;

.....

16. Έχετε πραγματοποιήσει πρακτική σχετική με τις σπουδές σας;

ναι όχι

_ Αν ναι, τι είδους; (μπορείτε να επιλέξετε πάνω από ένα)

εθελοντική στα πλαίσια του πανεπιστημιακού προγράμματος

στον εργασιακό σας χώρο άλλο (προσδιορίστε).....

.....

_ Τι κατεύθυνσης και για πόσο χρονικό διάστημα συνολικά; (μπορείτε να επιλέξετε πάνω από ένα)

κλινική Μήνες..... Μέρες.....

σχολική Μήνες..... Μέρες.....

κοινωνική Μήνες..... Μέρες.....

άλλο (προσδιορίστε)..... Μήνες..... Μέρες.....

..... Μήνες..... Μέρες.....

..... Μήνες..... Μέρες.....

_ Τι μορφής πρακτική πραγματοποιήσατε;

συμμετείχατε με εποπτεία απλά παρακολουθούσατε

άλλο (προσδιορίστε)

17. Έχετε παρακολουθήσει ψυχολογικά συνέδρια;

ναι όχι

_ Αν ναι, τι είδους και πόσα; (μπορείτε να επιλέξετε πάνω από ένα)

	αριθμός		αριθμός
<input type="checkbox"/> κλινικής	<input type="checkbox"/> κοινωνικής

<input type="checkbox"/> νευροεπιστημών	<input type="checkbox"/> σχολικής
---	-------	-----------------------------------	-------

<input type="checkbox"/> οργανωτικής	<input type="checkbox"/> γνωστικής
--------------------------------------	-------	------------------------------------	-------

<input type="checkbox"/> πολιτικής	<input type="checkbox"/> υγείας
------------------------------------	-------	---------------------------------	-------

άλλο.....

.....

18. Πριν την εισαγωγή σας στη σχολή είχατε την ευκαιρία να παρακολουθήσετε σεμινάρια ενημέρωσης και πρόληψης για ψυχολογικά θέματα;

ναι όχι

_ Αν ναι, πόσα παρακολουθήσατε και για τι είδους θέματα; (προσδιορίστε)

19. Έχετε έρθει σε επαφή με άτομα με ψυχικά προβλήματα;

ναι όχι

_ Αν ναι, που; (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από ένα)

στον επαγγελματικό σας χώρο στον πανεπιστημιακό χώρο

στο οικογενειακό σας περιβάλλον στον κοινωνικό σας περίγυρο

αλλού (προσδιορίστε)

.....

20. Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ψυχολογικές/ ψυχιατρικές δομές;

ναι όχι

_ Αν ναι, με τι είδους;

Ψυχιατρείο

Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών

Κέντρο Πρόληψης Αλκοολισμού

άλλο (προσδιορίστε)

_ Αν ναι, για ποιο λόγο;

για προσωπική ενημέρωση

για προσωπικά προβλήματα

για να βοηθήσω φιλικό/ συγγενικό πρόσωπο

για πρακτική εξάσκηση

δούλευα εκεί

άλλο (προσδιορίστε).....

.....

21. Έχετε ακολουθήσει ποτέ κάποια προσωπική θεραπεία; (ψυχοθεραπεία/
φαρμακοθεραπεία)

ναι όχι

22. Αυτήν την περίοδο ακολουθείτε κάποια προσωπική θεραπεία; (ψυχοθεραπεία/
φαρμακοθεραπεία)

ναι όχι

23. Αν ακολουθήσατε ποτέ προσωπική θεραπεία (ψυχοθεραπεία/ φαρμακοθεραπεία),
παρακαλούμε περιγράψτε μέχρι δύο από τις προσωπικές σας ψυχοθεραπευτικές
εμπειρίες.

Είδος θεραπείας

α. ατομική ομαδική

β. ψυχοθεραπεία φαρμακοθεραπεία συνδυασμός ψυχοθεραπείας-
φαρμακοθεραπείας

γ. Ψυχοδυναμική Συμπεριφοριστική Γνωστική- Συμπεριφοριστική

Ανθρωποκεντρική Συνθετική Συστημική Άλλο
(προσδιορίστε).....

Συνεδρίες ανά εβδομάδα Διάρκεια χρόνια.....μήνες.....

Αξία για εσάς σαν άτομο Κίνητρο αυτής της θεραπείας (μπορείτε να
[0 καμία...5 πολύ μεγάλη] επιλέξετε περισσότερα από ένα)

0 1 2 3 4 5

προβλήματα

εκπαιδευτικοί λόγοι

προσωπική ανάπτυξη

Είδος θεραπείας

α. ατομική ομαδική

β. ψυχοθεραπεία φαρμακοθεραπεία συνδυασμός ψυχοθεραπείας-
φαρμακοθεραπείας

γ. Ψυχοδυναμική Συμπεριφοριστική Γνωστική- Συμπεριφοριστική

Ανθρωποκεντρική Συνθετική Συστημική Άλλο
(προσδιορίστε).....

Συνεδρίες ανά εβδομάδα Διάρκεια χρόνια.....μήνες.....

Αξία για εσάς σαν άτομο Κίνητρο αυτής της θεραπείας (μπορείτε να
[0 καμία...5 πολύ μεγάλη] επιλέξετε περισσότερα από ένα)

0 1 2 3 4 5

προβλήματα

εκπαιδευτικοί λόγοι

προσωπική ανάπτυξη

24. Όταν πάρετε το πτυχίο σας στην Ψυχολογία, ενδιαφέρεστε να ασχοληθείτε με την
Ψυχολογία ή να προσανατολιστείτε σε μια νέα κατεύθυνση;

Ψυχολογία Νέα κατεύθυνση (προσδιορίστε)

25. Αν συνεχίσετε στην Ψυχολογία, ενδιαφέρεστε για κάποιο μεταπτυχιακό ή
διδασκαλικό;

ναι όχι

_ Αν ναι, τι κατεύθυνσης;

Κλινικής Κοινωνικής Υγείας Νευροεπιστήμες Σχολική

Γνωστική Οργανωτική Άλλο (προσδιορίστε).....

26. Σας επηρέασε το παρόν μάθημα ως προς την επιλογή της μελλοντικής σας
κατεύθυνσης;

31. Τι επιρροή είχε το μάθημα «Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες» στις απόψεις σας για την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας; [-3 πολύ αρνητική... +3 πολύ θετική]

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

32. Μετά το μάθημα «Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες» θεωρείτε την ψυχοθεραπεία ως μία απλή θεραπεία, την οποία μπορεί να ασκήσει ο οιοσδήποτε ή ως κάτι το πολύπλοκο που χρειάζεται εξειδίκευση;

απλό φαινόμενο πολύπλοκο φαινόμενο

33. Μετά το μάθημα «Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες» έχει διαφοροποιηθεί η αντίληψή σας για το ποιες πρέπει να είναι οι ικανότητες ενός καλού ψυχοθεραπευτή;

ναι όχι

_ Ποιες πιστεύετε ότι πρέπει να είναι αυτές; [0 καθόλου...3 πάρα πολύ]

Με αποδοχή	0	1	2	3	Συμμετοχικός	0	1	2	3
Εξουσιαστικός	0	1	2	3	Ουδέτερος	0	1	2	3
Προκλητικός	0	1	2	3	Θρεπτικός	0	1	2	3
Ψυχρός	0	1	2	3	Οργανωμένος	0	1	2	3
Αφοσιωμένος	0	1	2	3	Επιτρεπτικός	0	1	2	3
Συγχυσμένος	0	1	2	3	Πρακτικός	0	1	2	3
Επικριτικός	0	1	2	3	Προστατευτικός	0	1	2	3
Απαιτητικός	0	1	2	3	Δεκτικός	0	1	2	3
Αποστασιοποιημένος	0	1	2	3	Ικανός	0	1	2	3
Αποφασιστικός	0	1	2	3	Λεπτός	0	1	2	3
Κατευθυντικός	0	1	2	3	Ανεκτικός	0	1	2	3
Αποτελεσματικός	0	1	2	3	Μη βοηθητικός	0	1	2	3
Φιλικός	0	1	2	3	Ζεστός	0	1	2	3
					Συγχυσμένος	0	1	2	3
Συγκρατημένος	0	1	2	3	Άλλο.....	1	2	3	
Διαισθητικός	0	1	2	3					

34. Ποια από τα παρακάτω αισθάνεστε ότι σας προσέφερε το μάθημα; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα) [0 καθόλου... 5 πάρα πολύ]

- Με βοήθησε να αντιλαμβάνομαι καλύτερα την ουσία των διαφόρων ψυχοπαθολογικών προβλημάτων και να τα επεξεργάζομαι καλύτερα 0 1 2 3 4 5
- Με βοήθησε να αποκτήσω αυτογνωσία 0 1 2 3 4 5
- Με βοήθησε να βελτιώσω τις διαπροσωπικές μου σχέσεις (οικογενειακές, συντροφικές, φιλικές) 0 1 2 3 4 5
- Με βοήθησε να λύσω συγκεκριμένα προβλήματά μου 0 1 2 3 4 5
- Με βοήθησε να προσεγγίσω διάφορες καταστάσεις με εναλλακτικούς και πιο επικοινωνιακούς τρόπους σκέψης 0 1 2 3 4 5

40. Δεδομένου ότι ο σκοπός του μαθήματος ήταν να αποκτήσουν οι φοιτητές κάποιες βασικές γνώσεις για το πώς αξιολογείται μία ψυχοθεραπευτική συνεδρία (δηλαδή με ποια κριτήρια αξιολογείται ως καλή ή κακή), κατά πόσο πιστεύετε ότι ο στόχος επιτεύχθη, κατά πόσο δηλαδή πιστεύετε ότι υπήρξε μία αρχική μύηση στα μυστικά της ψυχοθεραπείας; [-3 μπερδεύτηκα πολύ...+3 βοηθήθηκα πολύ] (αναπτύξτε)

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

41. Μείνατε ευχαριστημένοι με το μάθημα; [0 καθόλου...5 πάρα πολύ]

0 1 2 3 4 5

42. Ποια κατά τη γνώμη σας ήταν τα θετικά στοιχεία του μαθήματος «Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες»;

43. Ποια κατά τη γνώμη σας ήταν τα αρνητικά στοιχεία του μαθήματος «Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες»;

44.

Αν το μάθημα «Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες» ξαναδοθεί στο μέλλον, πως θα μπορούσε, κατά την άποψή σας, να βελτιωθεί;

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία!

SPR
COLLABORATIVE RESEARCH NETWORK

**INTERNATIONAL STUDY OF THE
DEVELOPMENT OF
PSYCHOTHERAPISTS**

THE COLLABORATIVE RESEARCH NETWORK was formed by members of the Society for Psychotherapy Research (SPR) as a cooperative endeavor to conduct an international study of the development of psychotherapists. The SPR is an international, multidisciplinary scientific society. We in the SPR Collaborative Research Network are clinician-researchers in more than a dozen countries, and we seek your participation as a fellow clinician and colleague.

THE AIMS of the International Study of the Development of Psychotherapists are (1) to describe how we professional psychotherapists, psychoanalysts, and counselors develop over the course of our careers, (2) to identify factors that influence our personal and professional development, and (3) to explore similarities and differences in our development as psychotherapists, psychoanalysts, and counselors of different countries, professional backgrounds, and theoretical orientations.

YOUR PARTICIPATION in this study is confidential. It involves completion of the Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire, which asks about your experience and practice as a therapist. It will help greatly if you answer all the questions, but you may omit any that you do not wish to answer. We think that you will find the questionnaire interesting because it offers an opportunity to reflect about the course of your development as a clinician.

On behalf of the CRN Steering Committee, we thank you for your participation.

Prof. David Orlinsky, University of Chicago, CRN Coordinator (North America)
Prof. M. Helge Rønnestad, University of Oslo, CRN Coordinator (Europe)

CRN International Steering Committee: Dr. J. Backfield (New York, USA), Dr. J.-F. Botermans (Catholic University of Louvain), Prof. P. Buchheim (Technical University, Munich), Prof. M. Cierpka (University of Göttingen), Dr. J. Davis (University of Warwick), Dr. A. Dazord (Lyon), Prof. D. Orlinsky (University of Chicago), Prof. M. H. Rønnestad (University of Oslo), Mr. T. Schröder (Derby, England), Dr. U. Willutzki, Ph.D. (Ruhr University-Bochum).

Address inquiries to:

Prof. David E. Orlinsky
Committee on Human Development
University of Chicago
5730 S. Woodlawn Ave.
Chicago, IL 60637, USA
Fax: (1-773) 702-0321
Email: <d-orklinsky@uchicago.edu>

Prof. Joannis N. Nestoros
Department of Psychology
University of Crete
Perivolia, Rethymno 74100
Crete, Greece
Fax: (0831) 51354 or 54014
Email: <glamp@ret.forthnet.gr>

**ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
(SOCIETY FOR PSYCHOTHERAPY RESEARCH)**

ΔΙΚΤΥΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

**ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗΣ
ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ**

*ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΑ ΚΟΙΝΑ ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ*

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΤΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ: UNIVERSITY OF CHICAGO, UNIVERSITY OF
BERN, UNIVERSITY OF WARWICK, TECHNICAL UNIVERSITY OF MUNICH,
CATHOLIC UNIVERSITY OF LOUVAIN, UNIVERSITY OF GOTTINGEN, NORTH
WARWICKSHIRE HEALTH SERVICE, INSERM/LYON, CLINIC BAD HERRENALB,
CHICAGO LOYOLA UNIVERSITY, UNIVERSITY OF OSLO, AIGLE/BUENOS AIRES,
DERBYSHIRE HEALTH SERVICE, HEBREW UNIVERSITY, UNIVERSITY OF IOWA,
UNIVERSITY OF LISBON, RUHR-UNIVERSITY BOCHUM, HAIFA UNIVERSITY,
UNIVERSITY OF CRETE.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΑ ΚΟΙΝΑ ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Το ερωτηματολόγιο αυτό ίσως είναι μεγάλο, αλλά πιστεύουμε ότι παρουσιάζει ενδιαφέρον για ένα κλινικό ψυχοθεραπευτή. Έχει δημιουργηθεί από μια ομάδα κλινικών-ερευνητών από διαφορετικές χώρες και θεωρείται σαν το βασικό εργαλείο για μια διεθνή μελέτη της προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης των ψυχοθεραπευτών. (Για λόγους ευκολίας ο όρος "θεραπευτής" στο ερωτηματολόγιο αναφέρεται γενικά σε κλινικούς όλων των θεωρητικών κατευθύνσεων και με κάθε είδους επαγγελματική εκπαίδευση, και ο όρος "ασθενής" αναφέρεται γενικά σε πελάτες, αναλυόμενους, κλπ). **Αν έχετε έστω και μια μικρή εμπειρία σαν θεραπευτής**, θα εκτιμούσαμε την συμμετοχή σας στη διεθνή αυτή μελέτη, στην οποία έχουν λάβει μέρος θεραπευτές από πολλές χώρες.

Οι περισσότερες από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αυτού μπορούν να απαντηθούν γρήγορα επιλέγοντας την εναλλακτική απάντηση που εκφράζει καλύτερα την προσωπική σας εμπειρία. Παρακαλούμε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις που μπορείτε. Αν έχετε δυσκολίες στην απάντηση μιας ερώτησης, απαντήστε κάνοντας την καλύτερη δυνατή εκτίμηση και συνεχίστε. Αν κάποια ερώτηση πραγματικά δεν σας αφορά, ή δεν ξέρετε την απάντηση ή σας είναι δυσάρεστη, αλλά δηλώστε το δίπλα στην ερώτηση γράφοντας αντίστοιχα: "ΔΤ" = δεν ταιριάζει στην περίπτωσή μου, "?" = δεν γνωρίζω, "Α" = αρνούμαι να απαντήσω. Επειδή η έρευνά μας είναι διεθνής, διαπολιτιστική και πολυγλωσσική, γνωρίζουμε ότι μερικές ερωτήσεις ίσως να μην ταιριάζουν ακριβώς σε κάθε άτομο. Αν είναι αναγκαίο, θα προτιμούσαμε να μας επιστρέψετε ένα ελλιπώς συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο, παρά να μην το επιστρέψετε καθόλου.

Οι πληροφορίες που θα δώσετε σχετικά με τον εαυτό σας και την επαγγελματική σας κατάσταση θα είναι αυστηρά εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα και αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Παρακαλούμε επιστρέψετε το ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τις οδηγίες ή απλά ταχυδρομήστε το στο αρμόδιο κέντρο του Δικτύου που παρατίθεται στο τέλος του ερωτηματολογίου.

Ξεκινώντας, παρακαλούμε δημιουργήστε τον προσωπικό σας κωδικό που θα διασφαλίσει την ανωνυμία σας. Στα κενά διαστήματα που ακολουθούν το αντικείμενο 0-1, συμπληρώστε: τα τρία πρώτα γράμματα του πατρικού ονόματος της μητέρας σας, ακολουθούμενα από τα τρία πρώτα γράμματα του μικρού ονόματος του πατέρα σας. (Για παράδειγμα, αν το πατρικό όνομα της μητέρας σας είναι "Αλεξίου" και το μικρό όνομα του πατέρα σας είναι "Δημήτριος", ο κωδικός που θα δημιουργήσετε είναι ΑΛΕ ΔΗΜ. Αν τα ζητούμενα ονόματα του πατέρα και της μητέρα σας δεν είναι εύκαιρα, αντικαταστήστε τα με άλλα εναλλακτικά τα οποία είστε σίγουρος/η ότι θα θυμάστε σε ανάλογες περιπτώσεις στο μέλλον.

0-1. ΚΩΔΙΚΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ:

0-2. Ημερομηνία γέννησης: μήνας έτος

0-3. Φύλο: άρρεν _____ θήλυ _____

0-4. Ημερομηνία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου: μήνας έτος

0-5. Χώρα διαμονής: _____

To be completed at CRN Centers: ENTRY CTR SERIAL ID COLLECT CTR SAMPLE

[1]

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Ποια είναι η επαγγελματική σας ταυτότητα; Δηλαδή, πως συστήνεστε σε επαγγελματικά πλαίσια;

[α. Επιλέξτε από τις ακόλουθες εναλλακτικές απαντήσεις όλες όσες ισχύουν στην περίπτωση σας.]

β. Αν ταιριάζει, δηλώστε μια ειδικότητα ή υποκατηγορία ύστερα από την απάντηση που δηλώσατε στην κατηγορία α. γ. Παρακαλούμε αναφέρετε αν η εκπαίδευσή σας συνεχίζεται.]

<u>Επάγγελμα</u>	<u>Ειδικότητα</u>	<u>Είστε ακόμα σε εκπαίδευση;</u>
1-1. <input type="checkbox"/> α. Ψυχίατρος	β. _____	γ. <input type="checkbox"/> ναι
1-2. <input type="checkbox"/> α. Ψυχολόγος	β. _____	γ. <input type="checkbox"/> ναι
1-3. <input type="checkbox"/> α. Κοινωνικός Λειτουργός	β. _____	γ. <input type="checkbox"/> ναι
1-4. <input type="checkbox"/> α. Ψυχαναλυτής	β. _____	γ. <input type="checkbox"/> ναι
1-5. <input type="checkbox"/> α. Ψυχοθεραπευτής	β. _____	γ. <input type="checkbox"/> ναι
1-6. <input type="checkbox"/> α. Σύμβουλος	β. _____	γ. <input type="checkbox"/> ναι
1-7. <input type="checkbox"/> α. Γιατρός	β. _____	γ. <input type="checkbox"/> ναι
1-8. <input type="checkbox"/> α. Νοσηλεύτης/τρια	β. _____	γ. <input type="checkbox"/> ναι
1-9. <input type="checkbox"/> α. Άλλο (προσδιορίστε): _____	β. _____	γ. <input type="checkbox"/> ναι

1-10α. Έχετε κάποιο επίσημο ακαδημαϊκό πιστοποιητικό ή πτυχίο/α;

1. Όχι

2. Ναι. [β. Παρακαλούμε περιγράψτε με λεπτομέρεια.]

1-11α. Έχετε κάποιο επαγγελματικό πιστοποιητικό, άδεια ή δίπλωμα;

1. Όχι

2. Ναι. [β. Παρακαλούμε περιγράψτε με λεπτομέρεια.]

1-12α. Είστε μέλος σε κάποιο επαγγελματικό σύλλογο, ένωση ή σωματείο;

1. Όχι

2. Ναι. [β. Παρακαλούμε αναφέρεται τα ονόματα των συλλόγων στα οποία είστε μέλος.]

1-13. Συνολικά, πόση επίσημη εκπαίδευση έχετε λάβει στη θεωρία και τις τεχνικές της ψυχοθεραπείας (διαλέξεις, σεμινάρια και άλλες μορφές διδασκαλίας);

[Υπολογίστε το χρόνο εκπαίδευσης κατά την διάρκεια της αρχικής σας εκπαίδευσης αλλά και μετά από αυτή, αλλά αφαιρέστε τις χρονικές περιόδους όπου δεν λαμβάνατε κάποια επίσημη διδασκαλία. Γράψτε "0" αν δεν έχετε καμία επίσημη εκπαίδευση.]

_____ χρόνια _____ μήνες

1-14. Συνολικά, πόση επίσημη εποπτεία σε περιστατικά έχετε λάβει για τη δουλειά σας σαν θεραπευτής (συνεδρίες ομαδικής ή ατομικής θεραπείας με εποπτεία σε τακτά χρονικά διαστήματα);

[Υπολογίστε το χρόνο εκπαίδευσης κατά την διάρκεια της αρχικής σας εκπαίδευσης αλλά και μετά από αυτή, αλλά αφαιρέστε τις χρονικές περιόδους όπου δεν είχατε κάποια επίσημη εποπτεία. Γράψτε "0" αν δεν έχετε καμία επίσημη εκπαίδευση.]

_____ χρόνια _____ μήνες

1-15. Στο παρελθόν, έχετε εκπαιδευτεί σε κάποιο συγκεκριμένο τύπο ψυχοθεραπείας; [πχ. ψυχανάλυση, συμπεριφορισμός, οικογενειακή θεραπεία, βραχεία ψυχοθεραπεία]

_____ 1. Όχι [προχωρήστε στην ερώτηση 1-20.]

_____ 2. Ναι. [Περιγράψτε τις πιο σημαντικές σας εμπειρίες εκπαίδευσης στη συνέχεια.]

Τύπος θεραπείας	Διάρκεια εκπαίδευσης	Αξία όσον αφορά στην τρέχουσα άσκηση του επαγγέλματός σας						
		[0=Καμμία.....	5=Πολύ μεγάλη]					
1-16. α. _____	β. _____	γ.	0	1	2	3	4	5
1-17. α. _____	β. _____	γ.	0	1	2	3	4	5
1-18. α. _____	β. _____	γ.	0	1	2	3	4	5
1-19. α. _____	β. _____	γ.	0	1	2	3	4	5

1-20. Εκπαιδεύεστε σε κάποιο συγκεκριμένο τύπο ψυχοθεραπείας αυτή την περίοδο;

_____ 1. Όχι [προχωρήστε στην ερώτηση 1-23.]

_____ 2. Ναι. [Περιγράψτε τις πιο σημαντικές σας εμπειρίες εκπαίδευσης στη συνέχεια.]

Τύπος θεραπείας	Διάρκεια εκπαίδευσης	Αξία όσον αφορά στην τρέχουσα άσκηση του επαγγέλματός σας						
		[0=Καμμία.....	5=Πολύ μεγάλη]					
1-21. α. _____	β. _____	γ.	0	1	2	3	4	5
1-22. α. _____	β. _____	γ.	0	1	2	3	4	5

1-23. Αυτή την περίοδο έχετε συστηματική εποπτεία σε κάποιο από τα περιστατικά σας [ατομική θεραπεία, ομαδική θεραπεία, κλπ.];

_____ 1. Όχι

_____ 2. Ναι. [β. Σε πόσα περιστατικά; _____]
 [γ. Σε ποιο τύπο/τύπους θεραπείας; _____]
 [δ. Τι είδος/είδη εποπτείας; _____]

[2]

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

2-1. Συνολικά, πόσο καιρό έχετε ασκήσει το ψυχοθεραπευτικό έργο;

[Υπολογίστε την περίοδο κατά την εκπαίδευσή σας αλλά αφαιρέστε τις περιόδους όπου δεν ασκούσατε το ψυχοθεραπευτικό έργο.]

_____ χρόνια _____ μήνες

Πόσο καιρό έχετε ασκήσει το ψυχοθεραπευτικό έργο στα ακόλουθα είδη εργασιακού περιβάλλοντος:

[Υπολογίστε την περίοδο κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής σας αλλά και μετά από αυτή. Γράψτε "0" αν δεν έχετε εργασιακή εμπειρία. Χρησιμοποιήστε κλασματικό αριθμό αν έχετε εμπειρία μικρότερη από ένα χρόνο.]

2-2. Δημόσιο ίδρυμα με εσωτερικούς ασθενείς.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2-3. Δημόσιο ίδρυμα με εξωτερικούς ασθενείς.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2-4. Ιδιωτικό ίδρυμα με εσωτερικούς ασθενείς.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2-5. Ιδιωτικό ίδρυμα με εξωτερικούς ασθενείς.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2-6. Ιδιωτική εργασία σαν μέλος ομάδας ψυχοθεραπευτών.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2-7. Ιδιωτική εργασία από μόνος σας.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2-8. Άλλο [προσδιορίστε]:.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Υπολογίστε τον αριθμό των περιστατικών που έχετε αντιμετωπίσει θεραπευτικά με κάθε μία από τις ακόλουθες προσεγγίσεις ή μορφές θεραπείας.

	0	1-3	4-9	10-15	16-24	25+
2-9. Ατομική θεραπεία [αριθμός ασθενών].....	0	1	2	3	4	5
2-10. Θεραπεία ζευγούς [αριθμός ζευγαριών].....	0	1	2	3	4	5
2-11. Οικογενειακή θεραπεία [αριθμός οικογενειών]...	0	1	2	3	4	5
2-12. Ομαδική θεραπεία [αριθμός ομάδων].....	0	1	2	3	4	5
2-13. Άλλο [προσδιορίστε]:.....	0	1	2	3	4	5

Υπολογίστε τον αριθμό των ασθενών που έχετε αντιμετωπίσει θεραπευτικά σε κάθε μία από τις ακόλουθες ηλικιακές ομάδες.

	0	1-3	4-9	10-15	16-24	25+
2-14. Δώδεκα χρονών και νεότερους.....	0	1	2	3	4	5
2-15. Δεκατριών ως και δεκαεννέα χρονών.....	0	1	2	3	4	5
2-16. Είκοσι ως είκοσι εννέα χρονών.....	0	1	2	3	4	5
2-17. Τριάντα ως σαράντα εννέα χρονών.....	0	1	2	3	4	5
2-18. Πενήντα ως εξήντα τεσσάρων χρονών.....	0	1	2	3	4	5
2-19. Εξήντα πέντε χρονών και μεγαλύτερους.....	0	1	2	3	4	5

2-20. Πόσοι άλλοι θεραπευτές σας έχουν ζητήσει να τους κάνετε την προσωπική τους θεραπεία;

	0	1-3	4-9	10-15	16-24	25+
	0	1	2	3	4	5

2-21. Σε πόσους άλλους θεραπευτές έχετε ασκήσει εποπτεία στο θεραπευτικό τους έργο;

	0	1-3	4-9	10-15	16-24	25+
	0	1	2	3	4	5

[3]

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΣΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΑΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

Από τη στιγμή που ξεκινήσατε να εργάζεστε
σαν θεραπευτής, κατά πόσο.....

[0=Καθόλου.....5=Πάρα πολύ]

3-1. Έχετε αλλάξει συνολικά σαν θεραπευτής;	0	1	2	3	4	5
3-2. Θεωρείτε αυτή την αλλαγή σαν πρόοδο ή εξέλιξη;	0	1	2	3	4	5
3-3. Θεωρείτε αυτή την αλλαγή σαν έκπτωση ή βλάβη;	0	1	2	3	4	5
3-4. Έχετε κατορθώσει να ξεπεράσετε προηγούμενες δυσκολίες σας σαν θεραπευτής;	0	1	2	3	4	5

Συνολικά, όταν ξεκινήσατε την εκπαίδευσή σας σαν θεραπευτής... [0=Καθόλου.....5=Πολύ]

3-5. Πόσο αποτελεσματικός υπήρξατε ως προς το να πείθετε τους ασθενείς σας να συνάψουν μια θεραπευτική συμμαχία;	0	1	2	3	4	5
3-6. Πόσο "φυσικός" (αυθεντικός) αισθανόσαστε όταν ασκούσατε θεραπευτικό έργο με τους πελάτες σας;	0	1	2	3	4	5
3-7. Πόσο καλή ήταν η γενική θεωρητική σας κατανόηση της θεραπείας;	0	1	2	3	4	5
3-8. Πόση ενσυναίσθηση μπορούσατε να νιώσετε για ασθενείς με τους οποίους είχατε σχετικά λίγα κοινά;	0	1	2	3	4	5
3-9. Πόσο καλός ήσαστε ως προς το να συλλαμβάνετε την ουσία των προβλημάτων των πελατών σας;	0	1	2	3	4	5
3-10. Πόσο έλεγχο είχατε στις τεχνικές και τις στρατηγικές που ελάμβαναν χώρα κατά την άσκηση της ψυχοθεραπείας;	0	1	2	3	4	5
3-11. Πόσο καλή κατανόηση είχατε για αυτά που συνέβαιναν στιγμή προς στιγμή κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών;	0	1	2	3	4	5
3-12. Πόσο αποτελεσματικός υπήρξατε ως προς το να εκφράζετε την κατανόηση και το ενδιαφέρον σας στους ασθενείς σας;	0	1	2	3	4	5
3-13. Πόσο ταλαντούχος υπήρξατε ως προς το να πείθετε τους ασθενείς σας να εκτελούν το ρόλο τους στη θεραπεία;	0	1	2	3	4	5
3-14. Πόσο ικανός υπήρξατε ως προς το να ανιχνεύετε και να αντιμετωπίζετε τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών σας απέναντί σας;	0	1	2	3	4	5
3-15. Πόσο καλός υπήρξατε ως προς το να χρησιμοποιήσετε εποικοδομητικά τις προσωπικές σας αντιδράσεις προς τους ασθενείς σας;	0	1	2	3	4	5
3-16. Πόση εμπιστοσύνη είχατε στον εαυτό σας στο ρόλο σας σαν θεραπευτής;	0	1	2	3	4	5

Όταν ξεκινήσατε να εργάζεστε σαν θεραπευτής, κατά πόσο το θεραπευτικό σας έργο καθοδηγείται από τα ακόλουθα θεωρητικά πλαίσια;

[0=Καθόλου.....5=Πάρα πολύ]

3-17. Αναλυτικό/Ψυχοδυναμικό.....	0	1	2	3	4	5
3-18. Συμπεριφοριστικό.....	0	1	2	3	4	5
3-19. Γνωστικό.....	0	1	2	3	4	5
3-20. Ανθρωπιστικό.....	0	1	2	3	4	5
3-21. Συστημικό.....	0	1	2	3	4	5
3-22. Άλλο [προσδιορίστε]: _____	1	2	3	4	5	

Συνολικά, στην τρέχουσα περίοδο.....

[0=Καθόλου.....5=Πολύ]

3-23. Πόσο αποτελεσματικός είστε ως προς το να πείθετε τους ασθενείς σας να συνάψουν μια θεραπευτική συμμαχία;	0	1	2	3	4	5
3-24. Πόσο "φυσικός" (αυθεντικός) αισθάνεστε όταν ασκείτε θεραπευτικό έργο με τους πελάτες σας;	0	1	2	3	4	5
3-25. Πόσο καλή είναι η γενική θεωρητική σας κατανόηση της θεραπείας;	0	1	2	3	4	5
3-26. Πόση ενσυναίσθηση μπορείτε να νιώσετε για ασθενείς με τους οποίους έχετε σχετικά λίγα κοινά;	0	1	2	3	4	5
3-27. Πόσο καλός είστε ως προς το να συλλαμβάνετε την ουσία των προβλημάτων των πελατών σας;	0	1	2	3	4	5
3-28. Πόσο έλεγχο έχετε στις τεχνικές και τις στρατηγικές που λαμβάνουν χώρα κατά την άσκηση της ψυχοθεραπείας;	0	1	2	3	4	5
3-29. Πόσο καλή κατανόηση έχετε για αυτά που συμβαίνουν στιγμή προς στιγμή κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών;	0	1	2	3	4	5
3-30. Πόσο αποτελεσματικός είστε ως προς το να εκφράζετε την κατανόηση και το ενδιαφέρον σας στους ασθενείς σας;	0	1	2	3	4	5
3-31. Πόσο ταλαντούχος είστε ως προς το να πείθετε τους ασθενείς σας να εκτελούν το ρόλο τους στη θεραπεία;	0	1	2	3	4	5
3-32. Πόσο ικανός είστε ως προς το να ανιχνεύετε και να αντιμετωπίζετε τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών σας απέναντί σας;	0	1	2	3	4	5
3-33. Πόσο καλός είστε ως προς το να χρησιμοποιείτε επικοινωνιακά τις προσωπικές σας αντιδράσεις προς τους ασθενείς σας;	0	1	2	3	4	5
3-34. Πόση ακρίβεια, επιδεξιότητα και λεπτότητα έχετε επιτύχει στο θεραπευτικό σας έργο;	0	1	2	3	4	5

4-2. Είστε αυτή την περίοδο σε προσωπική θεραπεία, ανάλυση ή συμβουλευτική;

- _____ 1. Όχι.
_____ 2. Ναι.

4-3. Έχετε κάνει στο παρελθόν προσωπική ψυχοθεραπεία, ανάλυση ή συμβουλευτική;

- _____ 1. Όχι.
_____ 2. Ναι.

Παρακαλούμε περιγράψτε μέχρι τέσσερις από τις προσωπικές (σαν θεραπευόμενος) ψυχοθεραπευτικές εμπειρίες που είχατε [βλέπε στη συνέχεια ερωτήσεις 4-4 ως 4-7]. Αν ΔΕΝ έχετε κάνει προσωπική θεραπεία, ανάλυση ή συμβουλευτική, ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 5-1.

Είδος θεραπείας	Συνεδρίες ανά εβδομάδα	Διάρκεια	Αξία για εσάς σαν άτομο [0=Καμμία.....5=Πολύ μεγάλη]
4-4. α. _____	β. _____	γ. ___ χρ. ___ μην.	δ. 0 1 2 3 4 5
<u>Κίνητρο αυτής της θεραπείας</u> [σημειώστε όλα όσα ισχύουν]:			
ε. ___ Εκπαιδευτικοί λόγοι, στ. ___ Προσωπική ανάπτυξη, ζ. ___ Προβλήματα			

Είδος θεραπείας	Συνεδρίες ανά εβδομάδα	Διάρκεια	Αξία για εσάς σαν άτομο [0=Καμμία.....5=Πολύ μεγάλη]
4-5. α. _____	β. _____	γ. ___ χρ. ___ μην.	δ. 0 1 2 3 4 5
<u>Κίνητρο αυτής της θεραπείας</u> [σημειώστε όλα όσα ισχύουν]:			
ε. ___ Εκπαιδευτικοί λόγοι, στ. ___ Προσωπική ανάπτυξη, ζ. ___ Προβλήματα			

Είδος θεραπείας	Συνεδρίες ανά εβδομάδα	Διάρκεια	Αξία για εσάς σαν άτομο [0=Καμμία.....5=Πολύ μεγάλη]
4-6. α. _____	β. _____	γ. ___ χρ. ___ μην.	δ. 0 1 2 3 4 5
<u>Κίνητρο αυτής της θεραπείας</u> [σημειώστε όλα όσα ισχύουν]:			
ε. ___ Εκπαιδευτικοί λόγοι, στ. ___ Προσωπική ανάπτυξη, ζ. ___ Προβλήματα			

Είδος θεραπείας	Συνεδρίες ανά εβδομάδα	Διάρκεια	Αξία για εσάς σαν άτομο [0=Καμμία.....5=Πολύ μεγάλη]
4-7. α. _____	β. _____	γ. ___ χρ. ___ μην.	δ. 0 1 2 3 4 5
<u>Κίνητρο αυτής της θεραπείας</u> [σημειώστε όλα όσα ισχύουν]:			
ε. ___ Εκπαιδευτικοί λόγοι, στ. ___ Προσωπική ανάπτυξη, ζ. ___ Προβλήματα			

[5]

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ

Κατά πόσο το θεραπευτικό σας έργο καθοδηγείται στην τρέχουσα περίοδο από τα ακόλουθα θεωρητικά πλαίσια:

[0=Καθόλου.....5=Πάρα πολύ]

5-1. Αναλυτικό/Ψυχοδυναμικό.....	0	1	2	3	4	5
5-2. Συμπεριφοριστικό.....	0	1	2	3	4	5
5-3. Γνωστικό.....	0	1	2	3	4	5
5-4. Ανθρωπιστικό.....	0	1	2	3	4	5
5-5. Συστημικό.....	0	1	2	3	4	5
5-6. Άλλο [προσδιορίστε]: _____	1	2	3	4	5	

Στην τρέχουσα εργασία σας σαν θεραπευτής, πόσο σημαντικό νομίζετε ότι είναι να συνειδητοποιήσουν οι περισσότεροι από τους ασθενείς σας τους ακόλουθους στόχους; [Σημειώστε τους τέσσερις στόχους που κρίνετε ότι είναι γενικά πιο σημαντικοί.]

- ____ 5-7. Να αποκτήσουν ένα ισχυρό αίσθημα αυτοαξίας και ταυτότητας
- ____ 5-8. Να σκέφτονται ρεαλιστικά για το νόημα των γεγονότων στη ζωή τους.
- ____ 5-9. Να αφήνονται να βιώνουν πλήρως τα συναισθήματά τους.
- ____ 5-10. Να μάθουν να συμπεριφέρονται αποτελεσματικά σε προβληματικές καταστάσεις.
- ____ 5-11. Να λύσουν τις συναισθηματικές τους συγκρούσεις σε σχέση με εσάς σαν θεραπευτή τους.
- ____ 5-12. Να κατανοήσουν τα συναισθήματα, κίνητρα και/ή τη συμπεριφορά τους.
- ____ 5-13. Να μετριάσουν τις υπερβολικές, ακατάλληλες ή παράλογες συναισθηματικές τους αντιδράσεις.
- ____ 5-14. Να αποκτήσουν τη δύναμη να προσεγγίσουν νέες καταστάσεις ή καταστάσεις που απέφυγαν στο παρελθόν.
- ____ 5-15. Να συνθέσουν αποκλεισμένες ή απομονωμένες πλευρές της εμπειρίας τους.
- ____ 5-16. Να μειώσουν τα συμπτώματά τους.
- ____ 5-17. Να σκέφτονται λογικά και έγκυρα τις πιθανές συνέπειες της συμπεριφοράς τους.
- ____ 5-18. Να βελτιώσουν την ποιότητα των σχέσεών τους.
- ____ 5-19. Να τροποποιήσουν ή να ελέγξουν προβληματικά πρότυπα συμπεριφοράς.
- ____ 5-20. Να εκτιμήσουν τον εαυτό τους ρεαλιστικά.
- ____ 5-21. Να αναγνωρίσουν και να επιδιώξουν τους στόχους τους.
- ____ 5-22. Άλλο [προσδιορίστε]: _____

Πως θα θέλατε κυρίως να είστε στη δουλειά σας σαν θεραπευτής;

[0=Καθόλου.....3=Πάρα πολύ]

[0=Καθόλου.....3=Πάρα πολύ]

5-23. Με αποδοχή	0	1	2	3	5-34. Αποτελεσματικός	0	1	2	3
5-24. Εξουσιαστικός	0	1	2	3	5-35. Φιλικός	0	1	2	3
5-25. Προκλητικός	0	1	2	3	5-36. Συγκρατημένος	0	1	2	3
5-26. Ψυχρός	0	1	2	3	5-37. Διαισθητικός	0	1	2	3
5-27. Αφοσιωμένος	0	1	2	3	5-38. Συμμετοχικός	0	1	2	3
5-28. Συγχυσμένος	0	1	2	3	5-39. Ουδέτερος	0	1	2	3
5-29. Επικριτικός	0	1	2	3	5-40. Θρεπτικός	0	1	2	3
5-30. Απαιτητικός	0	1	2	3	5-41. Οργανωμένος	0	1	2	3
5-31. Αποστασιοποιημένος	0	1	2	3	5-42. Επιτρεπτικός	0	1	2	3
5-32. Αποφασιστικός	0	1	2	3	5-43. Πρακτικός	0	1	2	3
5-33. Κατευθυντικός	0	1	2	3	5-44. Προστατευτικός	0	1	2	3

	[0=Καθόλου...3=Πάρα πολύ]				[0=Καθόλου...3=Πάρα πολύ]				
5-45. Δεκτικός	0	1	2	3	5-49. Ανεκτικός	0	1	2	3
5-46. Συγκρατημένος	0	1	2	3	5-50. Μη βοηθητικός	0	1	2	3
5-47. Ικανός	0	1	2	3	5-51. Ζεστός	0	1	2	3
5-48. Λεπτός	0	1	2	3	5-52. Άλλο: _____		1	2	3

[6]

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΑΣ

Στην πρόσφατη εργασία σας σαν ψυχοθεραπευτής, κατά πόσο...

[0=Καθόλου.....5=Πάρα πολύ]

6-1. Αισθάνεστε ότι αλλάζετε σαν θεραπευτής;	0	1	2	3	4	5
6-2. Αυτή η αλλαγή μοιάζει με βελτίωση ή πρόοδο;	0	1	2	3	4	5
6-3. Αυτή η αλλαγή μοιάζει με έκπτωση ή βλάβη;	0	1	2	3	4	5
6-4. Αισθάνεστε ότι ξεπερνάτε προηγούμενους περιορισμούς που έθεταν οι δυνατότητές σας σαν θεραπευτής;	0	1	2	3	4	5
6-5. Αισθάνεστε ότι γίνεστε πιο ικανός στη θεραπεία;	0	1	2	3	4	5
6-6. Αισθάνεστε ότι προχωρά σε βάθος η κατανόησή σας για την θεραπεία;	0	1	2	3	4	5
6-7. Αισθάνεστε μια αυξανόμενη αίσθηση ενθουσιασμού για την άσκηση της ψυχοθεραπείας;	0	1	2	3	4	5
6-8. Αισθάνεστε να απογοητεύεστε σχετικά με τη θεραπεία;	0	1	2	3	4	5
6-9. Αισθάνεστε ότι χάνετε την ικανότητά σας να δείχνεται ενσυναίσθηση;	0	1	2	3	4	5
6-10. Αισθάνεστε ότι η εργασία σας έχει γίνει σε μεγάλο βαθμό ρουτίνα;	0	1	2	3	4	5

Στις τρέγουσες συνεδρίες σας, πόσο συχνά αισθάνεστε (ότι είστε).....

[0=Ποτέ.....3=Πολύ συχνά]

[0=Ποτέ.....3=Πολύ συχνά]

6-11. Απών	0	1	2	3	6-17. Απρόσεκτος	0	1	2	3
6-12. Αγχωμένος	0	1	2	3	6-18. Εμπνευσμένος	0	1	2	3
6-13. Βαριεστημένος	0	1	2	3	6-19. Καταβεβλημένος	0	1	2	3
6-14. Ότι έχετε μια πρόκληση	0	1	2	3	6-20. Πιεσμένος	0	1	2	3
6-15. Νυσταγμένος	0	1	2	3	6-21. Με διεγερμένο ενδιαφέρον	0	1	2	3
6-16. Να σας συνειπαίρνει η διαδικασία	0	1	2	3	6-22. Παγιδευμένος	0	1	2	3

Πόση επιρροή (θετική και/ή αρνητική) αισθάνεστε ότι έχει καθένα από τα επόμενα στη τρέγουσα εξέλιξή σας σαν θεραπευτής;

[Μπορείτε να κυκλώσετε ταυτόχρονα μια θετική και μια αρνητική απάντηση]

	[α]					[β]					
	[-3=Πολύ Αρνητική.....+3=Πολύ Θετική]										
6-23. Η θεραπευτική σας εμπειρία με τους ασθενείς.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3				
6-24. Η εργασία με συν-θεραπευτές.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3				
6-25. Η παρακολούθηση μαθημάτων ή σεμιναρίων.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3				
6-26. Η επίσημη εκπαίδευση ή καθοδήγηση στα περιστατικά σας.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3				
6-27. Οι ανεπίσημες συζητήσεις των περιστατικών με συναδέλφους.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3				
6-28. Οι συνθήκες εργασίας του ιδρύματος που εργάζεστε.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3				
6-29. Η ανάγνωση βιβλίων και περιοδικών σχετικών με το αντικείμενο της δουλειάς σας.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3				

6-30. Η παρακολούθηση θεραπειών σε σεμινάρια, ταινίες εικόνας ή ήχου.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-31. Η προσωπική σας θεραπεία, ανάλυση ή συμβουλευτική (ομαδική, ατομική, κλπ.).....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-32. Η επίσημη εποπτεία και καθοδήγηση σε άλλους.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-33. Να διδάσκετε μαθήματα και σεμινάρια.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-34. Να ασκείτε ερευνητικό έργο.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-35. Οι προσωπικές σας εμπειρίες εκτός θεραπείας.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6-36. Άλλο [προσδιορίστε]:.....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

[7]

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΣΑΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

Στην τρέχουσα περίοδο, πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε σαν ψυχοθεραπευτής στα ακόλουθα είδη εργασιακού περιβάλλοντος ; [Γράψτε "0" αν δεν εργάζεστε.]

7-1. Δημόσιο ίδρυμα με εσωτερικούς ασθενείς.....	_____	ώρες
7-2. Δημόσιο ίδρυμα με εξωτερικούς ασθενείς.....	_____	ώρες
7-3. Ιδιωτικό ίδρυμα με εσωτερικούς ασθενείς.....	_____	ώρες
7-4. Ιδιωτικό ίδρυμα με εξωτερικούς ασθενείς.....	_____	ώρες
7-5. Ιδιωτική εργασία σαν μέλος ομάδας ψυχοθεραπευτών.....	_____	ώρες
7-6. Ιδιωτική εργασία από μόνος σας.....	_____	ώρες
7-7. Άλλο [προσδιορίστε]:.....	_____	ώρες

7-8. Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος ή δυσαρεστημένος είστε από το βασικό περιβάλλον εργασίας σας σαν θεραπευτής;

[-3=Πολύ Δυσανεστημένος.....+3=Πολύ Ικανοποιημένος]

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

7-9. Πόσο αισθάνεστε να σας στηρίζουν στο βασικό περιβάλλον εργασίας σας σαν θεραπευτής;

[0=Καθόλου.....5=Απόλυτα]

0 1 2 3 4 5

Στο βασικό περιβάλλον εργασίας σας σαν θεραπευτής,
πόσο έλεγχο έχετε πάνω στην.....

[0=Καθόλου.....5=Απόλυτο]

7-10. Επιλογή των ασθενών που αντιμετωπίζετε θεραπευτικά.....	0	1	2	3	4	5
7-11. Τον αριθμό των ασθενών που αντιμετωπίζετε θεραπευτικά.....	0	1	2	3	4	5
7-12. Τη θεωρητική κατεύθυνση που χρησιμοποιείτε.....	0	1	2	3	4	5
7-13. Το χρονοδιάγραμμα της θεραπείας.....	0	1	2	3	4	5
7-14. Τη διάρκεια της θεραπείας που προσφέρετε.....	0	1	2	3	4	5
7-15. Τις υπόλοιπες συνθήκες εργασίας σας.....	0	1	2	3	4	5

Πόσα περιστατικά αντιμετωπίζετε θεραπευτικά στην τρέχουσα περίοδο με κάθε μία από τις ακόλουθες προσεγγίσεις ή μορφές θεραπείας:

[Γράψτε "0" αν δεν παρακολουθείτε κανένα.]

- 7-16. Ατομική θεραπεία [αριθμός ασθενών]..... _____
 7-17. Θεραπεία ζεύγους [αριθμός ζευγαριών]..... _____
 7-18. Οικογενειακή θεραπεία [αριθμός οικογενειών]..... _____
 7-19. Ομαδική θεραπεία [αριθμός ομάδων]..... _____
 7-20. Άλλο [προσδιορίστε]: _____

Πόσους ασθενείς αντιμετωπίζετε θεραπευτικά στην τρέχουσα περίοδο σε κάθε μία από τις ακόλουθες ηλικιακές ομάδες:

[Γράψτε "0" αν δεν παρακολουθείτε κανένα.]

- 7-21. Δώδεκα χρονών και νεότερους..... _____
 7-22. Δεκατριών ως και δεκαεννέα χρονών..... _____
 7-23. Είκοσι ως είκοσι εννέα χρονών..... _____
 7-24. Τριάντα ως σαράντα εννέα χρονών..... _____
 7-25. Πενήντα ως εξήντα τεσσάρων χρονών..... _____
 7-26. Εξήντα πέντε χρονών και μεγαλύτερους..... _____

Παρακαλούμε περιγράψτε τις κατηγορίες ασθενών που αντιμετωπίζετε θεραπευτικά πιο συχνά στη τρέχουσα εργασία σας σαν θεραπευτής.

[Σημειώστε μέχρι τέσσερις κατηγορίες, χρησιμοποιώντας όποιο διαγνωστικό ή περιγραφικό σύστημα προτιμάτε.]

- 7-27. _____
 7-28. _____
 7-29. _____
 7-30. _____

7-31. Διαφέρουν αυτές οι κατηγορίες ασθενών από αυτές που αντιμετωπίζατε θεραπευτικά πιο συχνά στην προηγούμενη εργασία σας σαν θεραπευτής;

- _____ 1. Όχι.
 _____ 2. Ναι. [Παρακαλούμε προσδιορίστε τις κατηγορίες ασθενών που αντιμετωπίζατε θεραπευτικά πιο συχνά στην προηγούμενη εργασία σας σαν θεραπευτής. Σημειώστε μέχρι τέσσερις κατηγορίες.]

- α. _____
 β. _____
 γ. _____
 δ. _____

7-32. Σε τι βαθμό εσείς προσωπικά στηρίζετε στη διάγνωση ή την ταξινόμηση στην τρέχουσα εργασία σας σαν θεραπευτής;

[0=Καθόλου.....5=Πάρα πολύ]

0 1 2 3 4 5

Πόσο διαταραγμένοι ή με έντονη ψυχοπαθολογία είναι οι ασθενείς που αντιμετωπίζετε ψυχοθεραπευτικά στην τρέχουσα περίοδο;

[Σημειώστε τον αριθμό των ασθενών που αντιμετωπίζετε ψυχοθεραπευτικά ο ίδιος στο παρόν σε κάθε ένα από τα ακόλουθα επίπεδα διαταραχής. Στηρίξτε την κατηγοριοποίησή σας στο τρέχον επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή.]

- 7-33. _____ Απουσία συμπτωμάτων ή ελάχιστα συμπτώματα - κοινωνικά αποτελεσματικός - γενικά ικανοποιημένος από τη ζωή - τίποτα περισσότερο από καθημερινά προβλήματα ή ανησυχίες.
- 7-34. _____ Τα συμπτώματα είναι παρόντα σαν μεταβατικές και αναμενόμενες αντιδράσεις σε ψυχοκοινωνικά στρεσογόνα γεγονότα - γενικά τίποτα περισσότερο από ελαφριά έκπτωση στην κοινωνική, εργασιακή ή σχολική λειτουργικότητα.
- 7-35. _____ Ήπια αλλά επίμονα συμπτώματα [πχ. καταθλιπτική διάθεση και μέτρια αϋπνία], ή κάποια δυσκολία στην κοινωνική, εργασιακή ή σχολική λειτουργικότητα αλλά γενικά λειτουργεί αρκετά καλά - έχει μερικές σημαντικές διαπροσωπικές σχέσεις.
- 7-36. _____ Μέτρια συμπτώματα [πχ. επίπεδο συναίσθημα και υπερλεπτομερειακός λόγος, περιστασιακές κρίσεις πανικού], ή μέτρια δυσκολία στην κοινωνική, εργασιακή ή σχολική λειτουργικότητα.
- 7-37. _____ Σοβαρά συμπτώματα [πχ. αυτοκτονικός ιδεασμός, σοβαρά ψυχαναγκαστικά τελετουργικά], ή σοβαρή βλάβη στην κοινωνική, εργασιακή ή σχολική λειτουργικότητα.
- 7-38. _____ Σημαντική βλάβη στον έλεγχο της πραγματικότητας ή την επικοινωνία [πχ. η ομιλία είναι συχνά παράλογη, δυσνόητη, ή άσχετη] ή μεγάλη βλάβη σε αρκετούς τομείς, όπως η εργασία, οι οικογενειακές σχέσεις, η κρίση, η σκέψη ή η διάθεση.
- 7-39. _____ Σοβαρή βλάβη στην επικοινωνία ή την κρίση [πχ. Η συμπεριφορά επηρεάζεται αξιοσημείωτα από παραληρήματα ή ψευδαισθήσεις], ή ανικανότητα να λειτουργήσει σε όλους σχεδόν τους τομείς.
- 7-40. _____ Πραγματικός κίνδυνος να βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους [πχ. απόπειρες αυτοκτονίας, επαναλαμβανόμενη βία] ή αποτυχία να διατηρήσει μια ελάχιστη προσωπική υγιεινή ή κατάφωρη βλάβη στην επικοινωνία [πχ. πολύ ασυνάρτητος ή βουβός].
- 7-41. Τα επίπεδα διαταραχής των ασθενών αυτών διαφέρουν από αυτά των ασθενών που συνήθως αντιμετωπίζετε θεραπευτικά στο παρελθόν;
1. Όχι.
2. Ναι. [Παρακαλούμε προσδιορίστε τα συνήθη επίπεδα της διαταραχής των ασθενών που αντιμετωπίζατε θεραπευτικά στο παρελθόν' σημειώστε μέχρι τρία επίπεδα, χρησιμοποιώντας τους αριθμούς των κατηγοριών της προηγούμενης κλίμακας (ερωτήσεις 7-33 ως 7-40)]:
- α. _____
- β. _____
- γ. _____
- 7-42. Πόση ικανοποίηση αντλείτε από την τρέχουσα εργασία σας σαν θεραπευτής; [0=Καθόλου.....5=Πολύ μεγάλη]
- 0 1 2 3 4 5

7-43. Πόση δυσανεξία βιώνετε στην τρέχουσα εργασία σας σαν θεραπευτής;

[0=Καθόλου.....5=Πολύ μεγάλη]
0 1 2 3 4 5

[8]

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΑΣ ΕΡΓΟ

Δυσκολίες στην άσκηση της θεραπείας

Στην τρέχουσα εργασία σας, πόσο συχνά νιώθετε.....

[0=Ποτέ.....5=Πολύ συχνά]

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8-1. Έλλειψη αυτοπεποίθησης ότι μπορείτε να επιτύχετε θετικά αποτελέσματα με ένα ασθενή. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-2. Φόβο ότι κάνετε περισσότερη ζημιά παρά ωφελείτε ένα ασθενή. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-3. Αβεβαιότητα για τον καλύτερο τρόπο να αντιμετωπίσετε αποτελεσματικά ένα ασθενή. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-4. Κίνδυνο να χάσετε τον έλεγχο της θεραπευτικής κατάστασης με ένα ασθενή. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-5. Ανικανότητα να αισθανθείτε σε μεγάλο βαθμό πραγματική ενσυναίσθηση για τις εμπειρίες του ασθενή. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-6. Ανησυχία ότι οι προσωπικές σας αξίες σας δυσκολεύουν να διατηρήσετε την ενδεδειγμένη στάση απέναντι σε ένα ασθενή. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-7. Δυστυχία από την αδυναμία σας να επηρεάσετε την τραγική κατάσταση της ζωής ενός ασθενή. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-8. Προβληματισμό για ηθικά ή δεοντολογικά ζητήματα που προκύπτουν στη θεραπεία ενός ασθενή. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-9. Αδυναμία να δημιουργήσετε την απαραίτητη ορμή για να πάρει η θεραπεία μια θετική κατεύθυνση. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-10. Εκνευρισμό με ένα ασθενή που ενεργά μπλοκάρει τις προσπάθειές σας. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-11. Αποθάρρυνση εξαιτίας της αδυναμίας σας να βρείτε τρόπους να βοηθήσετε ένα ασθενή. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-12. Ενοχή για λάθος χειρισμό μιας κρίσιμης κατάστασης ενός ασθενή. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-13. Αδυναμία να κατανοήσετε την ουσία των προβλημάτων του ασθενή. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8-14. Αδυναμία να αντέξετε τις συναισθηματικές ανάγκες ενός ασθενή.	0	1	2	3	4	5
8-15. Αδυναμία να βρείτε κάτι που να σας αρέσει ή να σας προκαλεί σεβασμό σε ένα ασθενή.	0	1	2	3	4	5
8-16. Ενοχλημένοι επειδή καταστάσεις της προσωπικής σας ζωή παρεμβαίνουν στη θεραπεία ενός ασθενή.	0	1	2	3	4	5
8-17. Εξοργισμένος από κάποιους παράγοντες στη ζωή ενός ασθενούς που αποκλείουν ένα θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.	0	1	2	3	4	5
8-18. Προβληματισμένος για τον τρόπο που θα συμβιβάζετε τις υποχρεώσεις σας προς διαφορετικούς πελάτες σας.	0	1	2	3	4	5
8-19. Παιδευμένος σε μια σχέση με ένα ασθενή που δεν οδηγεί πουθενά.	0	1	2	3	4	5
8-20. Απογοήτευση για ένα ασθενή επειδή άδικα χάνετε τον χρόνο σας μαζί του.	0	1	2	3	4	5
8-21. Κάτι άλλο που σας δημιουργεί δυσκολίες [προσδιορίστε]: _____	1	2	3	4	5	

Στρατηγικές προσαρμογής

Όταν αντιμετωπίζετε δυσκολίες, πόσο συχνά.....;

[0=Ποτέ.....5=Πολύ συχνά]

8-22. Προσπαθείτε να δείτε το πρόβλημα από μια διαφορετική σκοπιά.	0	1	2	3	4	5
8-23. Προσπαθείτε να συγκρατήσετε τα ενοχλητικά συναισθήματά σας.	0	1	2	3	4	5
8-24. Μοιράζεστε με τον ασθενή σας τη δυσκολία που αντιμετωπίζετε.	0	1	2	3	4	5
8-25. Συζητάτε το πρόβλημα με ένα συνάδελφο.	0	1	2	3	4	5
8-26. Συμβουλευόστε σχετικά άρθρα ή βιβλία.	0	1	2	3	4	5
8-27. Εμψύχετε και κάποιον άλλο επαγγελματία ή υπηρεσία στην υπόθεση.	0	1	2	3	4	5
8-28. Ψάχνετε κάποιου είδους εναλλακτική ικανοποίηση μακριά από τη θεραπεία.	0	1	2	3	4	5
8-29. Θέτετε όρια για να κρατήσετε ένα ασθενή σε ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο.	0	1	2	3	4	5

8-30. Βγαίνετε έξω από το ρόλο του θεραπευτή για να αναλάβετε κάποια εσπευσμένη δράση προς όφελος ενός ασθενή.	0	1	2	3	4	5
8-31. Κάνετε αλλαγές στο θεραπευτικό συμβόλαιο που συνάψατε με τον ασθενή.	0	1	2	3	4	5
8-32. Απλά ελπίζετε ότι τα πράγματα θα βελτιωθούν τελικά.	0	1	2	3	4	5
8-33. Επικρίνετε τον ασθενή σας γιατί σας προκάλεσε πρόβλημα.	0	1	2	3	4	5
8-34. Σκέφτεστε σοβαρά να τερματίσετε τη θεραπεία.	0	1	2	3	4	5
8-35. Εξετάζετε ξανά μόνος σας την αρχή του προβλήματος.	0	1	2	3	4	5
8-36. Απλά επιτρέπετε στον εαυτό σας να βιώσει δύσκολα ή ενοχλητικά συναισθήματα.	0	1	2	3	4	5
8-37. Εξετάζετε κατά πόσο μπορείτε να αντιμετωπίσετε τη δυσκολία μαζί με τον ασθενή σας.	0	1	2	3	4	5
8-38. Συμβουλευέστε ένα πιο έμπειρο θεραπευτή σχετικά με την περίπτωση.	0	1	2	3	4	5
8-39. Δηλώνετε συμμετοχή σε μία διάσκεψη ή ένα σεμινάριο που ίσως είναι σχετικό με το πρόβλημα.	0	1	2	3	4	5
8-40. Ζητάτε τη συνεργασία των φίλων και συγγενών του ασθενή.	0	1	2	3	4	5
8-41. Εκφράζετε τον εκνευρισμό σας σε κάποιο δικό σας πρόσωπο.	0	1	2	3	4	5
8-42. Δίνετε μια ερμηνεία στην αντίσταση ή την προβληματική συμπεριφορά του ασθενή σας.	0	1	2	3	4	5
8-43. Αναβάλλετε την ψυχοθεραπευτική διαδικασία για να φροντίσετε τις πιο άμεσες ανάγκες ενός ασθενή.	0	1	2	3	4	5
8-44. Τροποποιείτε τη θεραπευτική σας στάση ή προσέγγιση του ασθενή.	0	1	2	3	4	5
8-45. Αποφεύγετε προς το παρόν να ασχοληθείτε με το πρόβλημα.	0	1	2	3	4	5
8-46. Εκφράζετε την απογοήτευσή σας στον ασθενή.	0	1	2	3	4	5
8-47. Εξετάζετε την δυνατότητα να παραπέμψετε τον ασθενή σε άλλο θεραπευτή.	0	1	2	3	4	5

8-48. Αντιμετωπίζετε την κατάσταση με κάποιο άλλο τρόπο [προσδιορίστε]: _____

0 1 2 3 4 5

Πως θα περιγράφατε τον εαυτό σας σαν θεραπευτή, δηλαδή την πραγματική σας συμπεριφορά και το στυλ σας με τους ασθενείς;

	[0=Καθόλου...3=Πάρα πολύ]					[0=Καθόλου...3=Πάρα πολύ]			
8-49. Με αποδοχή	0	1	2	3	8-64. Συμμετοχικός	0	1	2	3
8-50. Εξουσιαστικός	0	1	2	3	8-65. Ουδέτερος	0	1	2	3
8-51. Προκλητικός	0	1	2	3	8-66. Θρεπτικός	0	1	2	3
8-52. Ψυχρός	0	1	2	3	8-67. Οργανωμένος	0	1	2	3
8-53. Αφοσιωμένος	0	1	2	3	8-68. Επιτρεπτικός	0	1	2	3
8-54. Συγχυσμένος	0	1	2	3	8-69. Πρακτικός	0	1	2	3
8-55. Επικριτικός	0	1	2	3	8-70. Προστατευτικός	0	1	2	3
8-56. Απαιτητικός	0	1	2	3	8-71. Δεκτικός	0	1	2	3
8-57. Αποστασιοποιημένος	0	1	2	3	8-72. Συγκρατημένος	0	1	2	3
8-58. Αποφασιστικός	0	1	2	3	8-73. Ικανός	0	1	2	3
8-59. Κατευθυντικός	0	1	2	3	8-74. Λεπτός	0	1	2	3
8-60. Αποτελεσματικός	0	1	2	3	8-75. Ανεκτικός	0	1	2	3
8-61. Φιλικός	0	1	2	3	8-76. Μη βοηθητικός	0	1	2	3
8-62. Συγκρατημένος	0	1	2	3	8-77. Ζεστός	0	1	2	3
8-63. Διαισθητικός	0	1	2	3	8-78. Άλλο: _____		1	2	3

Σε σχέση με τους ασθενείς στην τρέγουσα εργασία σας σαν θεραπευτής, πόσο συχνά.....

[0=Ποτέ.....5=Πολύ συχνά]

8-79. Προγραμματίζετε περιοδικά επιπρόσθετες ή έκτακτες συνεδρίες;	0	1	2	3	4	5
8-80. Παίρνετε την πρωτοβουλία ή είστε διαθέσιμος να δέξετε τηλεφωνήματα ή επιστολές για άλλους σκοπούς εκτός των τυπικών διευθετήσεων (όπως τον προγραμματισμό των συνεδριών);	0	1	2	3	4	5
8-81. Συμφωνείτε να συναντιέστε σε διαφορετικές τοποθεσίες από το συνηθισμένο χώρο θεραπείας;	0	1	2	3	4	5
8-82. Αφήνετε μερικές συνεδρίες να υπερβούν τον προγραμματισμένο χρόνο κατά ένα μεγάλο χρονικό διάστημα;	0	1	2	3	4	5
8-83. Μεσολαβείτε εκ μέρους τους σε άλλα άτομα ή υπηρεσίες;	0	1	2	3	4	5
8-84. Έχετε κοινωνικές ή επαγγελματικές σχέσεις έξω από τη θεραπευτική σχέση;	0	1	2	3	4	5
8-85. Ξεκινάτε ή επιτρέπετε μη σεξουαλικές σωματικές επαφές πέρα από μια χειραφία;	0	1	2	3	4	5

8-86. Εκκινάτε ή επιτρέπετε σεξουαλική επαφή;	0	1	2	3	4	5	18
8-87. Επιτρέπετε διακοπές κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (πχ. τηλεφωνήματα);	0	1	2	3	4	5	
8-88. Ασχολείστε με άσχετες δραστηριότητες κατά τη συνεδρία (πχ. ανάγνωση αλληλογραφίας);	0	1	2	3	4	5	

8-89. Ποιο νομίζετε ότι είναι το πιο δυνατό σας σημείο σαν θεραπευτής;

8-90. Πως εκδηλώνεται αυτό το δυνατό σας σημείο στην τρέχουσα εργασία σας;

8-91. Σε τι αποδίδετε αυτή σας την ικανότητα;

8-92. Έχει αυτή σας η ικανότητα μεταβληθεί στο πρόσφατο παρελθόν (και αν ναι, που αποδίδετε αυτή την αλλαγή);

8-93. Τι νομίζετε ότι είναι η πιο προβληματική σας αδυναμία σαν θεραπευτής;

8-94. Πως εκδηλώνεται αυτή σας η αδυναμία στην τρέχουσα εργασία σας;

8-95. Που αποδίδετε αυτή την αδυναμία;

8-96. Έχει αυτή σας η αδυναμία μεταβληθεί στο πρόσφατο παρελθόν (και αν ναι, που αποδίδετε αυτή την αλλαγή);

[9]
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ

9-1α. Έχετε γεννηθεί σε άλλο τόπο από τη χώρα που διαμένετε σήμερα;

- ___ 1. Όχι
 ___ 2. Ναι. [β. Σε ποια χώρα γεννηθήκατε; _____]

9-2α. Στη χώρα που ζείτε, θεωρείστε μέλος μιας κοινωνικής, πολιτισμικής ή εθνικής μειονότητας;

- ___ 1. Όχι
 ___ 2. Ναι. [προσδιορίστε]: β. _____

9-3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- ___ 1. Ανύπανδρος/ελεύθερος
 ___ 2. Συζείτε με ένα σύντροφο
 ___ 3. Παντρεμένος
 ___ 4. Διαζευγμένος (ή ζείτε μακριά από το σύντροφό/σύζυγό σας)
 ___ 5. Χήρος
 ___ 6. Άλλο [προσδιορίστε]: _____

Συνολικά.....

[0=Καθόλου.....5=Πάρα πολύ]

9-4. Πόσο ικανοποιητική είναι η ζωή σας σήμερα;

___ 0 1 2 3 4 5

9-5. Πόσο στρεσογόνο είναι η ζωή σας σήμερα;

___ 0 1 2 3 4 5

Στη ζωή σας σήμερα, πόσο συχνά.....

[0=Ποτέ.....5=Πολύ συχνά]

9-6. Εκφράζετε ελεύθερα τις προσωπικές σας σκέψεις και συναισθήματα;

___ 0 1 2 3 4 5

9-7. Απολαμβάνετε στιγμές απεριόριστης χαράς;

___ 0 1 2 3 4 5

9-8. Αισθάνεστε ότι σας φροντίζουν και σας υποστηρίζουν με πραγματικό ενδιαφέρον;

___ 0 1 2 3 4 5

9-9. Έχετε την αίσθηση μιας σημαντικής προσωπικής σύγκρουσης, απογοήτευσης ή απώλειας;

___ 0 1 2 3 4 5

9-10. Αισθάνεστε ένα μεγάλο φορτίο υπευθυνότητας ανησυχίας ή φροντίδας;

___ 0 1 2 3 4 5

9-11. Έχετε μια ικανοποιητική αίσθηση οικειότητας και συναισθηματικής επικοινωνίας;

___ 0 1 2 3 4 5

9-12. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η εξέλιξή σας σαν θεραπευτής έχει επηρεαστεί από το κίνητρό σας να εξερευνήσετε και να επιλύσετε τα προσωπικά σας προβλήματα;

[0=Καθόλου.....5=Πάρα πολύ]

___ 0 1 2 3 4 5

Πως θα περιγράφατε τον εαυτό σας όπως είναι πραγματικά στις στενές προσωπικές σας σχέσεις;

	[0=Καθόλου...3=Πάρα πολύ]					[0=Καθόλου...3=Πάρα πολύ]			
9-13. Με αποδοχή	0	1	2	3	9-28. Θρεπτικός	0	1	2	3
9-14. Εξουσιαστικός	0	1	2	3	9-29. Αισιόδοξος	0	1	2	3
9-15. Προκλητικός	0	1	2	3	9-30. Οργανωμένος	0	1	2	3
9-16. Ψυχρός	0	1	2	3	9-31. Επιτρεπτικός	0	1	2	3
9-17. Επικριτικός	0	1	2	3	9-32. Πρακτικός	0	1	2	3
9-18. Απαιτητικός	0	1	2	3	9-33. Κλειστός	0	1	2	3
9-19. Διαχυτικός	0	1	2	3	9-34. Προστατευτικός	0	1	2	3
9-20. Αποφασιστικός	0	1	2	3	9-35. Ήσυχος	0	1	2	3
9-21. Κατευθυντικός	0	1	2	3	9-36. Δεκτικός	0	1	2	3
9-22. Δραστήριος	0	1	2	3	9-37. Συγκρατημένος	0	1	2	3
9-23. Μοιρολάτρης	0	1	2	3	9-38. Δύσπιστος	0	1	2	3
9-24. Φιλικός	0	1	2	3	9-39. Λεπτός	0	1	2	3
9-25. Συγκρατημένος	0	1	2	3	9-40. Ανεκτικός	0	1	2	3
9-26. Εντονος	0	1	2	3	9-41. Ζεστός	0	1	2	3
9-27. Δαισθητικός	0	1	2	3	9-42. Άλλο: _____		1	2	3

[Η επόμενη ερώτηση είναι προαιρετική. Αν θέλετε να απαντήσετε, παρακαλούμε χρησιμοποιήστε το άγραφο φύλλο χαρτιού στο τέλος του ερωτηματολογίου.]

Περιγράψτε τους κύριους παράγοντες και γεγονότα που σας οδήγησαν να γίνετε ο θεραπευτής που είστε σήμερα. [Προσπαθήστε να συμπεριλάβετε μερικές απαντήσεις σε καθένα από τα ακόλουθα υποερωτήματα]:

- (1) Ποια ήταν τα κίνητρα και οι πεποιθήσεις που σας οδήγησαν αρχικά να γίνετε θεραπευτής;
- (2) Ποια είναι τα συνειδητά σας κίνητρα στην τρέχουσα εργασία σας σαν θεραπευτής;
- (3) Ποια βήματα ακολούθησε η εξέλιξή σας; Υπήρξαν σημαντικές περιοδοί αλλαγής ή μεταστροφής που διέκριναν διαφορετικές φάσεις στην εργασία σας σαν θεραπευτής;
- (4) Με ποιο τρόπο άλλαξαν οι αντιλήψεις σας σχετικά με την θεραπεία και τον ρόλο του θεραπευτή στην διάρκεια της καριέρας σας;
- (5) Ποιος είναι ο βασικός στόχος ή φιλοδοξία σας για την εξέλιξή σας σαν θεραπευτής τα αμέσως επόμενα χρόνια και ποια είναι η κύρια ανησυχία ή φόβος σας σχετικά με αυτό;

Τι άλλο θεωρείτε σημαντικό σχετικά με την εξέλιξή σας σαν θεραπευτής το οποίο δεν έχει απαντηθεί σε αυτό το ερωτηματολόγιο;

Παρακαλούμε επιστρέψτε αυτό το ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τις οδηγίες ή ταχυδρομηστε το στο αρμόδιο για την Ελληνική γλώσσα περιφερειακό κέντρο του Δικτύου Συνεργασίας για την Έρευνα της Εταιρείας για την Έρευνα στην Ψυχοθεραπεία.

Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Περιβόλια, Ρέθυμνο 74100, Κρήτη.
Τηλ. & Fax 0831-54014 (Υπόψη Ι. Ν. Νέστορος & Γ. Κ. Λαμπρόπουλου)